

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9.072-053.67:616.8-008.64

### **КОГНИТИВНО-СТИЛЕВАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ЭНДОГЕННОГО И ПСИХОГЕННОГО ГЕНЕЗА**

**Л.В. Бородкина**

Тверской областной клинический психоневрологический диспансер  
Тверской государственной университет

Представлено обобщение результатов комплексного исследования когнитивных стилей у пациентов с эндогенной и реактивной депрессией в юношеском возрасте и возрасте ранней зрелости. Для когнитивно-стилевой организации депрессивных больных различного генеза характерно устойчивое сочетание предпочитаемых показателей когнитивных стилей. Когнитивно-стилевой профиль обработки информации депрессивными больными образует интегративный патогенный стиль, определяющий уязвимость к аффективным расстройствам депрессивного спектра.

**Ключевые слова:** эндогенная депрессия, психогенная депрессия, когнитивные стили, интегративный патогенный когнитивный стиль.

Неуклонный рост развития депрессивных расстройств в большинстве развитых стран приобрел в настоящее время характер «большой эпидемии» и стал одной из глобальных проблем мирового сообщества. Чрезвычайно актуальным является исследование факторов, определяющих уязвимость человека к депрессивному способу реагирования в условиях повышенной стрессогенности современного мира.

Современные модели возникновения депрессивных расстройств рассматривают дисфункциональное мышление как один из основных факторов развития болезни под воздействием стрессоров [1, с. 15–24; 5, с. 27–33]. В настоящее время в когнитивной психологии стал широко освещаться взгляд на мышление с позиций индивидуально значимых различий в способах переработки и оперирования информацией. Индивидуально-своеобразные способы переработки информации в виде устойчивых различий в восприятии, анализе, структурировании, категоризации, оценивании происходящего в современной психологической науке обозначаются понятием «когнитивный стиль» [4, с. 17–23]. Стали появляться исследования, направленные на

выявление «дезадаптивных» и «гармоничных» когнитивных стилей [2, с. 30–39; 3, с. 34–38].

Изучение литературных данных и анализ результатов смежных исследований в области психиатрии, медицинской, когнитивной и социальной психологии позволили сформулировать следующее предположение: у больных, страдающих депрессией в юношеском и раннем зрелом возрасте, в отличие от здоровых лиц того же возраста существуют устойчивые предпочтения к определенным способам приема и переработки информации на когнитивно-перцептивном уровне.

Наше исследование имеет своей **целью** эмпирически обосновать выделение интегративного патогенного когнитивного стиля, характерного для депрессивных больных в целом и особенностей когнитивно-стилевой обработки информации в зависимости от генеза депрессии.

Программа исследования когнитивных стилей включала в себя следующие этапы:

1. Исследовать распределение показателей когнитивных стилей при депрессивных расстройствах и у здоровых испытуемых.

2. Дать содержательную характеристику особенностей когнитивно-стилевой обработки информации при депрессиях эндогенного и психогенного генеза и у здоровых испытуемых.

3. Выделить мишени психокоррекционного воздействия в сфере когнитивно-стилевого функционирования при депрессивных расстройствах различного генеза.

В качестве **предмета** исследования выступили следующие когнитивные стили: импульсивность – рефлексивность (методика «Сравнение похожих рисунков» Дж. Когана), ригидный – гибкий познавательный контроль (методика «Словесно-цифровая интерференция» Дж. Струпа), узкий – широкий диапазон эквивалентности (методика «Свободная сортировка объектов» Р. Гарднера). **Объектами** исследования были пациенты круглосуточных и дневных стационаров Тверского областного клинического психоневрологического диспансера – 80 человек в возрасте от 17 до 35 лет. Общей клинической чертой пациентов основной группы являлось наличие ведущего депрессивного синдрома при психических расстройствах эндогенного и психогенного генеза средней степени тяжести (две подгруппы по 40 человек). Диагностика депрессивного расстройства была проведена лечащими врачами-психиатрами в соответствии с критериями МКБ-10. Контрольную группу составили студенты очного и заочного отделений Тверского государственного университета – 40 человек. Критерием отбора здоровых испытуемых служило отсутствие психических и неврологических расстройств.

**Результаты и их обсуждение.** Для сравнения трех групп по нескольким количественным признакам целесообразно применять критерий Краскала–Уоллеса. Установлено, что исследуемые подгруппы значимо различаются по всем измеряемым показателям когнитивных стилей ( $p < 0,05$ ) (табл.1).

Таблица 1

Средние значения показателей когнитивных стилей у депрессивных больных и здоровых испытуемых

Когнитивный стиль	Показатели когнитивных стилей	Группы испытуемых		
		Эндогенная депрессия n=40	Психогенная депрессия n=40	Здоровые n=40
Ригидный–гибкий познавательный контроль	Величина интерференции	79,88±21,72	64,32±21,97	54,05±22,23
	Коэффициент вербальности	1,7±0,3	1,32±0,29	1,28±0,2
Широкий–узкий диапазон эквивалентности	Количество групп	3,45±1,46	8,27±2,44	6,93±2,06
	Коэффициент категоризации	0,36±0,17	0,33±0,13	0,69±0,16
Импульсивность–рефлексивность	Время первого ответа	24,78±10,43	59±11,63	40,68±16,55
	Количество ошибок	23,73±8	17,37±8,57	21,8±7,95

По данным таблицы видно, что для группы респондентов с эндогенной депрессией характерны высокие значения показателей «величина интерференции» и «коэффициент вербальности»; низкие значения по показателям «количество групп» и «коэффициент категоризации»; сочетание низких значений показателя «время первого ответа» с высокими значениями показателя «количество ошибок». Данные особенности позволяют характеризовать испытуемых из 1-й подгруппы как использующих при обработке информации ригидный познавательный контроль, широкий диапазон эквивалентности по типу глобализации и импульсивность.

Для группы респондентов с психогенной депрессией характерны сочетание высоких значений показателя «интерференция» с низкими значениями показателя «вербальность»; сочетание высоких значений по

показателю «количество групп» с низкими значениями по показателю «коэффициент категоризации» и сочетание высоких значений показателя «время первого ответа» с низкими значениями показателя «количество ошибок». Данные характеристики позволяют описать респондентов с психогенной депрессией как наиболее часто использующих следующие когнитивные стили: ригидный познавательный контроль с тенденцией к интегрированности, узкий диапазон эквивалентности по типу детализации и рефлексивность.

Для условно здоровой группы испытуемых характерны низкие значения показателей «интерференции» и «вербальности»; высокие значения по показателям «количество групп» и «коэффициент категоризации» и сочетание среднего значения «времени первого ответа» с повышенными значениями показателя «количество ошибок». Данные характеристики позволяют описать здоровых испытуемых как наиболее часто использующих следующие когнитивные стили: гибкий познавательный контроль, узкий диапазон эквивалентности по типу дифференциации и отсутствие устойчивой тенденции в сторону импульсивности либо рефлексивности.

Для выявления особенностей когнитивно-стилевой организации, характерной именно для депрессивных больных различного генеза, мы исключили эмпирические данные здоровых респондентов.

Эмпирическое разделение посредством кластерного анализа позволило распределить всех депрессивных больных на 4 группы. Установлено, что исследуемые подгруппы значительно различаются по всем измеряемым показателям когнитивных стилей ( $p < 0,05$ ) (табл.2).

Таблица 2  
Средние значения показателей когнитивных стилей у подгрупп депрессивных больных после кластеризации

Показатели когнитивных стилей	Первый кластер n=27	Второй кластер n=18	Третий кластер n=12	Четвертый кластер n=23
Величина интерференции	62,37	100,86	42,8	71,05
Коэффициент вербальности	1,6	1,7	1,12	1,35
Количество групп	3,96	4	9,3	8,37
Коэффициент категоризации	0,33	0,36	0,34	0,33
Время первого ответа	25,44	29,71	66,3	59,95
Количество ошибок	24,78	22,14	15,7	13,68

В первую и вторую группы попали в основном эндогенные депрессивные больные. В третью и четвертую – больные с депрессией психогенного генеза (табл. 3).

Таблица 3

Результаты распределения депрессивных больных на группы посредством кластерного анализа

Депрессивное расстройство	Первый кластер	Второй кластер	Третий кластер	Четвертый кластер
Эндогенная депрессия	20	14	2	4
Психогенная депрессия	7	4	10	19

Первый кластер включил в себя большинство респондентов с эндогенной депрессией (50 %). Отличительной чертой когнитивно-стилевой организации данной подгруппы эндогенных больных является достаточно низкое значение показателя «величина интерференции» (62,37) в сочетании с самым низким значением показателя «время первого ответа» (25,44). Подобное сочетание позволяет охарактеризовать респондентов первого кластера как предпочитающих быстрые, импульсивные ответы за счет неинтегрированности, диффузности предпочтения словесной или образной форм восприятия и обработки информации.

Во второй кластер также попало большинство испытуемых с эндогенной депрессией (35 %). Спецификой данной подгруппы является самое высокое значение показателя «величина интерференции» (100,86) в сочетании со снижением показателя «количество ошибок» (22,14) и увеличением показателя «время первого ответа» (29,71), что свидетельствует о несколько более точных и замедленных ответах испытуемых на фоне выраженных сложностей освобождения от влияния вербальной формы накопления опыта.

Третий кластер составило большинство больных с психогенной депрессией (25 %). Для данной подгруппы характерно самое низкое значение показателя «величина интерференции» (42,8) в сочетании с самыми высокими значениями показателей «количество групп» (9,3) и «время первого ответа» (66,3). Можно предположить, что за счет выраженной детализации поступающей информации и замедления времени ответа, необходимого для обработки повышенного количества стимулов, данную подгруппу можно отнести к «сверхнеинтегрированным» при первичной способности разделять словесную и образную формы накопления опыта.

Преобладающее большинство четвертого кластера составили также больные с психогенной депрессией (47,5 %). Их отличительная особенность состояла в увеличении показателя «величина интерференции» до уровня высоких значений (71,05), что в сочетании с другими изучаемыми показателями соответствует уже выявленной тенденции когнитивно-стилевого своеобразия психогенных депрессивных больных в целом.

Таким образом, более детальный анализ когнитивно-стилевого своеобразия депрессивных больных психогенного и эндогенного генеза позволяет выявить существенную динамику показателя «величина интерференции» внутри основных экспериментальных подгрупп. Можно предположить повышенное значение данного показателя для прогнозирования риска «эндогенности» при депрессивном уровне реагирования, что требует дальнейшего изучения и осмысления. Также необходимо отметить всегда низкий уровень «коэффициента категоризации» у всех четырех эмпирически выделенных подгрупп как непротиворечивую мишень психокоррекционного воздействия.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие **выводы**:

1. Показатели когнитивных стилей существенно отличаются в группе депрессивных больных психогенного и эндогенного генеза и от показателей здоровых испытуемых.

2. Для больных с депрессивным расстройством эндогенного генеза наиболее предпочитаемыми оказались параметры изучаемых когнитивных стилей, которые образуют некий профиль устойчивого соотношения импульсивности (быстрый ошибочный ответ) и синтетичности (выделение малого количества групп на основе формальных или несущественных признаков).

3. Для больных с депрессивным расстройством психогенного генеза интегративный патогенный стиль включает устойчивое соотношение рефлексивности (медленный точный ответ) и аналитичности (выделение большого количества групп на основе ситуативных или субъективно значимых критериев).

4. На основании полученных данных могут быть выделены мишени дифференцированного психокоррекционного воздействия, направленного на повышение устойчивости системы когнитивно-стилевой организации депрессивных больных эндогенного и психогенного генеза.

#### **Список литературы**

1. Бек Джудит С. Когнитивная терапия: полное руководство. М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006. С. 15–24.

2. Падун М.А., Загряжская Е.А. Психологический дистресс у лиц с различными когнитивными стилями // Психол. журн. 2007. № 6. С. 30–39.
3. Порфирьева Н.М. Гармоничный когнитивный стиль как оперирование словесно-логическими и образными компонентами мышления // Изв. РГПУ им. А.И. Герцена. 2011. № 129. С. 34–38.
4. Холодная М. А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. СПб.: Питер, 2004. С. 17–23.
5. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. СПб.: Издательство «Речь», 2002. С. 27–33.

## **THE COGNITIVE-STYLE ORGANIZATION AT DEPRESSIVE FRUSTRATION OF A VARIOUS ORIGIN**

**L.V. Borodkina**

Tver Regional Psychoneurological Clinic  
Tver State University

Generalization of results of complex research cognitive styles at patients with lypothymia and jet depression at youthful age and age of an early maturity is presented. For the cognitive-style organization of depressive patients various geneza the steady combination of preferred indicators cognitive styles is characteristic. The cognitive-style profile of processing of the information depressive patients forms integrative the pathogenic style defining vulnerability to affective frustration of a depressive spectrum.

**Keywords:** *lypothymia, psychogenic depression, cognitive styles, integrative pathogenic style.*

*Об авторах:*

БОРОДКИНА Людмила Владимировна – медицинский психолог ГУЗ ОКПНД г. Твери (170005, г. Тверь, ул. Фурманова, 12); старший преподаватель кафедры психологии труда, организационной и клинической психологии ФГБОУ ВПО «Тверской государственный университет» (170100, г. Тверь, ул. Желябова, 33), e-mail: dora8877@mail.ru