

КОГНИТИВНЫЕ СТИЛИ КАК ИНДИКАТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ХРОНИЗАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ И ИХ РАННЯЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

© *Жидких Б.Д.*

**Кафедра психиатрии, кафедра внутренних болезней ФПО
Курского государственного медицинского университета, Курск**
E-mail: konz@mail.ru

Прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний сопровождается энцефалопатией, в связи с чем возникает необходимость диагностики когнитивных расстройств на ранних стадиях развития заболеваний. Цель – разработать психологические критерии прогрессирования некоторых форм кардиологической патологии на основе когнитивно-стилевых особенностей. В исследовании участвовал 191 пациент с гипертонической болезнью (ГБ), 51 – со стенокардией, 54 человека с нейроциркуляторной дистонией (НЦД). Когнитивные стили (КС) изучались с помощью теста Струпа, Виткина, Кагана и Когана-Валлаха. При прогрессировании патологического процесса в сердечно-сосудистой системе обнаруживается последовательность "включения" КС: преобладание рефлексивности и полезависимости у больных ГБ I-III стадии и ишемической болезнью сердца (ИБС) по сравнению со здоровыми и больными НЦД ($p < 0,05$), а наибольшая ригидность наблюдается при ГБ II и III стадии и достоверно больше выражена по сравнению с больными ИБС. Заключение о наличии энцефалопатии осуществляется при невозможности выполнения субтестов С9 и Е8 теста Виткина за 180 секунд.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, когнитивные стили, энцефалопатия.

COGNITIVE STYLES AS AN INDICATOR OF OCCURRENCE AND TIMING OF CARDIO-VASCULAR PATHOLOGY AND THEIR EARLY PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS

Zhidkikh B.D.

**Psychiatry Department, Therapy Department of Postgraduate Faculty
of the Kursk State Medical University, Kursk**

The progression of cardiovascular diseases is accompanied by encephalopathy in this connection that results in the necessity of diagnosing the cognitive frustration at the early stages of disease development. The aim was to develop psychological criteria of progression of some cardiological pathology on the basis of cognitive-style features. The research involved 191 patients with essential hypertension (EH), 51 – with stenocardia, and 54 cases with neurocirculate distonia. Cognitive styles were studied by means of the Stroop's, Witkin's, Kagan's and Kogan-Vallah's tests. In progressing the pathological process in cardio-vascular system the sequence of "inclusion" of cognitive styles was revealed: the prevalence of reflectivity and fielddependence in patients with EH I-III and ischemic heart disease in comparison with healthy individuals and patients with neurocirculate distonia ($p < 0.05$), and the greatest rigidity was observed in EH of II and III stages and it is more expressed compared to patients with ischemic heart disease. Encephalopathy is concluded in impossibility to perform the subtests C9 and E8 Witkin's test within 180 seconds.

Key words: cardiovascular diseases, cognitive styles, encephalopathy.

Энцефалопатия – прогрессирующая патология головного мозга дегенеративного характера, обусловленная гипертонической болезнью (ГБ), атеросклерозом, ревматизмом, травмами головы, сахарным диабетом, хроническими обструктивными болезнями легких, интоксикацией и другими патологическими состояниями. Сосудистая деменция занимает второе место после болезни Альцгеймера, а ее удельный вес, по данным зару-

бежных авторов составляет от 10 до 39% всех случаев деменции [3, 4]. Динамика от умеренных когнитивных расстройств до клинически очерченной деменции преимущественно альцгеймеровского типа в 55-65% вызывает необходимость ранней ее диагностики и своевременного осуществления профилактических мероприятий, направленных на замедление наступления социальной дезадаптации [11].

В процессе диагностики энцефалопатии и деменции кроме клинической картины, данных компьютерной томографии и электроэнцефалографии используют блок методик для оценки интеллекта: MMSE, тесты для оценки лобной функции, шкала деменции Маттиса, тест рисования часов, латеральные и семантические категориальные ассоциации, тест повторения цифр в прямом и обратном порядке по методу Векслера, проба Шульте, Бостонский тест называния, исследование зрительной памяти по методике А.Р. Лурия, заучивание и воспроизведение 12 слов по методу Гробера и Бушке, тест Дюбуа "5 слов", шкала общего ухудшения, узнавание лица, узнавание лиц по полу, заучивание двух предложений или рассказа [6, 7, 11].

При этом субъект осознает лишь результаты своего мышления и не имеет доступа к внутренним механизмам, направляющим его мысли. Познавательные структуры не являются осознаваемым содержанием мышления, однако именно они навязывают одну форму мышления, а не другую [5]. Одними из первых поставили вопрос о произвольном контроле интеллектуальной деятельности представители неофрейдизма (Р. Гарднер, П. Хольцман, Г. Клейн и др.). Они заявили о наличии в познавательном опыте человека специфических структур, получивших название "когнитивных контролей" или когнитивных стилей (КС). В зарубежной и отечественной литературе можно встретить описание от 15 до 20 различных когнитивных стилей [8].

Цель исследования заключалась в разработке психологических критериев возникновения и хронизации сердечно-сосудистой патологии на основе когнитивно-стилевых особенностей и способов их диагностики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследуемую группу кардиологических пациентов включен 191 человек с ГБ I-III стадии, у которых исключалась симптоматическая артериальная гипертензия. Стенокардия напряжения I-II функционального класса (ФК) диагностировалась у 51 пациента. У 54 человек была выявлена нейроциркуляторная дистония (НЦД). Средний возраст боль-

ных составил у женщин 52 ± 5 и у мужчин 56 ± 10 лет. Для реализации поставленной цели использовались результаты ультразвукового исследования (УЗИ) сердца и сосудов, биохимического исследования крови, заключения невролога. Группа здоровых испытуемых состояла из 262 мужчин (190 студентов и 72 операторов Курской атомной станции). В исследовании КС использовался набор из 4 методик, в которых наиболее отчетливо выражено действие механизма произвольного интеллектуального контроля процессов переработки информации: ригидность-гибкость (методика "Словесно-цветовая интерференция" Дж. Струпа), полезависимость-полнезависимость (тест "Включенные фигуры" Дж. Виткина), рефлексивность-импульсивность (методика Дж. Кагана), склонность к риску (вопросник Когана-Валлаха) [8].

Статистическая обработка полученных результатов произведена на персональном компьютере с использованием пакетов статистических программ SPSS и Biostat. Разница считалась достоверной при $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Статистической обработке подвергались результаты исследования КС больных ГБ I, II, III стадии, НЦД, ишемической болезнью сердца (ИБС) мужчин и женщин. Полученные данные свидетельствуют о достоверном преобладании зависимости от поля (помехоустойчивости) больных ГБ (мужчин и женщин) в сравнении со здоровыми, а больных ИБС – со здоровыми мужчинами и мужчинами с НЦД. Максимальное время первого ответа по тесту Кагана достоверно чаще фиксируется у мужчин ГБ I-III стадии в сравнении со здоровыми (мужчинами и женщинами) и женщинами с НЦД. Сумма времени, затраченного на поиск схожей фигуры в тесте Кагана, достоверно выше у женщин с ИБС в сравнении со здоровыми мужчинами и женщинами и женщинами с НЦД. Результаты выполнения теста Кагана больными ГБ и ИБС говорят о склонности этих испытуемых к развернутому анализу ситуации перед принятием решения. На основании теста Струпа, исследующего "пластичность-ригидность", следует заключить, что высокие показатели,

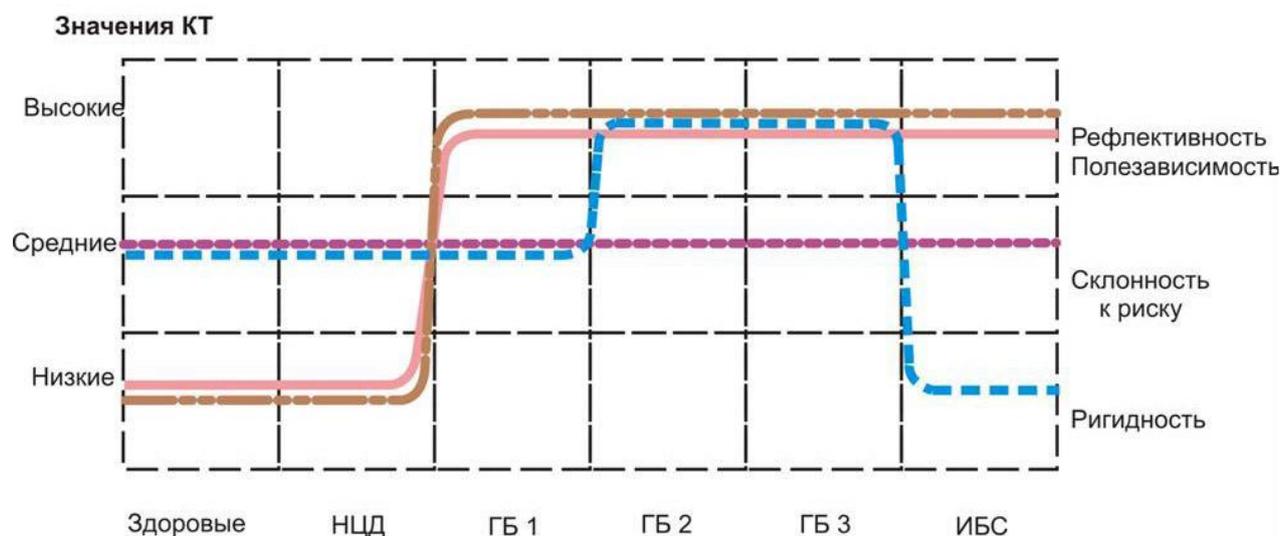


Рис. 1. Динамика "включения" КС в зависимости от выраженности патологического процесса.

Примечание: статистически различия существуют между высокими и низкими результатами когнитивных тестов (КТ).

Таблица 1

Результаты статистической обработки теста "Включенные фигуры"
группы кардиологических больных

Задание теста "ВФ"	Контроль (здоровые)	ИЦД	Нозология			
			ГБ I	ГБ II	ГБ III	ГБ+ИБС
A1	—	—	—	—	-3,24353	-3,67455
A11	—	—	—	—	-3,43398	-4,81659
B2	—	—	—	—	—	-4,02122
C3	—	—	—	-3,90416	—	-4,34178
C9	—	—	—	-3,59144	-4,43263	-5,42999
D4	—	—	—	—	-3,70002	-5,15232
E5	—	—	—	-3,65528	—	-5,93876
E8	—	—	—	-3,16296	-3,53896	-5,81641
F7	—	—	—	-3,33377	—	-4,77768
G10	—	—	—	—	-3,88092	-4,80429
H12	—	—	—	—	-4,64949	-4,83945

соответствующие ригидности, достоверно преобладали у больных ГБ II и III стадии в сравнении с результатами выполнения теста больными ИБС. Сравнимые группы не отличались по выраженности когнитивного показателя "склонность к риску". Представленные результаты статистической обработки демонстрируют динамику полезависимости, ригидности и рефлективности в континууме патологического процесса (ИЦД-ГБ-ИБС) в сердечно-сосудистой системе (ССС) (рис. 1).

КС "включаются" в следующей последовательности: "полезависимость"/"рефлективность"- "ригидность". В таком же соотношении они представлены в зависимости от выраженности патологических изменений в ССС.

Соотнесение динамики когнитивно-стилевых особенностей с прогрессированием патологического процесса позволило разработать методику для диагностики энцефалопатии [1]. С этой целью проанализированы результаты тестирования здоровых, больных ИЦД,

ГБ 1-III, ГБ в сочетании со стенокардией напряжения II ФК. Полученные данные обрабатывались с учетом квартильных интервалов, с помощью критерия Дана. В табл. 1 приведены результаты статистической обработки по каждому из 12 заданий теста "ВФ" Дж. Виткина.

Полученные результаты свидетельствуют об устойчивой тенденции больных ГБ II, III ст. и ИБС к затруднению и невозможности выполнения заданий С9, Е8 теста "Включенные фигуры" ("ВФ") за отведенное для этого время (180 с). Чем больше этот показатель, тем, следовательно, с большим трудом испытуемый выделяет отдельную деталь из целостного пространственного контекста (полезависимый стиль) [8].

На рис. 2 и 3 приведены простые фигуры и соответствующие им сложные рисунки С9 и Е8 (рис. 4 и 5), в которых эти фигуры необходимо отыскать. Диагностическим критерием данного теста является невозможность отыскать простую фигуру за отведенное время (время выполнения каждого задания составляет не более 180 с.) по 2 заданиям.

В анализе нейрофизиологических механизмов в прогрессировании ИБС в группе больных с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП), диагностированных неврологами на основании традиционных клинических данных и результатов компьютерной томографии (КТ), дополнительным нейропсихологическим приемом диагностики ДЭП служили субтесты С9 и Е8, диагностирующие поле-

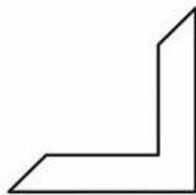


Рис. 2. Простая фигура для сложного рисунка С9.

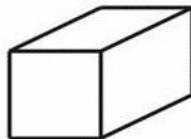


Рис. 3. Простая фигура для сложного рисунка Е8.

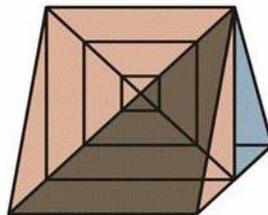


Рис. 4. Сложный рисунок С9.

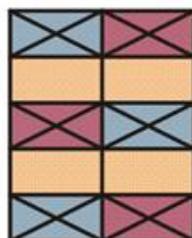


Рис. 5. Сложный рисунок Е8.

Сравнительный анализ лабораторных показателей у больных с ДЭП и без ДЭП

Лабораторный показатель	Характеристика группы	M±m	p
холестерин, ммоль/л	полнезависимые	6,42±0,70	0,023
	полезависимые	5,30±0,70	
АЛТ, МЕ	полнезависимые	44,78±19,26	0,031
	полезависимые	20,74±5,00	
АСТ, МЕ	полнезависимые	32,22±11,85	0,095
	полезависимые	21,16±4,89	

зависимость, которые позволили выделить из 53 больных с ДЭП 28 человек с низкими результатами по этому тесту (полнезависимость), свидетельствующими об отсутствии ДЭП, и 25 больных с явной ее выраженностью (полезависимость). Выбранный нейропсихологический диагностический прием позволяет под другим углом зрения посмотреть на прогрессирование атеросклеротического процесса с участием центральных механизмов. В сравниваемых группах больных анализировались результаты лабораторных и инструментальных исследований, приведенные в табл. 2.

Из таблицы следует, что выраженность атеросклеротического процесса в группе лиц с ДЭП больше наблюдается у лиц с низкими показателями (полнезависимых) по субтестам С9 и Е8. Об этом свидетельствует достоверное преобладание у них холестерина, аланин-аминотрансферазы (АЛТ) и на уровне тенденции – аспартатаминотрансферазы (АСТ). Полученные данные на первый взгляд противоречат традиционному представлению о соотношении выраженности ДЭП и проявлений атеросклероза. Поэтому результаты АЛТ и АСТ нуждаются в дополнительных разъяснениях. Достоверное преобладание АЛТ в группе с низкими показателями по субтестам С9 и Е8 и подобное соотношение, но на уровне тенденции, показателей АСТ, подсказывает целесообразность поиска соотношений этих показателей в виде коэффициента де Ритиса, равного в норме 1,33. При заболеваниях сердца он выше, а при болезнях печени ниже [2]. В случае же сравнения групп, различающихся по показателю "полезависимость-полнезависимость", соотноше-

ние АЛТ/АСТ у полезависимых составило 1,02, а у полнезависимых лиц – 1,39, что отражает большую активность патологического процесса в ССС во второй подгруппе больных ДЭП.

ДЭП – результат висцеро-церебральных и церебро-висцеральных соотношений. Важность прямой связи с тонкими биохимическими показателями не вызывает сомнений. С исследовательской и клинической целью важным является анализ кортико-висцеральных влияний на внутренние органы, в частности на сердце, что предпринято в группе больных с ДЭП, различающихся с помощью модифицированной методики на основе теста "ВФ". При сравнении показателей центральной гемодинамики по результатам УЗИ сердца не получены достоверные различия в сравниваемых подгруппах. Всего лишь на уровне тенденции ($p=0,069$) выявлено увеличение массы миокарда левого желудочка у больных с выраженными показателями полезависимости ($216,10\pm 32,03$ против $173,60\pm 26,04$ г у лиц с полнезависимостью). Результаты сравнительного анализа показали отсутствие отчетливых гемодинамических влияний на формирование ДЭП, а также установили, что кровоснабжение мозга не является окончательной причиной прогрессирования дисциркуляторных нарушений. Опираясь на нейропсихологический способ разграничения больных ДЭП на подгруппу без ДЭП и с ДЭП, проведен сравнительный анализ (по данным УЗИ) состояния сосудов головного мозга, который не дал достоверных различий. Таким образом, исследуемые группы не различались и на анатомическом уровне. С точки зрения соматического подхода поражение

мозга и развитие ДЭП при прогрессировании атеросклеротического процесса обычно объясняется работой сердца и собственно атеросклерозом сосудов ГМ. Учитывая приведенные данные и известную невральную пластичность, следует придать большую значимость не структурным, а функциональным изменениям при энцефалопатии.

Дополнительной информацией для понимания механизма развития внутренней патологии может служить исследование выраженности когнитивно-стилевых особенностей у здоровых мужчин: студентов-медиков 6 курса и операторов атомной станции (табл. 3).

Табличные данные свидетельствуют о превышении времени первого ответа при поиске подобной фигуры в тесте Кагана, как и время выполнения всего задания, что свидетельствует о рефлексивности операторов атомной станции. Обе группы не различаются по точности выполнения задания, так как при статистической обработке ошибок выполнения данного теста критерий достоверности составил более 0,05. Не выявлено различий у испытуемых и по уровню пластичности, гибкости или переключаемости на сигналы (при обработке результатов теста Струпа критерий достоверности составил 0,346). При сопоставлении полученных результатов, таких как возраст и характер труда, становится очевидным, что многолетняя работа, а средний возраст операторов станции составил 36 лет, способствует выработке у человека склонности к развернутому и детальному анализу (рефлексивность), что характерно для обсессивно-компульсивного невротического стиля.

Увеличение времени выполнения теста Кагана операторами связано с фиксацией их на деталях рисунков и утратой способности к целостному восприятию, которое характерно для истерического невротического стиля. Операторы атомной станции находятся на том возрастном рубеже, когда начинает увеличиваться частота ГБ и появляются отклонения в образе жизни. Несмотря на трудности обучения на лечебном факультете, все-таки большие модифицирующие личность влияния наблюдаются у операторов атомной станции, труд которых сопряжен с ответственностью и опасностью.

Результаты экспериментальных исследований, проведенных Witkin, показали, что "полезависимость" характерна для истерической личности [10]. В данном случае целесообразно вновь вернуться к одной из главных характеристик истерического КС – недостаточности концентрации внимания на деталях, что в литературе постоянно противопоставляется когнитивной переработке информации при обсессивно-компульсивном невротическом стиле, для которого характерно заостренное внимание. Из сказанного следует заключить, что истерическая "расфокусировка" внимания – ответ на слишком большую обсессивно-компульсивную сосредоточенность, характерную для ранних проявлений сердечно-сосудистой патологии, и носит защитную функцию. Это позволяет человеку немедленно реагировать на текущие впечатления и ответ получать не с опорой на факты и принципы, а "интуитивно", что является окончательным когнитивным продуктом сознания истерической личности [9].

Таблица 3

Сравнительный анализ когнитивно-стилевых особенностей студентов и операторов

Когнитивный тест	Исследуемая группа	M±m (результаты КТ)	p
Кагана (t1 ср), с	студенты	27,08±8,34	<0,001
	операторы	38,08±9,45	
Кагана (Σt), с	студенты	273,50±68,32	0,016
	операторы	318,4±72,27	
Кагана (количество ошибок)	студенты	7,36±2,08	0,628
	операторы	7,08±2,04	
Струпа, с	студенты	21,27±3,91	0,346
	операторы	20,24±3,96	

В соответствии с принципом Dasein Аpауs, невроз возникает при чрезмерном сосредоточении на окружающем мире и слишком слабое на собственном [10]. Невротик не просто страдает от невроза (как можно страдать от туберкулеза, холода), но и активно в нем участвует, ведет себя согласно правилам невроза, тем самым поддерживая характерное восприятие. Однако своим действиям и интересам невротик не видит альтернативы. Именно с этим связано "догматическое упорство" следования невротика обсессивно-компульсивному симптому – замечать мельчайшую пылинку, на которую никто, кроме него, не обратит внимания [9]. По характеру выполнения теста (затраченное время) можно заключить, что у больных ГБ выражена склонность к развернутому и детальному анализу ситуаций перед принятием решений.

Показатели по тесту Струпа свидетельствуют о пике данного стиля у больных ГБ II и III стадии, что характеризует пациентов этой группы как ригидных. Ригидность связана с утратой способности управлять своим вниманием по собственной воле. Обычно у обсессивно-компульсивного человека есть очевидный интерес, которого он постоянно придерживается: он прикладывает массу усилий, чтобы найти нужные факты, и в этом преуспевает, но очень часто упускает именно то, что придает ситуации ее неповторимость. Например, такие люди часто совершенно нечувствительны к "настрою" в обществе. Обсессивно-компульсивное внимание упускает одни аспекты жизни, тогда как другие аспекты воспринимает вполне нормально. Не всякая модель познания, способная к интенсивной концентрации и четко сфокусированному вниманию, страдает подобными ограничениями. Некоторые люди способны проявлять интерес к случайным событиям, предчувствовать, мимолетно отмечать определенные элементы на периферии внимания; иными словами, в какой-то степени достигать успеха в обоих случаях. Это и называется гибкой когнитивной моделью и свободной мобильностью внимания. Но у обсессивно-компульсивных людей такая способность отсутствует. Для них предчувствие и преходящее впечатление – всего лишь неприятная помеха при концентрации внимания. Сфокусировав внимание до предела, они пытаются полностью избежать помех. Известно, что люди не рождаются со способностью к интенсивной кон-

центрации, а ее усиление связано с воспитанием [9].

Таким образом, в группе кардиологических больных отчетливо выявляются две противоположные модели переработки информации: истерическая и обсессивно-компульсивная. Если первую можно характеризовать как защитную при развитии заболеваний, то вторая сочетается с чрезвычайной продуктивностью и постоянной активностью и выполняет адаптивный характер в процессе трудовой деятельности. Обе акцентируются параллельно с развитием патологического процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Жидких Б.Д., Ширяев О.Ю.* Способ диагностики энцефалопатии. Изобретения (заявки и патенты), 2003; С2 № 2294142 RU: Бюл. № 26.
2. *Капитоненко А.М., Дочкин И.И.* Клинический анализ лабораторных исследований в практике военного врача. – М.: Воениздат, 1988. – 270 с.
3. *Остроумова О.Д., Десницкая И.В.* Когнитивные функции у пациентов с артериальной гипертензией: влияние гипотензивной терапии // CONSILIUM MEDICUM (Приложение). – 2004. – № 2. – С. 10–13.
4. *Остроумова О.Д., Боброва Т.А., Десницкая И.В. и др.* Артериальная гипертензия и когнитивные нарушения: возможности антигипертензивной терапии // Сердце. – 2005. – Т. 6, № 4. – С. 328–332.
5. *Пиаже Ж.* Аффективное и когнитивное бессознательное // Вопр. психологии. – 1996. – № 6. – С. 125–131.
6. *Танашиян М.М., Лагода О.В., Федин П.А. и др.* Применение винпоцетина для лечения когнитивных нарушений у больных с хроническими цереброваскулярными заболеваниями // Журн. неврол. и психиатрии. – 2007. – № 10. – С. 41–43.
7. *Филимонов В.А., Ключева В.Н., Кондрашова И.Н.* Винпотропил в лечении сосудистых заболеваний головного мозга // Журн. неврол. и психиатрии. – 2007. – № 2. – С. 58–60.
8. *Холодная М.А.* Психология интеллекта. Парадоксы исследования. – СПб.: Питер, 2002. – 272 с.
9. *Шапиро Д.* Невротические стили: пер с англ. – М., 2000. – 176 с.
10. *Якубик А.* Истерия. Методология. Теория. Психопатология. – М.: Медицина, 1982. – 344 с.
11. *Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б.* Синдром умеренных когнитивных расстройств при дисциркуляторной энцефалопатии // Журн. неврол. и психиатрии. – 2005. – № 2. – С. 13–17.