

НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИИ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ, МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ И ВЫДЕЛЕННЫЕ ДЕФИЦИТЫ¹

О.Д. ПУГОВКИНА

Важность нарушений в интерперсональной сфере и, в частности, в сфере социального познания при депрессии особо подчеркиваются разными специалистами: психиатрами, клиническими психологами, психотерапевтами. В данной статье рассматриваются как подходы, прямо связанные с социальным познанием, так и ряд неспецифических когнитивных факторов, затрудняющих процессы переработки социальной информации при депрессии. Описываются методические приемы изучения социального познания в рамках подходов, основанных на различных теоретических конструктах (ментализация, «теория психического» (Theory of Mind — ToM), социальный интеллект, социальные навыки, эмоциональный интеллект, эгоцентризм и др.), а также результаты эмпирических исследований нарушений социального познания при депрессии. Делается ряд выводов, намечающих перспективы дальнейших исследований. В частности, фиксируется, что когнитивные аспекты нарушений социального познания изучаются в некотором разрыве с данными феноменологических наблюдений и эмпирических исследований нарушений мотивации общения, саморегуляции и направленности мышления на другого человека (интенциональности).

Ключевые слова: депрессия, социальное познание, «теория психического», ментализация, социальный интеллект, социальные навыки, социальная ангедония.

Введение

Сфера социального познания у больных депрессиями является объектом интенсивного изучения в последнее время. В рамках различных подходов, основанных на целом ряде теоретических конструктов (эмоциональный интеллект [Hansen, 2007], ментализация [Alsarraf, Nilsson,

¹ Статья подготовлена при финансовой поддержке Российского Научного Фонда (грант № 14-18-03461)

2009], «теория психического» (ТоМ) [Zobel et al., 2010], социальные навыки [Segrin, 2000], социальный интеллект [Пуговкина, Паламарчук, 2013] и др.) изучаются способности человека к построению, осмыслению, исправлению внутренних репрезентаций психических состояний как своих, так и другого человека [Холмогорова, Зарецкий, 2010]. Показано, что дефицит перечисленных способностей играет существенную роль в возникновении симптомов эмоциональной дезадаптации и депрессии. Проблема нарушений социального познания обсуждается также в связи с проблемой высокой частоты хронификации депрессии. Наблюдения психотерапевтов [Мак-Каллоу, 2003; Weissman, Markowitz, Klerman, 2007] свидетельствуют о существенной роли дефицита в сфере социального познания и несформированности социальных навыков в формировании затяжного типа течения депрессии.

Ряд упомянутых выше подходов изначально был предметом изучения психологических факторов других видов психической патологии. Например, концепция ТоМ подробно разрабатывалась в исследованиях аутизма и шизофрении, концепция ментализации — в исследованиях личностной патологии. Концепции социального и эмоционального интеллекта, эмпатии пришли в поле исследования депрессии из общей и социальной психологии. Существует также несколько концепций, описывающих относительно более специфические для депрессии механизмы нарушения социального познания: Interpersonal Stress Model of Depression — модель, связывающая возникновение депрессии с особенностями переработки стресса в межличностных отношениях [Rudolf, et al., 2000; Gunthert, Kohen, Butler, Beck, 2007]; КБАСП — когнитивно-бихевиоральная аналитическая модель хронической депрессии [Мак-Каллоу, 2003]; интерперсональная модель психотерапии депрессии Дж. Клерман и М. Вейсманн [Weissman, Markowitz, Klerman, 2007].

Помимо непосредственно нарушений социального познания, в литературе подробно описан также ряд *неспецифических когнитивных факторов*, или общих особенностей мышления больных депрессиями, которые способствуют хронификации заболевания (например, снижение гибкости мышления, когнитивная ригидность [Teasdale, Segal, Williams, 1956, 2000], руминации [Nolen-Hoeksema, 1991], снижение осознанности своих внутренних психических процессов и опыта [Пуговкина, 2014], глобализация и сверхобобщение текущей оценки событий и автобиографической памяти [Kuyke, Brewin, 1995; Raesa, Hermansa, Mark, et al., 2006], невнимание к логической аргументации, эгоцентричность в видении себя и других, отсутствие привычки выдвигать гипотезы [Мак-Каллоу, 2003] и др. С точки зрения Дж. Мак-Каллоу [2003], описанные особенности мышления наиболее существенно затрудняют

именно процессы социального познания, в то время как в отношении других явлений больные способны рассуждать более динамично и продуктивно.

Отдельного упоминания заслуживают исследования мотивации общения при депрессии и эмоциональной дезадаптации. Эти исследования не содержат комплексной концептуализации нарушений социального познания, однако, предположительно, составляют некий ядерный дефицит, или нарушение, лежащее в основе других когнитивных и поведенческих интерперсональных нарушений.

Существует и еще одна достаточно разнородная область исследований поведенческого аспекта социального познания — исследования социальных навыков (ассертивных, навыков разрешения конфликтов, распознавания и конструктивного выражения негативных чувств, копинг-стратегии), характеристик социальных сетей и социальной поддержки, — в рамках которой накоплено значительное количество данных о различных дисфункциях интерперсональной сферы у больных депрессиями.

Теоретические модели, методы изучения и эмпирические исследования нарушений социального познания при депрессии

Как уже упоминалось, изучение нарушений социального познания у больных депрессиями ведется в рамках нескольких подходов, основанных на различных конструктах: эмоционального и социального интеллекта, ментализации, ТоМ или «теории психического», а также в рамках специфических психотерапевтических подходов.

Один из наиболее продвинутых подходов в рамках проблемы социального познания при депрессии основан на конструкте **эмоциональный интеллект**, под которым понимается способность к распознаванию, обработке и использованию эмоциональных стимулов для саморегуляции и регуляции в сфере межличностных отношений.

Связь между нарушениями эмоционального интеллекта и депрессией представляется прозрачной, однако результаты эмпирических исследований этой связи не столь однозначны. С одной стороны, дефицитарность способности к обработке эмоциональных стимулов считается одной из обязательных черт пациентов с депрессией. С другой стороны, в эмпирических данных корреляционные связи переменных (эмоционального интеллекта и депрессии) надежны, но невысоки [Hansen, 2007]. Это свидетельствует о наличии дополнительных факторов и объясняет многочисленность и не снижающуюся актуальность исследований в этой области.

Понятие **социального интеллекта** включает, помимо эмоциональной составляющей, когнитивную (социальные знания, память и др.) и пове-

денческую (социальные навыки взаимодействия). В зарубежной психологии понятие социального интеллекта уступило место более широкому и процессуально-ориентированному понятию социальные когниции [см. подробнее Холмогорова, Воликова, Пуговкина, 2015]. В рамках данной концепции получены данные о снижении всех параметров социального интеллекта у больных депрессиями [Пуговкина, Паламарчук, 2013].

Методические приемы изучения социального познания в рамках данного подхода представляют собой наборы описаний (визуальных, текстовых) социальных ситуаций и предлагаемых их разрешений, из которых испытуемый должен выбрать наиболее конструктивный ответ (по мнению экспертов). Примерами таких тестов могут служить тест Дж. Гилфорда [Михайлова, 1996], тест социального интеллекта для подростков [Ушаков, 2009].

В исследованиях зафиксировано снижение всех параметров социального интеллекта (способность предвидеть последствия поведения, способность к логическому обобщению в невербальных реакциях, способность понимать изменение значения вербальных реакций в зависимости от контекста, способность понимать логику развития ситуации) у больных в депрессиями, и показана относительная независимость успешности выполнения тестовых заданий от тяжести и давности заболевания [Плужников, 2009; Пуговкина, Паламарчук, 2013; Segrin, 2000; Landa., 2009].

Ментализация, или «рефлексивное функционирование» (reflective-functioning) — это способность распознавать существование и природу собственных ментальных процессов и психических состояний других людей (эмоции, намерения, желания, представления и др.) [Karlsson, Kermott, 2006]. Процесс ментализации сочетает в себе познавательную активность (понимание и приписывание ментальных состояний, так же, как в модели ТоМ) и рефлексивную деятельность, или понимание того, что ментальные состояния определяют поведение, представление о собственном поведении как о предсказуемом и обоснованном собственным ментальным состоянием [Staun, Kessler, Buchheim, Kachele, Taubner, 2010].

К основным методическим приемам изучения ментализации относятся шкала рефлексивного функционирования (ментализации) (RFS — reflective functioning scale, [Taubner, Kessler, Buchheim, 2011]) и различные модификации интервью привязанности.

В настоящее время проходит валидизацию опросник ментализации, в структуре которого выделяется четыре подшкалы: 1) шкала трудности самоосознавания (*пункты «...если я буду много думать о чувствах, они*

могут выйти из-под контроля», «...если кто-то зевает в моем присутствии, это означает, что ему скучно в моей компании» и др.), 2) шкала эмоциональной осведомленности, или способности распознавать эмоции (пункты «...иногда я понимаю, что чувствовал, только спустя какое-то время», «...я часто игнорирую чувства или дискомфорт, до тех пор, пока они полностью не захватят мое внимание»), 3) шкала режима психической эквивалентности (пункты «...если мне только покажется, что кто-то может начать критиковать или обидеть меня, я сразу чувствую страх и он быстро растет», «...я поверю, что кто-то хорошо ко мне относится только после того, как получу конкретные подтверждения (подарки, комплименты и т.п.)» и др.); 4) шкала регуляции аффекта (пункты «...часто я не могу контролировать свои чувства», «...пояснения от других людей мало помогают мне понять себя» и др.) [Hausberg, Schulz, Piegler, et al., 2012].

Разработке данного опросника предшествовала серьезная дискуссия по поводу принципиальной возможности исследования ментализации методом самоотчета [Hausberg, Schulz, Piegler, et al., 2012]. Долгое время основным методическим приемом исследования ментализации служили различные модификации структурированного интервью привязанности. В ходе такого интервью оцениваются и кодируются проявления ментализации, а именно способности сознавать опыт межличностных отношений (подчеркивается именно этот аспект — ментализация отношений, как особая область ментализации в отличие от осознания своих или чужих намерений, эмоций и т.п.). Интервью ментализации предполагает фиксацию особенностей репрезентации опыта отношений испытуемым, а именно — способность говорить об отношениях, используя термины, относящиеся к эмоциям, чувствам, личностным чертам, ментальным состояниям. Ответы испытуемого на вопросы интервью кодируются по шкале от «антирефлексивных» ответов (отказы и агрессивные реакции на вопросы интервьюера, например, «Вы, как я полагаю, сами не понимаете, о чем спрашиваете») до «чрезвычайно рефлексивных», которые характеризуются прозрачностью и четкостью распознавания ментальной реальности, способностью к различению своей ментальной реальности и ментальной реальности интервьюера, пониманием динамической природы ментальных состояний, а также попытками интерпретировать поведение и опыт отношений в терминах ментальных состояний.

В рамках данного подхода, главным образом, изучались особенности ментализации у пациентов с пограничной личностной патологией, однако ряд работ был выполнен на клинических группах больных депрессией. Полученные результаты не вполне однозначны. Так, в группе

амбулаторных пациентов с депрессией ($n = 20$) с использованием шкалы рефлексивного функционирования не было обнаружено значимых различий по качеству общей ментализации по сравнению группой здоровых испытуемых. Выявленные различия касались только аспекта ментализации собственно депрессивных переживаний (на темы, связанные с депрессией) у данной группы пациентов, по которому они отличались от группы контроля. В данном исследовании качество ментализации не обнаружило зависимости от тяжести состояния (ни по самоотчетным, ни по экспертным шкалам), но оказалось связанным с качеством рабочего альянса. Пациенты с более нарушенной ментализацией значимо хуже и медленнее устанавливали рабочий альянс со специалистами [Taubner, Kessler, Buchheim, et al., 2011].

В работе «Ранящие воспоминания и щадящее забывание» S. Taubner объясняет различия в уровне ментализации различных сфер с точки зрения психоаналитической теории привязанности и концепции «рабочей модели отношений». Так, в психоаналитической теории депрессия рассматривается как результат повторения в актуальных отношениях раннего опыта ненадежной привязанности и неэффективной внутренней рабочей модели, которая представляет собой обобщенные ожидания от общения и специфическую организацию интрапсихических структур. Именно эти ненадежные модели пациент «забывает», охраняя себя от неприятных переживаний, чем объясняется дефицит ментализации в этой области внутреннего опыта (в то время как другие внутренние ценности могут ментализироваться и рефлексироваться вполне дифференцированно и успешно). Цели психодинамической психотерапии с пациентами с депрессией заключаются в модификации социальных ожиданий в направлении их большей стабильности и меньшей травматичности. Реализуются они путем построения новой стабильной и надежной рабочей модели в терапевтических отношениях. Результаты эмпирического исследования больных депрессией подтверждают эти предположения, а также свидетельствуют о том, что после 20 месяцев психоаналитической терапии, основанной на ментализации, у пациентов значительно повышаются способности отражать и осознавать опыт отношений, а также меняется содержание рабочей модели отношений [Taubner, 2013].

При исследовании *пациентов, проходящих лечение от депрессии в стационаре* ($n = 46$), получены другие результаты. Показано, что пациентов отличала существенно более низкая глубина способности к ментализации (как своих, так и чужих состояний) и различных аспектов опыта (включая не связанные напрямую с основной темой депрессивных переживаний). Кроме того, дефицит ментализации оказался свя-

занным с длительностью заболевания, количеством госпитализаций и выраженностью когнитивных нарушений, что позволяет предположить, что хроническое течение депрессии приводит к нарастанию нарушений ментализации [Fischer-Kern, Fonagy, Kapusta, et al., 2013].

В отечественной психологии проводилось исследование ментализации у больных депрессиями ($n = 30$) с разной давностью заболевания с использованием методического приема толкования испытуемыми картинок с сюжетами межличностного взаимодействия [Грибкова, Пуговкина, 2011]. Было обнаружено, что больные депрессией по сравнению с группой контроля дают меньше различных объяснений ситуаций общения, их объяснения чаще неадекватны и неполны: не соответствуют деталям картинки, в них отсутствуют описания чувств и мыслей персонажей. Исследование ментализации в популяционной группе испытуемых ($n = 30$) также показало обратную связь этой способности с выраженностью симптомов эмоционального неблагополучия у испытуемых (депрессии и тревоги). Было также показано, что способность к ментализации у больных депрессией снижается с увеличением давности заболевания, но не зависит от тяжести состояния [Грибкова, Пуговкина, 2011; Fischer-Kern, Fonagy, Kapusta, et al., 2013].

ТоМ, или «теория психического», — конструкт, в рамках которого концептуализируются способности понимать намерения других людей и независимость их намерений от собственной ментальной репрезентации ситуации. Этот подход очень близок к концепции ментализации, однако в нем акцент несколько острее стоит на понимании индивидуальных ментальных репрезентаций, а не опыта общения, т.е. того, что происходит между людьми. На сегодняшний день принято выделять два компонента ТоМ — имплицитный (эмоциональный аспект социальной перцепции, или симультанное восприятие, и обработка социальной информации) и эксплицитный (когнитивно-лингвистическая переработка социальной информации) [Frith, Happe, Siddons, 1994].

Методические приемы в рамках этого подхода включают моделирование ситуаций обмана, бестактности, намеков и направлены на изучение способности распознавать подобный сложный контекст социальных ситуаций, который требует от испытуемого способности посмотреть на ситуацию не со своей точки зрения, а глазами персонажа экспериментальной ситуации [подробнее см. Холмогорова, Воликова, Пуговкина, 2015]. В рамках этой модели разработан ряд тестов, направленных на оценку способности представить ментальное состояние человека по выражению лица, глаз, голосу и др. (например, The Reading the Mind in the Eyes Test [Baron-Cohen, Jolliffe, Mortimore, Robertson, 1997]).

В эмпирических исследованиях было показано, что тонкие нарушения ТоМ (способности понимания лжи второго порядка, т.е. способности представить, что думает один герой экспериментальной ситуации о мнении другого героя эксперимента, выступают предиктором развития неблагоприятных (рекуррентного или хронифицированного) типов течения депрессии [Kanba, 2009].

Интересные результаты продемонстрировало сравнение ТоМ у групп пациентов с непсихотической (n = 32) и психотической (n = 23) депрессией. В исследовании Y. Wang с соавт. (2008) помимо двух компонентов ТоМ (социально-перцептивного с использованием теста глаз и социально-когнитивного с использованием теста распознавания бестактности), оценивались общий интеллект (по тесту Векслера) и речевая беглость (Verbal Fluency Test). Было показано, что все больные депрессией уступали здоровым испытуемым по обоим показателям ТоМ. Пациенты с психотической депрессией показали худшие результаты по всем тестам, включая тесты ТоМ, по сравнению с больными с расстройством непсихотического уровня. В симптоматической оценке пациентов с психотической депрессией были значимо более выражены черты враждебности и подозрительности. Это позволяет авторам выдвигать гипотезу, что общие механизмы нарушения ТоМ могут приводить к психозу и при депрессии, и при шизофрении. Другим открытием было, что при контроле фактора речевой беглости качество ТоМ в подгруппах психотических и непсихотических больных не различалось! Авторы предполагают, что нарушения ТоМ при депрессии определяется, в том числе, дисфункциями фронтальных лобных областей [Wang, et al., 2008].

Ряд важных феноменологических наблюдений были сделаны в ходе обобщения *опыта психотерапии пациентов с хронической депрессией* и послужили основанием для выдвижения гипотез эмпирических исследований. Эти наблюдения не оформлены в концептуальную модель нарушения социального познания у больных депрессиями, однако они «схватывают» ряд важных аспектов, которые должны быть учтены в такой модели: эгоцентризм в оценке социальных ситуаций, специфика нарушений именно в сфере переработки социально значимой информации, дефицит специфических поведенческих навыков. Так, в *ряде психотерапевтических подходов причины хронификации депрессии* прямо связываются с несформированностью поведенческого интерперсонального стиля человека и недостаточностью социальных навыков [МакКаллоу, 2003; Weissman, Markowitz, Klerman, 2007].

Дж. Клерман и М. Вейсман рассматривают возникновение депрессии и ее хронификацию в контексте актуальных межличностных отношений больного и связывают ее с рядом дефицитов социальных навы-

ков, которые могут приводить к конфликтам, разрывам в отношениях с людьми, к социальной изоляции [Weissman, Markowitz, Klerman, 2007].

Дж. Мак-Каллоу описывает особенности социального функционирования больных хронической депрессией, опираясь на модель нормального когнитивного развития Ж. Пиаже: пациенты успешны во взаимодействии с предметами, но в межличностном общении им свойственно невнимание к логической аргументации, эгоцентричность в видении себя и других, отсутствие привычки выдвигать гипотезы. По мнению Дж. Мак-Каллоу [2003] именно структурные когнитивно-эмоциональные, а не функциональные проблемы определяют патологию хронического пациента.

Ведущие исследователи отмечают дефицит эмпирических исследований, в которых были бы зафиксированы описанные выше феномены. В рамках этого условно выделяемого направления эмпирического изучения нарушений социального познания только начинают оформляться *методические подходы*. Так, проходит апробацию и валидизацию опросник эгоцентризма и преоператорных черт в социальном познании [Kuhnen et al., 2011]. Опросник представляет собой описание социальных ситуаций (например, «...Вы договорились встретиться с другом, а он неожиданно отказывается от встречи под предлогом необходимости навестить заболевшего родственника. Что Вы подумаете и скажете другу в ответ на его сообщение?»), по поводу которых испытуемый должен высказать свое суждение. Это суждение содержит видение ситуации через призму собственных желаний и потребностей, либо — с точки зрения другого человека. Этот принцип положен в основу экспертной кодировки ответов испытуемого.

Неспецифические когнитивные факторы, связанные с процессами социального познания при депрессии

В литературе описан ряд когнитивных особенностей больных депрессиями, которые способствуют хронификации заболевания (например, руминации, тенденция осмысливать содержание конкретных текущих ситуаций не непосредственно, а через призму обобщенных категорий событий, происходивших в прошлом, невнимание к логической аргументации, эгоцентричность и др. [Пуговкина, 2014]. В сфере социального познания и межличностного взаимодействия эти нарушения проявляются в виде невозможности увидеть связи между собственными мыслями, поступками и их последствиями, влиянием на поведение других людей, моноличности в коммуникациях, невниманию к обратной связи от партнера для коррекции собственного понимания ситуации взаимодействия. Характерно, что описанные особенности

мышления наиболее существенно затрудняют именно процессы социального познания, в то время как в отношении других явлений большие депрессией способны рассуждать динамично и продуктивно.

Ассоциативная связь депрессивного настроения и негативного содержания мышления приводит к тому, что пациент привыкает реагировать на свои ощущения определенным образом, его мышление становится менее спонтанным и все более автоматизированным; поведение все чаще складывается из воспоминаний о реакциях на подобные ситуации в прошлом. В жизни пациентов появляется множество моментов, которые проживаются в автоматическом режиме, «по привычке» [Teasdale, Segal, Williams, 2000].

Размышления, сфокусированные на негативных переживаниях, «отбрасывают» пациента не только в прошлое, но также заставляют прогнозировать будущее в пессимистичном свете, основываясь на выводах о собственной беспомощности [Nolen-Hoeksema, 1991]. Такой человек живет «где угодно», только не в настоящем: его пугает прошлое, он тревожится по поводу будущего и, несмотря на то, что к действительности подобные мысли не имеют никакого отношения, эти переживания становятся его непосредственной реальностью.

В терминах концепции осознанности (psychological mindfulness) можно говорить о том, что больных депрессией отличает фотографический взгляд на реальность, которая воспринимается как статичная при своей объективной высокой изменчивости. Пациенты не способны взглянуть на свои негативные переживания как на проходящие, они пребывают в ощущении, что эти неприятные чувства и есть истина, неизменяющаяся и постоянная [Kuyken, Vuyford, Taylor, Watkins. et al., 2008].

С недостаточностью осознания связывается специфическая особенность автобиографических воспоминаний больных депрессией — так называемое «сверхобобщение (глобализация) событий» (overgeneral autobiographical memory) [Kuyken, Brewin, 1995; Raesa, et al., 2006], или тенденция вспоминать обобщенные, глобальные категории событий (часто обобщенные неточно, глобально; подобные обобщения вызывают интенсивные негативные чувства) вместо того, чтобы представлять конкретные события из жизни (пациент помнит о себе, что «его постоянно обижали в детстве», но не вспоминает конкретные эпизоды и, главное, события, происходившие параллельно в его жизни).

Дефицит осознания актуализирует, помимо упомянутых выше особенностей, дисфункциональные стратегии обращения с негативным содержанием жизненного опыта: руминации, «подключение» к негативным эмоциям или, наоборот, попытки подавления или избегания неприятных событий и чувств. Пациенты занимаются повторяющимися

ся и пассивными размышлениями о своих симптомах, будучи, как правило, убеждены, что эта стратегия может помочь, и не понимая, что в действительности это уменьшает их способности эффективно решать проблемы [Nolen-Hoeksema, 2000].

В отечественной психологии разработан подход комплексного экспериментального исследования когнитивных способностей и социального познания, в котором акцентируется роль мотивации общения и социальной направленности мышлений в нарушениях социального познания. [Холмогорова, 1983; Зейгарник, Холмогорова, Мазур 1989; Рычкова, Холмогорова, 2011].

О существенном искажении социально обусловленной мотивации свидетельствует описанный в исследованиях комплекс личностных характеристик (перфекционизм и враждебность, низкая кооперативность, преобладание мотивации избегания в сравнении с потребностью в аффилиации), который определяет не только опыт текущих интерперсональных отношений, но и особенности медицинского комплаенса и рабочего альянса в психотерапии больных депрессиями [Пуговкина, Холмогорова, 2008; Гаранян, Васильева, 2009; Гаранян, 2010; Пуговкина, Холмогорова, 2011].

Выводы

Обобщая приведенный анализ теоретических моделей и эмпирических исследований нарушений социального познания у больных депрессиями, можно сделать следующие выводы:

1. При большом разнообразии теоретических подходов и методических приемов имеют место существенные трудности соотнесения результатов эмпирических исследований вплоть до их противоречивости, что связано с несовершенством теоретико-методологической базы проводимых исследований.

2. Трудность систематизации данных связана не только с отсутствием общего методологического подхода к исследованию социального познания, но и с организационными и методическими проблемами планирования и проведения исследований. Например, критерии отнесения испытуемых к категории первичных, хронифицированных, рекуррентных больных пересекаются с категориями психотических/невротических или амбулаторных/стационарных пациентов. Кроме того многие вопросы изучения роли социального познания в возникновении и течении депрессии в принципе невозможно решить в формате срезового корреляционного исследования.

3. В отдельных исследованиях показано, что дефицит социальных навыков может увеличивать риск возникновения расстройств аффектив-

ного спектра [Landa, 2009; и Segrin, 2000]; нарушения в сфере социального познания рассматриваются как predispositional и хронифицирующие, не зависящие от длительности заболевания [Плужников, 2009]. Вместе с тем отмечено, что ряд способностей в сфере социального познания (эмоциональный интеллект, ментализация, самооценка социальных навыков) имеют тенденцию к ухудшению по мере хронификации депрессии [Zobel, Werden, Linster, et al., 2010]. Решение этого вопроса требует организации перспективного лонгитюдного исследования.

4. Еще один вопрос дальнейших исследований [Пуговкина, Холмгорова, 2015] состоит в том, в какой мере зафиксированный факт нарушения социального познания у больных депрессиями имеет отношение к способностям в сфере социального взаимодействия (т.е. является проявлением интерперсональных дефицитов), а в какой является частным проявлением нарушения, лежащего в сфере общих способностей к саморегуляции мышления, деятельности, поведения (является проявлением метакогнитивных дефицитов).

5. Одним из важнейших аспектов в структуре нарушений социального познания при депрессии являются искажения мотивационной структуры личности, специфики установок в отношении общения, таких, как способность получать удовольствие от общения, способность к кооперации, соотношение мотивации аффилиации и избегания отвержения.

ЛИТЕРАТУРА

- Гаряня Н.Г. Перфекционизм и враждебность как личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств. Автореф. дисс. ... докт. психол. наук. М.: МГУ, 2010. 42 с.
- Гаряня Н.Г., Васильева М.Н. Личностные характеристики больных рекуррентной депрессией, резистентных к медикаментозному лечению // Сибирский психологический журнал. 2009. № 31. С. 27—33.
- Грибкова Ю.М., Пуговкина О.Д. Исследование ментализации у больных депрессией // Материалы Всероссийской конференции «Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным» / Москва, 12—14 декабря 2011г. С. 305.
- Зейгарник Б.В., Холмгорова А.Б., Мазур Е.С. Саморегуляция в норме и патологии // Психол. журнал. 1989. № 2. С. 34—38.
- Мак-Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии / М., 2003. 368 с.
- Михайлова Е.С. Методика исследования социального интеллекта (Адаптация теста Дж. Гилфорда и М. Салливена) / Руководство по использованию. СПб., 1996. 50 с.
- Плужников И.В. Нарушения эмоционального интеллекта при расстройствах аффективного спектра и шизофрении // Психология и педагогика. 2009. № 3. С. 211—213.

- Пуговкина О.Д. Mindfulness-based cognitive therapy: когнитивная психотерапия, основанная на осознанности в лечении хронической депрессии // Современная терапия психических расстройств. 2014. № 2. С. 26—32.
- Пуговкина О.Д., Паламарчук Л.С. Социальный интеллект и хронификация депрессии // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 1. С. 114—125.
- Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б. Влияние мотивационно-личностных характеристик на когнитивное функционирование у больных терапевтически резистентными депрессиями (тезисы) // Материалы российской конференции «Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007—2011гг.)» / М., 2008. С. 473.
- Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б. Терапевтический альянс в психотерапии // Современная терапия психических расстройств. 2011. № 3. С. 14—21.
- Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б. Нарушения социального познания при депрессиях // Ж-л неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015. № 1. (в печати).
- Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. «Социальный интеллект» в патопсихологической диагностике // Экспериментальные методики патопсихологии / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рошиной. М., 2011. С. 130—134.
- Ушаков Д.В. Социальный интеллект как вид интеллекта // Социальный интеллект: теория, измерение, исследования / Под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. М.: Институт психологии РАН, 2004. С. 11—28.
- Холмогорова А.Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1983. 17 с.
- Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Пуговкина О.Д. Социальное познание и его нарушения в процессе онтогенеза: история и современное состояние проблемы, модели и методы исследования // Вопросы психологии. 2015 (в печати).
- Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К. Может ли быть полезна российская психология в решении проблем современной психотерапии: размышления после XX конгресса интернациональной федерации психотерапии (IFP). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 4. URL: www.medpsy.ru/mptrj/archiv_global/2010_4_5/nomer/nomer09.php (дата обращения: 06.11.2014).
- Alsarraf J.J., Nilsson Y. Reflecting around the functions behind depression — A correlational study of depression, mentalization and attachment // Linköping University, Department of Behavioural Sciences and Learning. 2009. 29 p.
- Baron-Cohen S., Jolliffe T., Mortimore C., Robertson M. Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger Syndrome // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1997. V. 38. Pp. 813—822.
- Fischer-Kern M., Fonagy P., Kapusta N., et al. Mentalizing in Female Inpatients With Major Depressive Disorder // Journal of Nervous and Mental Disease. 2013. V. 201. №. 3. Pp. 202—207.
- Frith U., Happe F., Siddons F. Autism and theory of mind in everyday life // Social Development. 1994. V. 3. Pp. 108—124.

- Gunther K.C., Cohen L.C., Butler A.C., Beck J.S.* Depression and Next-day Spillover of Negative Mood and depressive cognitions following interpersonal stress // *Cogn. Ther. Res.* 2007. V. 31. Pp. 521—532.
- Hansenne M.* Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects // *Psychiatry Research.* 2007. № 1. Pp. 63—68
- Hausberg M.C., Schulz H., Piegler T., et al.* Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the Mentalization Questionnaire (MZQ) // *Psychotherapy Research.* 2012. V. 22. Pp. 699—709.
- Kanba S.* Deficit in theory of mind is a risk factor for relapse of major depression // *European Psychiatry.* 2009. V. 24. P. 294.
- Karlsson R., Kermott A.* Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training,* 2006. V. 43. N. 1. Pp. 65—84.
- Kuhnen T. et al.* Chronic depression: development and evaluation of the luebeck questionnaire for therecording preoperational thinking (LQPT) // *BMC Psychiatry.* 2011. V. 11. P. 199.
- Kuyken W., Byford S., Taylor R.S., Watkins E. et al.* Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2008. Vol. 76. Pp. 966—978.
- Kuyken W., Brewin C.R.* Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse // *Journal of Abnormal Psychology.* 1995. Vol. 104. Pp. 585—591.
- Landa J.* Predictive validity of Perceived Emotional Intelligence on nursing students' self-concept // *Nurse Education Today.* 2009. № 7. Pp. 801—808.
- Nolen-Hoeksema S.* Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes // *Journal of Abnormal Psychology.* 1991. Vol. 100. Pp. 569—582.
- Nolen-Hoeksema S.* The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms // *Journal of Abnormal Psychology.* 2000. Vol. 109. Pp. 504—511.
- Raesa F., Hermansa D., Mark J., Williamsb G., Demyttenaere K., et al.* Is overgeneral autobiographical memory an isolated memory phenomenon in major depression? // *Memory.* 2006. Vol. 14. Pp. 584—594.
- Rudolf K.D. et al.* Toward an interpersonal life-stress model of depression: The developmental context of stress generation // *Developmental and Psychopathology.* 2000. V. 12. Pp. 215—234.
- Segrin C.* Social skills deficits associated with depression // *Clinical Psychology Review.* 2000. № 3. Pp. 379—403.
- Staub L., Kessler H., Buchheim A., Kachele H., Taubner S.* Mentalisierung und chronische Depression // *Psychotherapeut.* 2010. V. 55. Pp. 299—305.
- Taubner S.* Working with Unconscious and Explicit Memories in Psychodynamic Psychotherapy in Patients with Chronic Depression // *Hurting Memories and Beneficial Forgetting.* 2013. Pp. 153—163.
- Taubner S., Kessler H., Buchheim A., et al.* The Role of Mentalization in the Psychoanalytic Treatment of Chronic Depression // *Psychiatry — Interpersonal and Biological Processes.* 2011. V. 74. Pp. 49—57.

- Teasdale J.D., Segal Z., Williams J.* How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help // *Behaviour Research and Therapy*. 1995. V. 33. Pp. 25—39.
- Teasdale J.D., Segal Z.V., Williams J.*, et al. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000. V. 68. Pp. 615—623.
- Wang Y.* et al. Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms: A componential view // *Psychiatry Research*. 2008. V. 161. Pp. 153—161.
- Weissman M., Markowitz J., Klerman G.* *Clinician's Guide to Interpersonal Psychotherapy* / Oxford UP, 2007. 183 p.
- Zobel I., Werden D., Linster H., Dykieriek P., Drieling T., Berger M., Schramm E.* Theory of mind deficits in chronically depressed patients // *Depression and Anxiety*. 2010. № 27. Pp. 821—828.

MODELS AND METHODS FOR STUDYING IMPAIRMENT SOCIAL COGNITION IN DEPRESSION: THEORETICAL APPROACHES, METHODS OF STUDY AND HIGHLIGHTED DEFICITS²

O.D. PUGOVKINA

The importance of the violations in the interpersonal sphere and, in particular, in the field of social cognition in depression, is emphasized by different specialists: psychiatrists, clinical psychologists, psychotherapists. This article discusses approaches which are directly related to social cognition, and the number of non-specific cognitive factors that hamper the social information processing in depression. Methods of social cognition studying are described. They are based on different theoretical constructions (mentalization, Theory of Mind, social intelligence, social skills, emotional intelligence, egocentrism etc.). And also we describe the results of empirical studies of disorders of social cognition in depression, a number of conclusions, outlining the prospects for further research are made. It is settled, that the cognitive aspects of disorders of social cognition are studied in a break with the data of the phenomenological observations and empirical researches regarding motivation for communication, self-control and focus thinking on another person (intentionality).

Keywords: depression, social cognition, Theory of mind, mentalization, social intelligence, social skills, social anhedonia.

Garanjan N.G. *Perfekcionizm i vrazhdebnost' kak lichnostnye faktory depressivnyh i trevozhnyh rasstrojstv*. Avtoref. diss. ... dokt. psihol. nauk. M.: MGU, 2010. 42 p.

² This article was prepared with the financial support of the Russian Science Foundation (grant No. 14-18-03461).

- Garanjan N.G., Vasil'eva M.N.* Lichnostnye karakteristiki bol'nyh rekurrentnoj depressiej, rezistentnyh k medikamentoznomu lecheniju. *Sibirskij psihologicheskij zhurnal.* 2009. № 31. Pp. 27—33.
- Gribkova Ju.M., Pugovkina O.D.* Issledovanie mentalizacii u bol'nyh depressiej / Materialy Vserossijskoj konferencii "Povyshenie jeffektivnosti lechebno-reabilitacionnoj pomoshhi psihicheski bol'nym". Moskva, 12—14 dekabrja 2011. P. 305.
- Zejgarnik B.V., Holmogorova A.B., Mazur E.S.* Samoreguljacija v norme i patologii. *Psihol. zhurnal.* 1989. № 2. Pp. 34—38.
- Mak-Kallou Dzh.* Lečenje hronicheskoj depressii / M., 2003. 368 p.
- Mihajlova E.S.* Metodika issledovanija social'nogo intellekta (Adaptacija testa Dzh. Gilforda i M. Sallivena): Rukovodstvo po ispol'zovaniju / SPb., 1996. 50 p.
- Pluzhnikov I.V.* Narushenija jemocional'nogo intellekta pri rasstrojstvah affektivnogo spektra i shizofrenii. *Psihologija i pedagogika.* 2009. № 3. Pp. 211—213.
- Pugovkina O.D.* Mindfulness-based cognitive therapy: kognitivnaja psihoterapija, osnovannaja na osoznannosti v lechenii hronicheskoj depressii. *Sovremennaja terapija psihicheskikh rasstrojstv.* 2014. № 2. Pp. 26—32.
- Pugovkina O.D., Palamarchuk L.S.* Social'nyj intellekt i hronifikacija depressii. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija.* 2013. № 1. Pp. 114—125.
- Pugovkina O.D., Holmogorova A.B.* Vlijanie motivacionno-lichnostnyh karakteristik na kognitivnoe funkcionirovanie u bol'nyh terapevticheski rezistentnymi depressijami (tezisy) / Materialy rossijskoj konferencii "Realizacija podprogrammy "Psihicheskie rasstrojstva" Federal'noj celevoj programmy "Preduprezhdenie i bor'ba s social'no-znachimymi zabolevanijami (2007—2011gg.)". M., 2008. P. 473.
- Pugovkina O.D., Holmogorova A.B.* Terapevticheskij al'jans v psihoterapii. *Sovremennaja terapija psihicheskikh rasstrojstv.* 2011. № 3. Pp. 14—21.
- Pugovkina O.D., Holmogorova A.B.* Narushenija social'nogo poznanija pri depressijah. *Zh-l nevrologii i psichiatrii im. S.S.Korsakova.* 2015. № 1. (in print).
- Rychkova O.V., Holmogorova A.B.* "Social'nyj intellekt" v patopsihologicheskoi diagnostike. *Jeksperimental'nye metodiki patopsihologii / Pod red. N.V. Zverevoj, I.F. Roshhinoj.* M., 2011. Pp. 130—134.
- Ushakov D.V.* Social'nyj intellekt kak vid intellekta. *Social'nyj intellekt: teorija, izmerenie, issledovanija / Pod red. D.V. Ljusina, D.V. Ushakova.* M.: Institut psihologii RAN, 2004. Pp. 11—28.
- Holmogorova A.B.* Narushenija refleksivnoj reguljaciji poznavatel'noj dejatel'nosti pri shizofrenii: avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk. M., 1983. 17 p.
- Holmogorova A.B., Volikova S.V., Pugovkina O.D.* Social'noe poznanie i ego narushenija v processe ontogeneza: istorija i sovremennoe sostojanie problemy, modeli i metody issledovanija. *Voprosy psihologii.* 2015 (in print).
- Holmogorova A.B., Zareckij V.K.* Mozhet li byt' polezna rossijskaja psihologija v reshenii problem sovremennoj psihoterapii: razmyshlenija posle XX kongressa internacional'noj federacii psihoterapii (IFP). *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn.* 2010. N 4. Available at: http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2010_4_5/nomer/nomer09.php (Accessed 06.11.2014).

- Alsarraf J.J., Nilsson Y.* Reflecting around the functions behind depression — A correlational study of depression, mentalization and attachment / Linköping University, Department of Behavioural Sciences and Learning. 2009. 29 p.
- Baron-Cohen S., Jolliffe T., Mortimore C., Robertson M.* Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger Syndrome // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1997. V. 38. Pp. 813—822.
- Fischer-Kern M., Fonagy P., Kapusta N., et al.* Mentalizing in Female Inpatients With Major Depressive Disorder // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2013. V. 201. №. 3. Pp. 202—207.
- Frith U., Happe F., Siddons F.* Autism and theory of mind in everyday life // *Social Development*. 1994. V. 3. Pp. 108—124.
- Guntherth K.C., Cohen L.C., Butler A.C., Beck J.S.* Depression and Next-day Spillover of Negative Mood and depressive cognitions following interpersonal stress // *Cogn Ther Res*. 2007. V. 31. Pp. 521—532.
- Hansenne M.* Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects // *Psychiatry Research*. 2007. № 1. Pp. 63—68
- Hausberg M.C., Schulz H., Piegler T., et al.* Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the Mentalization Questionnaire (MZQ) // *Psychotherapy Research*. 2012. V. 22. Pp. 699—709.
- Kanba S.* Deficit in theory of mind is a risk factor for relapse of major depression // *European Psychiatry*. 2009. V. 24. P. 294.
- Karlsson R., Kermott A.* Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2006. V. 43. N. 1. Pp. 65—84.
- Kuhnen T. et al.* Chronic depression: development and evaluation of the luebeck questionnaire for therecording preoperarional thinking (LQPT) // *BMC Psychiatry*. 2011. V. 11. P. 199.
- Kuyken W., Byford S., Taylor R.S., Watkins E. et al.* Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008. Vol. 76. Pp. 966—978.
- Kuyken W., Brewin C.R.* Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse // *Journal of Abnormal Psychology*. 1995. Vol. 104. Pp. 585—591.
- Landa J.* Predictive validity of Perceived Emotional Intelligence on nursing students' self-concept // *Nurse Education Today*. 2009. № 7. Pp. 801—808.
- Nolen-Hoeksema S.* Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes // *Journal of Abnormal Psychology*. 1991. Vol. 100. Pp. 569—582.
- Nolen-Hoeksema S.* The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms // *Journal of Abnormal Psychology*. 2000. Vol. 109. Pp. 504—511.
- Raesa F., Hermansa D., Mark J., Williamsb G., Demyttenaere K. et al.* Is overgeneral autobiographical memory an isolated memory phenomenon in major depression? // *Memory*. 2006. Vol. 14. Pp. 584—594.

- Rudolf K.D.* et al. Toward an interpersonal life-stress model of depression: The developmental context of stress generation // *Developmental and Psychopathology*. 2000. V. 12. Pp. 215—234.
- Segrin C.* Social skills deficits associated with depression // *Clinical Psychology Review*. 2000. № 3. Pp. 379—403.
- Staub L., Kessler H., Buchheim A., Kachele H., Taubner S.* Mentalisierung und chronische Depression // *Psychotherapeut*. 2010. V. 55. Pp. 299—305.
- Taubner S.* Working with Unconscious and Explicit Memories in Psychodynamic Psychotherapy in Patients with Chronic Depression // *Hurting Memories and Beneficial Forgetting*. 2013. Pp. 153—163.
- Taubner S., Kessler H., Buchheim A., et al.* The Role of Mentalization in the Psychoanalytic Treatment of Chronic Depression // *Psychiatry — Interpersonal and Biological Processes*. 2011. V. 74. Pp. 49—57.
- Teasdale J.D., Segal Z., Williams J.* How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help // *Behaviour Research and Therapy*. 1995. V. 33. Pp. 25—39.
- Teasdale J.D., Segal Z.V., Williams J.* et al. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000. V. 68. Pp. 615—623.
- Wang Y.* et al. Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms: A componential view // *Psychiatry Research*. 2008. V. 161. Pp. 153—161.
- Weissman M., Markowitz J., Klerman G.* *Clinician's Guide to Interpersonal Psychotherapy* / Oxford UP, 2007. 183 p.
- Zobel I., Werden D., Linster H., Dykierек P., Drieling T., Berger M., Schramm E.* Theory of mind deficits in chronically depressed patients // *Depression and Anxiety*. 2010. № 27. Pp. 821—828.