

О. О. Drevits'ka

Characteristic features of cognitive function of primary school children with borderline mental pathology

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. During the research and treatment of the borderline mental pathology (BMP) of children, the main attention was focused on the features of emotional response of children, emotional conflicts between children and parents, while the cognitive function remained without any sufficient attention.

Objective. To investigate the cognitive ability of primary school children with the borderline mental pathology, and identify their characteristic features for treatment, rehabilitation and prevention.

Materials and methods. Examination involved 168 primary school children with BMP (7-10 years), who were treated at the children's psychiatric centre. The survey included clinical and psychological research of cognitive function. The results of Wechsler intelligence test (WISC) were sufficiently informative.

Results. There was revealed the presence of boundary cognitive deficit (BCD) in most of treated children with BMP. The verbal level deficit was revealed in 77% of children with BMP. The verbal and nonverbal IQ deficit according to Wechsler test was detected in 24% of children and it was 70-85. The results show a significant role of the boundary cognitive deficit in the pathogenesis of BMP in children.

Conclusion. For the prevention, treatment and rehabilitation of primary school children with BMP it is necessary to diagnose their IQ level: verbal and non-verbal. During their treatment, rehabilitation and prevention it is important to take into consideration the presence of boundary cognitive deficit (BCD).

Key words: mental disorders, children, cognitive deficit.

© Г.Я. ПИЛЯГИНА, 2013

Г.Я. Пилягина

ПОНЯТИЕ КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ДИСБАЛАНСА (ДЕФИЦИТА) И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И САМОРАЗРУШАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Национальная медицинская академия последиplomного образования
имени П.Л. Шупика, Киев

Вступление. Патогенез большинства психопатологических расстройств невротического регистра и манифестных вариантов саморазрушающего поведения (СрПв) базируется на психотравмирующем опыте детства, основным компонентом которого являются девиантные детско-родительские взаимоотношения. Когнитивно-эмоциональный дисбаланс или дефицит (КЭДД) может служить определенной психологической мерой такого психотравмирующего воздействия девиантных детско-родительских взаимоотношений.

Цель. Описание такого патопсихологического феномена как КЭДД, его характеристик и вклада в развитие различных видов психической патологии и СрПв.

Результаты. КЭДД – это диспропорциональное психологическое развитие личности, в результате пережитых в детстве хронических девиаций в детско-родительских взаимоотношениях или значительного психотравмирующего события. КЭДД есть основным проявлением дезинтеграции психологических процессов (когнитивного и эмоционального функционирования) во взаимодействии с реальностью, а также во внутреннем переживании такого взаимодействия. Можно выделить два базисных варианта КЭДД: регрессивно-эмоциональный и гиперкогнитивный. Регрессивно-эмоциональный вариант КЭДД участвует в развитии эмоционально-неустойчивого (F60.30), истерического (F60.30), мозаичного (F61) или даже шизотипического (F21) личностных расстройств, которая в большинстве случаев сопровождается тем или иным видом зависимости вследствие употребления психоактивных веществ (F1). В фрустрирующих обстоятельствах у таких пациентов крайне быстро формируется расстройство адаптации (F43.25) с высокой вероятностью реализации импульсивных саморазрушающих действий. У таких пациентов манифестные, клинически наблюдаемые варианты СрПв развиваются еще в стадии юности с быстрым формированием суицидальной карьеры. Психопатология, ассоциированная с гиперкогнитивным вариантом КЭДД, проявляется в виде панического расстройства (F41), различных видов соматоформной вегетативной дисфункции (F45.3), конверсионных расстройств (F44), неврастении (F45.8) или дистимии (F34.1). СрПв при гиперкогнитивном варианте есть результатом хронических психотравмирующих обстоятельств, на фоне которых у пациентов обычно формируются постоянные антивитальные переживания и периодические суицидальные мысли. В фрустрирующих обстоятельствах у таких пациентов развивается тяжелая депрессивная симптоматика (тяжелый депрессивный эпизод – F32.2 или депрессивная реакция – F43.2) с реальной опасностью формирования суицидальных тенденций с осуществления тщательно продуманных суицидальных действий.

Выводы. КЭДД есть одним из важных патогенетических компонентов формирования психопатологических расстройств и различных вариантов СрПв. Понимание механизмов формирования КЭДД и его проявлений целесообразно использовать в диагностике психопатологических расстройств, а также обязательно учитывать в тактике психотерапевтического вмешательства при конкретных видах психической патологии.

Ключевые слова: когнитивно-эмоциональный дисбаланс или дефицит, психические расстройства, саморазрушающее поведение, девиантные детско-родительские отношения.

ВСТУПЛЕНИЕ

В основе формирования большинства психопатологических расстройств невротического регистра и манифестных вариантов саморазрушающего поведения (СрПв) лежат развивающиеся в раннем онтогенезе девиантные детско-родительские взаимоотношения [1-4]. Все многочисленные варианты девиантных детско-родительских взаимоотношений могут быть сведены к двум основным типам. К первому можно отнести детско-родительские взаимоотношения с гиперстимуляцией ребенка избытком родительской любви: гиперопека, «социально правильные», ригидные поведенческие установки, воспитание по типу кумир семьи. Ко второму типу – отвержение со стороны родителей по отношению к ребенку, либо открытое (эмпатическая депривация, гипоопека), либо скрытое (формальное общение, безэмоциональная дистантность, равнодушное пренебрежение, игнорирование интересов ребенка). Психотравмирующий эффект девиантных детско-родительских взаимоотношений в детстве в определенной степени прямо пропорционален тяжести выявляемых психических расстройств в любой возрастной

группе. Определенной психологической мерой такого повреждающего эффекта может служить выраженность когнитивно-эмоционального дисбаланса или дефицита (КЭДД) [4 – 6].

КЭДД – это диспропорциональное психологическое развитие личности, возникающее в результате пережитых в детстве хронических девиаций в детско-родительских взаимоотношениях или значительного психотравмирующего события. Квалификация КЭДД как дисбаланса или как дефицита когнитивно-эмоционального функционирования зависит от его глубины, выраженности и необратимости. Когнитивно-эмоциональный дисбаланс – это обратимое и преодолимое проявление, в большей степени, патопсихологических проблем. А когнитивно-эмоциональный дефицит – практически необратимый процесс и облигатная характеристика большинства психопатологических расстройств и клинически манифестных форм и видов СРПв. По сути, когнитивно-эмоциональный дефицит («базисный дефект» по М. Балинту) есть необратимым следствием отягощенного раннего психологического развития ребенка, который может быть только компенсирован при адекватном и длительном профессиональном психотерапевтическом вмешательстве [6].

Обобщенный процесс формирования КЭДД можно представить следующим образом. В условиях возобновляемого психотравмирующего воздействия гипертрофированное переживание обиды, протеста, вины, стыда, психической боли и поведение, обусловленное этими чувствами, вытесняется из сознания ребенка, так как он, в силу недосформированных механизмов психологической защиты, не способен конструктивно противостоять и адекватно выражать накопившиеся негативные эмоции по отношению к агрессору. Вытеснение в подсознание негативных эмоциональных переживаний становится инициальным этапом формирования КЭДД. В процессе формирования КЭДД закрепляются паттерны инфантильного поведения и эмоционального реагирования. Тогда как когнитивные функции, процессы познания и осознания развиваются соответственно возрасту ребенка, несмотря на формирующиеся гиперкомпенсаторные нарушения избирательности внимания и тестирования реальности. Эти процессы нарушают адекватное формирование стресс-реагирования, прогнозирования поведения и импульс-контроля, потенцируют гиперболизацию эмоциональных переживаний в фрустрирующих обстоятельствах и гиперактивацию психологических защит. В физиологическом реагировании закрепляется реакция вегетативного дисфункционирования, мышечного перенапряжения и функциональной иммунной супрессии, что вызывает формирование соматоформных нарушений и постепенное развитие психосоматических заболеваний. Все это тормозит реализацию адаптивной поисковой активности у ребенка и инициирует процессы патологизации психической деятельности.

В норме при взаимодействии с изменяющейся действительности с раннего возраста человеком согласованно используются две базисные психологические системы: когнитивного тестирования реальности и эмоционального реагирования, базирующиеся на естественном биологическом развитии организма с поддержанием психофизического гомеостаза в пределах физиологической нормы. Формирование КЭДД есть основным проявлением рассогласования, дезинтеграции психологических процессов когнитивного и эмоционального функционирования во взаимодействии с реальностью, а также во внутреннем переживании такого взаимодействия с последующей диспропорциональностью личностного развития ребенка.

КЭДД может быть представлен двумя вариантами. Первый подразумевает доминирование регрессивного эмоционального реагирования с преимущественным использованием в стрессовых условиях неуправляемых эмоциональных реакций, а не когнитивного тестирования реальности, анализа происходящего. При его контрверсном варианте – наоборот, выявляется превалирование когнитивной активности при диссоциативном, алекситимическом вытеснении эмоционального реагирования в условиях внешнего стрессорного воздействия. То есть, диспропорциональность психологического развития личности при КЭДД выражается в том, что ребенок при реагировании на любое стрессовое воздействие в одном варианте преимущественно использует эмоциональное реагирование с «выключением» когнитивного тестирования реальности, а в контрверсном – фиксируется исключительно на когнитивной переработке информации при диссоциировании, подавлении, вытеснении эмоционального компонента. У ребенка расщепляется фокус приспособительного взаимодействия с внешней и внутренней реальностью, когда закрепляется игнорирование одного из базисных компонентов адаптирования: или когнитивного, или эмоционального. Метафорически в максимализированном виде варианты КЭДД можно представить как «без-умные чувства» или «бес-чувственный ум». Безусловно, подобная максимализация носит крайне упрощенный и символический характер, но отражает принцип расщепления в реактивном, приспособительном взаимодействии ребенка с реальностью, который закрепляется в виде одного из вариантов КЭДД.

Таким образом, можно выделить два базисных варианта КЭДД: регрессивно-эмоциональный и гиперкогнитивный. Регрессивно-эмоциональный вариант выражается очевидным преобладанием, гиперактивацией импульсивного эмоционального реагирования при стрессорном воздействии и невозможностью адекватного использования индивидом когнитивного анализа, тестирования реальности. При формировании гиперкогнитивного варианта закрепляется гиперактивация когнитивных функций и, соответственно, диссоциируются эмоциональные переживания и подавляется их выражение. При обоих вариантах КЭДД существенно снижаются адаптивные возможности организма и личности вследствие дисфункционирования основных сфер психической деятельности: внимания, воли, эмоций, мышления, а также вегетативного регулирования. Кроме того, при обоих вариантах КЭДД нарушается процесс избирательности внимания, импульс-контроля, способности к поливариантному прогнозированию собственной деятельности и конструктивно-адаптивному целенаправленному поведению.

КЭДД – это длительный психодинамический процесс, сопровождающий личность в течение многих лет, если не всю жизнь. Поэтому формирование регрессивно-эмоционального или гиперкогнитивного варианта КЭДД непосредственно и стойко влияют на характер человека, резко повышают его стресс-уязвимость, потенцируют развитие психопатологических нарушений и манифестных вариантов СРПв. Глубина и характеристики диспропорциональности личностного развития при КЭДД достаточно вариабельны и зависят от индивидуальных особенностей человека, характера девиаций в детско-родительских отношениях и содержания детской психотравматизации. Клиническая основа формирования КЭДД – это избегающий, амбивалентный или дезорганизованный типы расстройств привязанности, по сути являющиеся ключевым компонентом девиантных детско-родительских взаимоотношений [5, 7].

Внешние проявления этих двух вариантов КЭДД существенно отличаются.

При регрессивно-эмоциональном варианте КЭДД гиперболизированные эмоциональные переживания и импульсивное поведенческое реагирование представляют собой основной способ взаимодействия с реальностью. Его базис – амбивалентный или дезорганизованный тип расстройств привязанности. Характерная для матерей таких пациентов ведущая форма родительства – это дезорганизованная эмоциональность с импульсивным и необъяснимым для ребенка перемежающим поведением наказания / поощрения. Такие родители постоянно игнорируют потребности ребенка вследствие наличия у собственных проблем в тестировании реальности, нарушений импульс-контроля, аутодеструктивных или деструктивных копинг-стратегий. Эмоционально непредсказуемый, хаотичный и пренебрегающий стиль воспитания закрепляет у ребенка неадекватное аффективное реагирование и каскад патологических поведенческих паттернов, становясь базисом последующей патологизации психической деятельности. Такой ребенок, а впоследствии и взрослый человек, любое воздействие извне воспринимает как стрессовое и фрустрирующее, если оно не согласовано с его ожиданиями в обязательном и мгновенном получении желаемого. Поэтому практически каждое взаимодействие с реальностью у ребенка будет сопровождаться всепоглощающими эмоциональными переживаниями и бурно, импульсивно выражаемыми аффективными реакциями. При таком варианте патологической адаптации ребенок не способен адекватно перерабатывать поступающую информацию. Он привыкает игнорировать и обесценивать возможности аналитического и прогностического тестирования внешних обстоятельств, внутреннего состояния и собственного поведения, предпочитая всецело отдаваться всепоглощающим эмоциям.

Достаточно часто гиперболизированное переживание и выражение эмоций у таких детей может не иметь внешних проявлений, хотя бурно и глубоко переживается ими внутренне. Ребенок выглядит растерянным, замершим, эмоционально притупленным, одновременно находясь в состоянии интенсивных внутренних переживаний. В таком состоянии он, также как и при бурном внешнем выражении чувств, не способен тестировать реальность: адекватно перерабатывать информацию, использовать собственный опыт и выстраивать адаптивные поведенческие копинг-стратегии. Но и при гиперболизированном внешнем выражении эмоций, и при проявлении замиранья с интенсивным внутренним переживанием чувств поведение ребенка в фрустрирующих обстоятельствах провоцирует негативное внимание со стороны опекающих взрослых и усиление девиаций в детско-родительских взаимоотношениях по типу «замкнутого круга».

Таким образом, за счет неуправляемости переживания эмоций и постоянного подкрепления дезадаптивного поведения вследствие ответного негативного аффективного реагирования со стороны взрослых у ребенка закрепляется регрессивно-эмоциональные паттерны поведения как ведущая копинг-стратегия, которая в гипертрофированном, неуправляемом виде реализуется в фрустрирующих обстоятельствах.

Основные проявления регрессивно-эмоционального варианта КЭДД – постоянная и неадекватная гиперболизация эмоций; плохо контролируемое, импульсивное и непредсказуемое эмоциональное и поведенческое реагирование; неуправляемые аффективные вспышки; постоянная фиксация на достижении состояния удовольствия; эгоцентризм; хаотичное поведение, направленное на удовлетворение сиюминутных

желаний. Основной целью дезадаптивного поведения при этом варианте КЭДД есть немедленное удовлетворение желаемого, достижения состояния удовольствия, способного ненадолго снизить закритический уровень внутреннего фрустрационного напряжения, агрессии, экзистенциальной тревоги и ненасыщаемой мета-потребности в принятии и осмысленности.

Такая стратегия поведения сохраняется и в процессе взросления. При взрослении ребенок с регрессивно-эмоциональным вариантом КЭДД не может своевременно и качественно освоить юношеское поисковое поведение, а при необходимости адаптироваться в новых условиях он продолжает демонстрировать закрепленное инфантильное поведение. Такой подросток не только не способен адекватно тестировать реальность и формировать целенаправленную приспособительную активность, но преимущественно использует деструктивные и аутодеструктивные копинг-стратегии эмоционального принуждения окружающих решать его проблемы. У таких пациентов в большинстве случаев уже к 15 – 17 годам выявляется нозологически очерченная патология личности (F60, F91 – F94). Часто такие пациенты неоднократно реализуют саморазрушающие действия в виде несуйцидального членовредительства, но нередко – суицидальных попыток.

К сожалению, достаточно часто выраженные проявления регрессивно-эмоционального варианта КЭДД наблюдаются не только в периоде юношества и молодости, но и в зрелом возрасте. Весь возможный спектр экзистенциальной самореализации личности сводится к единственному неизбывному желанию вытеснить из осознания, не испытывать субъективно непереносимый уровень фрустрационного перенапряжения и психалгии. У таких пациентов в обязательном порядке диагностируются те или иные формы личностной патологии стеничного полюса с пограничным уровнем организации психики по О. Кернбергу [8]: обычно эмоционально-неустойчивое (F60.30), истерическое (F60.30), мозаичное (F61) или даже шизотипическое (F21) личностное расстройство. В большинстве случаев личностная патология сопровождается тем или иным видом химической (F1) или поведенческой зависимости – эквивалентной формы СрПв. В фрустрирующих обстоятельствах у таких пациентов крайне быстро формируется расстройство адаптации с нарушениями эмоций и поведения (F43.25) с высокой вероятностью реализации импульсивных саморазрушающих действий. Трансформация эквивалентной формы аутодеструктивной активности во внутреннюю или внешнюю форму в таких случаях может осуществляться молниеносно при возникновении любых субъективно значимых, психотравмирующих обстоятельств, к которым, прежде всего, относятся проблемы в межличностном взаимодействии. А так как у пациентов с регрессивно-эмоциональным вариантом КЭДД конфликтность в межличностных отношениях есть облигатной характеристикой, то в подобных случаях манифестные, клинически наблюдаемые варианты СрПв развиваются еще в стадии юности с быстрым формированием суицидальной карьеры.

Внешние проявления гиперкогнитивного варианта КЭДД принципиально другие. У таких детей ускоренно прогрессируют когнитивные функции (ребенок – «маленький старичок»), опережающее развитие которых отображает необходимость приспособляться, вырабатывать стратегию преодоления в хронических психотравмирующих условиях. Эмоциональная часть личности ребенка «застывает» на уровне возраста первой осознанной и запечатлевшейся встречи с психотравмирующими переживаниями. Практически всегда речь идет о переживании чувства брошенности и отверженности, когда

ребенок психологически неспособен понять причины случившегося. Основной копинг-стратегией у «плохо-чувствующего», «бесчувственного», но «чрезмерно умного» ребенка становится гиперболизи-рованное превалирование процесса обработки поступающей информации, основной целью которого есть прогнозируемость поведения окружающих. В девиантных детско-родительских отношениях у такого ребенка вырабатывается доминирующая внутренняя установка запрета на спонтанное выражение чувств, так как в раннем детстве его эмоциональные сигналы к опекающим взрослым либо игнорировались, либо запрещалось их выражение. Подобное «бесчувствие» при гипертрофированной аналитичности позволяет ребенку хоть в какой-то степени снизить за критический уровень переживания тревоги, брошенности и незащитности. Поведение таких детей достаточно предсказуемо: крайне «правильное» и тихое послушание. Таких детей легко узнать: это «маленькие профессора», «самостоятельные с пеленок», необременительные для опекающих взрослых дети, часто берущие на себя и психологическую, а иногда и реальную заботу о родителях еще в детстве. Ребенок или подросток с гиперактивацией когнитивного компонента преждевременно, не имея внутренней готовности (ни биологической, ни психологической, ни социальной), осваивает поведение, свойственное взрослому, зрелой личности. Это становится основой девиаций в его личностном развитии и непосредственно обуславливает формирование психической патологии. Так как в ходе закрепления поведенческой стратегии сверххраненной самостоятельности формируется базисная аутодеструктивная мотивация как способ психологического выживания: «во всем» полагаться только на себя и «героически» терпеть. У такого ребенка при биологической и психологической незрелости, недосформированных стресс-протективных механизмах крайне быстро нарастает истощение адаптивных ресурсов и патологизация психической деятельности. Перфекционизм, «синдром отличника» с обесцениванием границ своего личностного пространства и собственных достижений является ведущей мотивационной установкой поведения ребенка, а впоследствии и взрослого человека с гиперкогнитивным вариантом КЭДД. Его основной поведенческой стратегией является гипертрофированное стремление к осознанности, контролю, правильности в своих и чужих поступках. Ценой подобного гипертрофированного контроля реальности с потребностью в «гарантированности поведения» окружающих становится быстрое формирование соматизированных расстройств – эквивалентных форм СРПв, ангедония, «синдром хронической усталости и другие проявления зашкаливающей вытесненной тревоги, чувства брошенности, подавленной агрессии и нарастающей депрессии.

Основой хронической гиперактивации когнитивных функций у таких детей есть избегающий тип расстройств привязанности [7]. Его ведущая характеристика – диссоциация ребенком чрезмерных негативных эмоциональных переживаний брошенности, незащитности и беспомощности. У ребенка формируется установка внутреннего запрета на переживания и выражение чрезмерных негативных эмоций во взаимодействии с реальностью, их вытеснение и подавление, отказ в осознании чувств, так как в раннем детстве опекающие взрослые игнорировали его потребности в защищенности, внимании и понимании, а также запрещали открыто выражать любые сильные эмоции. Вследствие отсутствия адекватной реакции родителей на потребности ребенка, у него развивалась сверххраненная самостоятельность с необходимостью познавать реальность и приспосабливаться к ней, не ожидая поддержки от взрослых.

Именно в силу удобства для родителей психологического «псевдо-самообеспечения» таких детей, их «необременительности» с точки зрения внешней заботы подобное поведение подкрепляется опекающими взрослыми как «успешное», а КЭДД только усиливает и потенцирует закрепление аутодеструктивных копинг-стратегий. Психопатология, ассоциированная с гиперкогнитивным вариантом КЭДД, проявляется, прежде всего, в виде соматизированных, невротических и аффективных симптомокомплексов. В раннем детском возрасте – это невропатии или частая болезненность (F45.8); в юношеском – панические атаки (F41), различные виды вегетативной дисфункции (F45.3), другие конверсионные расстройства (F44); во взрослом возрасте, на фоне длительного психофизического перенапряжения и истощения адаптивных ресурсов организма – те же расстройства с их утяжелением в виде неврастении (F45.8) или дистимии (F34.1). При гиперкогнитивном варианте КЭДД манифестация СрПв есть результатом хронических психотравмирующих обстоятельств, истощающих психогений, на фоне которых у таких пациентов обычно формируется эквивалентная форма СрПв с выраженной астенизацией или соматизацией эмоциональных переживаний и невротической симптоматики, постепенно трансформирующаяся во внутреннюю форму с постоянными антивитальными переживаниями и периодическими суицидальными мыслями [9, 10]. В фрустрирующих обстоятельствах у таких пациентов формируется тяжелая депрессивная симптоматика (тяжелый депрессивный эпизод – F32.2 или депрессивная реакция – F43.2). В таком случае есть реальная опасность формирования суицидальных тенденций с осуществлением тщательно продуманных суицидальных действий. В условиях острой психотравмирующей ситуации может развиться молниеносная реализация суицидальных действий при переживании острого чувства несправедливости или брошенности.

При гиперкогнитивном и регрессивно-эмоциональном вариантах КЭДД подсознательно индивид использует принципиально разные механизмы психологической защиты [11, 12], которые обуславливают различную мотивацию клинически манифестных проявлений СрПв. В частности, при гиперкогнитивном варианте преимущественно активируются такие механизмы психологической защиты как подавление, вытеснение, рационализация, смещение, компенсация, идентификация, в результате чего преимущественной мотивацией клинически манифестных проявлений СрПв является самонаказание, самопожертвование или отрицательный жизненный баланс. Тогда как при регрессивно-эмоциональном варианте КЭДД ведущими механизмами психологической защиты являются проекция, регрессия, отрицание, проективная идентификация, расщепление, а наиболее часто встречающейся мотивационной основой клинически манифестных проявлений СрПв – призыв о помощи, месть или демонстративно-манипуляционная виктимность. При обоих вариантах КЭДД в мотивационную основу СрПв включается избегание непереносимой психалгии. Однако, при гиперкогнитивном варианте, во многих случаях психалгия вытеснена из сознания личности и не декларируется как одно из ведущих эмоциональных переживаний.

Итак, детская психотравматизация в условиях формирования девиантных детско-родительских отношений запускает целый каскад патологических процессов, включая формирование одного из вариантов КЭДД с последующей манифестацией психопатологических расстройств и различных вариантов СрПв. Понимание механизмов формирования КЭДД и его проявлений целесообразно использовать в диагностике психопатологических расстройств, а также обязательно учитывать в тактике построения психотерапевтического вмешательства при конкретных видах психической патологии.

Література

1. Варга, А.Я. Структура и типы родительского отношения. Дисс. ... канд. психол. наук. М. 1986.
2. Калшед Д. Внутренний мир травмы. М.: Академический проект, Екатеринбург: Деловая книга. 2001.
3. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М.: Смысл. 2001.
4. Пилягина Г.Я. Механизмы патологического приспособления и детская травматизация в суицидогенезе // Укр. мед. часопис. 2003, 6 (38): 49–56.
5. Пилягина Г.Я., Дубровская Е.В. Нарушения привязанности как основа формирования психопатологических расстройств в детском возрасте. Мистецтво лікування. 2007, 6 (042): 71–78.
6. Балинт М. Базисный дефект. М: Когито-центр. 2002.
7. Боулби Д. Привязанность: Пер. с англ. М.: Гардарики. 2003.
8. Кернберг О. Тяжёлые личностные расстройства: стратегии психотерапии. М.: Класс. 2000.
9. Пилягина Г.Я. Клинико-патогенетическая типологизация аутоагрессивного поведения. Архив психиатрии. 2003, 9, 3 (34): 24–30.
10. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Войцех В.Ф. Суицидология. Основные термины и понятия. Киев. 1999.
11. Никольская, Грановская, 2006 Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. СПб.: Речь. 2006.
12. Фрейд А. Эго и механизмы защиты. М.: ЭКСМО. 2003.

Г.Я. Пилягіна

Поняття когнітивно-емоційного дисбалансу (дефіциту) та його значення в патогенезі психічної патології й саморуйнівної поведінки

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика, Київ

Вступ. Патогенез більшості психопатологічних розладів невротичного регістру та маніфестних варіантів саморуйнівної поведінки (СрПв) базується на психотравмуючому досвіді дитинства, основним компонентом якого є девіантні дитячо-батьківські взаємовідносини. Когнітивно-емоційний дисбаланс або дефіцит (КЕДД) може служити певною психологічною мірою такого психотравмуючого впливу девіантних дитячо-батьківські взаємовідносин.

Мета. Визначення такого патофизиологічного феномену як КЕДД, його характеристик і внеску в розвиток різних видів психічної патології та СрПв.

Результати. КЕДД – це диспропорційний психологічний розвиток особистості, що є наслідком пережитих у дитинстві хронічних девіацій у дитячо-батьківські взаєминах або значного психотравмуючої події. КЕДД є основним проявом дезінтеграції психологічних процесів (когнітивного й емоційного функціонування) у взаємодії з реальністю, а також у внутрішньому переживанні такої взаємодії. Можна виділити два базисних варіанти

КЕДД: регресивний-емоційний і гіперкогнітивний. Регресивний-емоційний варіант КЕДД бере участь у розвитку емоційно-нестійкого (F60.30), істеричного (F60.30), мозаїчного (F61) або навіть шизотипічного (F21) особистісних розладів, котра у більшості випадків особистісна патологія супроводжується тим або іншим видом залежності від вживання психоактивних речовин (F1). Фрустрируючі обставини у таких пацієнтів вкрай швидко потенціюють формування розладу адаптації (F43.25) з високою ймовірністю реалізації імпульсивних саморуйнуючих дій. У таких пацієнтів ще в стадії юності розвиваються маніфестні, варіанти СрПв, що клінічно спостережуються, зі швидким формуванням суїцидальної кар'єри. Психопатологія, асоційована з гіперкогнітивним варіантом КЕДД, проявляється у вигляді панічного розладу (F41), різних видів соматоформної вегетативної дисфункції (F45.3), конверсійних розладів (F44), неврастенії (F45.8) або дистимії (F34.1). СрПв при гіперкогнітивному варіанті є результатом хронічних психотравмуючих обставин, на тлі яких у пацієнтів звичайно формуються постійні антивітальні переживання чи періодичні суїцидальні думки. У фрустрируючих обставинах у таких пацієнтів розвивається важка депресивна симптоматика (важкий депресивний епізод – F32.2 або депресивна реакція – F43.2) з реальною небезпекою виникнення суїцидальних тенденцій зі здійсненням ретельно продуманих суїцидальних дій.

Висновки. КЕДД є одним з важливих патогенетичних компонентів формування психопатологічних розладів і різних варіантів СрПв. Розуміння механізмів формування КЕДД і його проявів доцільно використовувати в діагностиці психопатологічних розладів, а також обов'язково враховувати в тактиці психотерапевтичного втручання при конкретних видах психічної патології.

Ключові слова: когнітивно-емоційний дисбаланс або дефіцит, психічні розлади, саморуйнівна поведінка, девіантні дитячо-батьківські взаємовідносини.

H. Ya. Pyliahina

Cognitive and emotional disbalance (deficiency) and its significance in the pathogenesis of mental pathology and self-destructive behaviour

Shupyk National Medical Academy Of Postgraduate Education, Kyiv

Introduction. The pathogenesis of the most psychopathological neurotic disturbances and manifest variants of self-destructive behaviour (SDB) is based on the psychotraumatic experience of the childhood, mainly as the deviant child-parental relations. Cognitive and emotional disbalance or deficiency (CEDD) is a certain psychological measure of the psychotraumatic effect of the deviant child-parental relations.

Aim. The description of such psychological phenomenon as CEDD, its characteristics and influence on the development of various mental pathologies and SDB.

Content. CEDD is a disproportional psychological development of the person, which is the result of chronic deviations in the child-parental relations or a significant psychotraumatic event. CEDD is the main manifestation of disintegration in the psychological processes (cognitive and emotional functioning) in interaction with the reality and also in the internal experience of such interaction. There can be separated two basic variants of CEDD i.e. regressive and emotional and hypercognitive. Regressive and emotional variant of CEDD is the main component of per-

sonal disorders such as emotionally-unstable (F60.30), hysterical (F60.30), mosaic (F61) or even schizotypal (F21) combined with alcohol and drug abuse (F1) in most cases. Such patients in stress circumstances have maladjustment (F43.25) with a high risk of impulsive self-destructive or suicide acts. Manifest variants of SDB which are formed in adolescence age with the extreme development of suicide career are observed in such patients. The psychopathology associated with the hypercognitive variant of CEDD is manifested by panic disorders (F41), somatoform vegetative dysfunctions (F45.3), conversion disturbances (F44), neurasthenia (F45.8) or dysthymia (F34.1). Hypercognitive variant of SDB is the result of chronic psychotraumatic circumstances with constant antivital experience and periodic suicide ideation. In stress circumstances the severe depressive symptomatic (severe depressive episode – F32.2 or depressive reaction – F43.2) with real danger of suicide tendencies and carefully orchestrated suicide acts develops in such patients.

Conclusion. CEDD is one of the most important pathogenetic component of various psychopathological disturbances and variants of SDB. The understanding of psychological mechanisms and its manifestations is reasonable to use in the diagnosis of mental disturbances. It is also obligatory to take it into consideration in the psychotherapeutic intervention at specific cases of neurotic mental pathology.

Key words: cognitive and emotional disbalance or deficiency, mental disturbances, self-destructive behaviour, deviant child-parental relations.

© О.В. ЧЕРНЫШЕВ, 2013

О.В. Чернышев

К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОЛОГИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ У ПОДРОСТКОВ

Николаевская областная психиатрическая больница № 1

Вступление. Синдром вегето-сосудистой дистонии (ВСД) наиболее часто встречаемый диагноз у подростков, маскирующий психическую патологию и проявляющийся болями различной локализации. Изучение механизмов его формирования позволит улучшить эффективность лечения психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Цель. Обосновать принципы диагностики проявлений синдрома ВСД и провести дифференциально-диагностическое исследование этиологии психопатологических расстройств, проявляющихся в виде болевого синдрома при ВСД в подростковом возрасте. Материалы и методы. Обследовано 59 подростков: 35 девушек (59,3 %) и 24 юноши (40,7 %) в возрасте 16 – 17 лет. Все подростки обратились за психиатрической помощью в связи с некупирующимися головными или абдоминальными болями в рамках синдрома ВСД. Дифференциально-диагностическое исследование проводилось, согласно диагностическим критериям МКБ-10.

Результаты. Чаще всего в подростковом возрасте этиологической основой болевого синдрома в рамках ВСД являются различные соматоформные расстройства (в 60,0% случаев у девушек и в 54,2% – у юношей). У 32,2% обследованных пациентов в основе генеза ВСД лежат различные тревожно-депрессивные расстройства. Соматоформная вегетативная дисфункция с цефалгическим синдромом – наиболее распространенная причина формирования ВСД среди подростков (23,7% случаев). Среди подростков случаи цефалгии