

# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ИНДУКЦИИ В СЕМЬЕ И ИХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

*С.В. Уманский*

*Курганский государственный университет, Россия*

*swuros@mail.ru*

Данная статья посвящена «передаче» от больного соматическим или неврологическим заболеванием относительно здоровому человеку подобных соматоневрологических симптомов. В контексте заявленной темы будут рассмотрены взаимоотношения соматически больной матери и ее ребенка в пределах одной семьи.

О воздействии одних людей на других с «передачей» им болезненных, как правило, психических симптомов известно давно. Индуцированные бредовые расстройства (F24) хотя и являются довольно редким заболеванием, однако хорошо известны психиатрам. Проявляются индуцированные бредовые расстройства в том, что лицо или лица, находящиеся в тесном эмоциональном контакте с психически больным человеком (чаще всего шизофренией или бредовым психозом), поддерживают его бредовые убеждения, глубоко веря в них. Указывается на то, что индуцированные заболевания чаще наблюдаются у лиц, зависимых от больного, а также тех людей, критические способности которых слабо развиты или ослаблены [7-9].

О воздействии больной матери, имеющей соматическое или психосоматическое заболевание на своего ребенка, когда у матерей отсутствуют проявления бредовых расстройств или шизофрении, с «передачей» ему соматических симптомов своей болезни сообщения практически отсутствуют [6].

«Передачу» соматических и/или неврологических симптомов от больного человека здоровому принято называть психосоматическими индукциями.

Реакциям имитации принадлежит важная роль в формировании характера и личности в целом. Безусловно, что имитационные реакции детей и подростков в первую очередь копируют поведение родителей. В большинстве случаев реакции имитации не приводят к патологическим изменениям. Однако при этом все же возможен их переход в те или иные невротические расстройства. Используемым в психиатрии термином «патохарактерологические реакции» определяют психогенные личностные реакции, которые, хотя и сопровождаются невротическими и соматовегетативными расстройствами, в большей степени проявляются при разнообразных отклонениях в поведении ребенка или подростка, что влечет нарушения социально-психологической адаптации [2; 4; 8].

Можно согласиться с О.А. Гильбурдом [1], который считает, что для объективного изучения биологических механизмов имитации наиболее

адекватным следует считать этологический метод, ранее успешно использованный крымскими психиатрами при исследовании взаимодействия в паре «мать-дитя» [5]. Невербальная знаковая система матери в данном случае транслируется в систему глубинно-интимных связей инстинктивной деятельности ребёнка с его бессознательным, что, вероятно, лежит в основе психосоматической индукции.

Дети крайне чувствительны к обстоятельствам жизни в семье. И если мать как значимая персона демонстрирует определенный стиль поведения, в котором отражается ее соматическая болезнь и отношение к этой болезни, ребенок будет копировать это поведение. Психологической особенностью детей является то, что в большинстве своем они находятся в полной зависимости от родителей. Естественно, что из родителей чаще всего ближе к ребенку в психоэмоциональном плане находится мать. Чем теснее отношения мать-ребенок, тем большая наблюдается зависимость. Д.Н. Исаев [2] сообщает, что наличие психических расстройств различного уровня у родителей несет в себе потенциальный риск развития у ребенка как невротических, так и психосоматических расстройств. Такие дети достаточно часто и долго, без видимого эффекта лечатся у педиатров, а к детским психиатрам и психотерапевтам попадают крайне редко. В клинической практике такие ситуации не редки, однако должного внимания им не уделяется.

Подобную ситуацию можно рассматривать с синергетических позиций [3]. В контексте данного подхода семья представляет собой открытую биопсихосоциальную систему и характеризуется идеями эволюции, самоорганизации и нелинейности. Семейная система являет собой совокупность взаимосвязанных элементов (членов семьи), объединенных функциональной целостностью, единством цели. При этом свойства самой системы не сводится только лишь к сумме свойств элементов. Изменение любого элемента системы сказывается и на других элементах, и на всей системе. Открытость системы означает наличие в ней источников и стоков обмена веществом, информацией, энергией (ресурсами) с окружающей средой. Внешние воздействия (как позитивные, так и негативные) оказывают влияние как на отдельных членов семьи, так и на ее функционирование в целом. С синергетической позиции идея нелинейности подразумевает многовариантность и альтернативность путей эволюции системы (семьи), ее постоянно изменяющийся темп и, как правило, необратимость изменений.

С позиций синергетики можно полагать, что мать и ребенок, образующие открытую систему, взаимовлияют друг на друга. Больная мать воздействует на ребенка. Чтобы семья как система сохраняла свои свойства, один (или несколько) составляющих систему элементов (членов семьи) должен измениться. Больная мать погружена в свое расстройство. Отец, если он есть, чаще всего, более устойчив к возможным индукциям и манипуляциям.

Обычно слабое звено – ребенок, который или берет на себя роль семейного стабилизатора или напротив, усиливает дисбаланс.

Материал и методы. Нами наблюдалось 12 пар мать-ребенок (10 пар – мать-дочь, 2 пары – мать-сын). Все женщины проходили стационарное лечение в Курганской областной клинической больнице и были направлены на консультацию к психотерапевту врачами терапевтического профиля (кардиологами, гастроэнтерологами, пульмонологами, эндокринологами, невропатологами) в связи с неэффективностью проводимой профильной терапии. Было обследовано 12 женщин в возрасте от 25 до 38 лет. Средний возраст составил 31.2±1.4 года.

В беседе с психотерапевтом женщины говорили о том, что у их детей имеются такие же симптомы болезни, как и у них, и врачи-педиатры затрудняются с диагнозом, что естественно отражается на качестве лечения.

Среди детей было 10 (83.3%) девочек и 2 (16.7%) мальчика в возрасте от 7 до 14 лет. Средний возраст составил 10.6±0.8 лет.

У обследованных нами женщин и детей были отмечены следующие общие симптомы:

1 Стойкий фибриллитет. Один случай. Женщине 32 года (соматический диагноз (СД): лихорадка неясной этиологии, психиатрический диагноз (ПД): неврастения), дочери 9 лет;

2 Нарушение акта глотания. Один случай. Женщине 25 лет (СД: рефлюкс-эзофагит, ПД: соматоформная вегетативная дисфункция (психогенная дисфагия)), сыну 7 лет (отсутствие аппетита, затруднение глотания и рвота во время приема пищи);

3 Судорожные припадки. Один случай. Женщине 29 лет (ПД: диссоциативные судороги (истерический невроз)), дочери 7 лет;

4 Боли в области сердца. Два случая. Женщины 34 и 38 лет (СД: кардионевроз, ПД: соматоформная вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы), у их дочерей 9 и 14 лет (стойкая кардиалгия);

5 Приступы удушья или одышки. Два случая. Женщины 29 и 37 лет (СД: бронхиальная астма) у их детей – 7-летнего мальчика и 9-летней девочки – приступы кашля и одышки с элементами удушья;

6 Боли в животе. Пять случаев. У трех женщин была выявлена органическая гастроэнтерологическая патология (два случая желчнокаменной болезни и один – язвенной болезни двенадцатиперстной кишки), которая сочеталась с пограничными психическими расстройствами (по одному случаю тревожно-фобического расстройства, ипохондрического расстройства (канцерофобия) и легкого депрессивного эпизода). Еще двум женщинам был поставлен СД: синдром раздраженного кишечника, ПД: соматоформная вегетативная дисфункция желудочно-кишечного тракта. У пятерых детей этих женщин отмечались боли в животе, сопровождающиеся громким урчанием,

приступообразным вздутием живота и отхождением газов.

Все дети консультировались педиатрами. В результате обследования органическая природа заболеваний была отвергнута.

При изучении личностных особенностей больных женщин кроме клинических были использованы экспериментально-психологические методы (ММИЛ, опросники Тейлора, Бека и Басса-Дарки, Торонтская алекситимическая шкала, Гиссенский опросник соматических жалоб). Психологическое тестирование проводилось дважды – до и после лечения.

Результаты и обсуждение. Личностные особенности обследованных женщин, выраженные в количественном отношении. До лечения: Депрессия (норм=14 б.) – 15,4 б.; Агрессивность (норм=22 б.) – 28 б.; Тревога (норм=13 б.) – 32,6 б.; Алекситимия (норм=59 б.) – 69,1б.; Давление жалоб (норм=16 б.) – 42,7 б.; ММИЛ (типичный профиль, результат в Т-баллах) – L=52,F=67,K=56, 79-71-72-78-61-72-76 -84-63-68

После лечения: Депрессия – 13.1 б.; Агрессивность – 19 б.; Тревога – 23,2 б.; Алекситимия (норм=59 б.) – 66,0 б.; Давление жалоб – 27,2 б.; ММИЛ – L=54,F=61,K=48, 66-65-62-74-69-70-67 -64-69-56

Проведя статистическую обработку данных, мы получили типичный ММИЛ-профиль обследованной категории женщин. (По определению типичным является объект, имеющий минимум отличий и максимум общности с другими объектами [9]). Некоторая приподнятость ММИЛ-профиля соответствует 1 степени эмоциональной напряженности (ЭН) по Sunders с пиками на 1, 4, и 8 шкалах. 10 шкала преобладает над 9.

У обследованных женщин отмечалось незначительное повышение уровня депрессии (15.4 б.), агрессивности (28 б.) и алекситимии (69.1 б.) Показатели давления жалоб по Гиссенскому ОСЖ (42.7 б.) как свидетельство ипохондрических переживаний и тревоги по Тейлору (32.6 б.) оказались значительно повышенными.

Ведущей личностной особенностью обследованных женщин являлась тревожность, определяемая как по ММИЛ, так и методикой Тейлора, которая выявляет три составляющие тревоги – социальную, невротическую и соматическую. Тревожность за свое здоровье (32.6 б.), женщины переносили и на здоровье своих детей. Подъем профиля по 4 шкале (психопатия) говорит о стеническом компоненте в поведении этих женщин. Необходимо отметить повышение уровня агрессивности (до 28 б.), которое происходило за счет двух компонентов – физической агрессии (8 б. из 8) и вербальной агрессии (8 б. из 9). 11 женщин сообщили о физических методах наказания своих детей. Сочетание тревоги за здоровье детей с активным, иногда агрессивным поведением, направленным на изучение этого здоровья, позволяет этим женщинам навязывать своим детям определенные понятия и стереотипные поведенческие реакции, подавляя их самостоятельность. Матери оценива-

ли себя как добросовестных, пунктуальных и обязательных женщин, очень опрятных, с гипертрофированным понятием о чистоте и личной гигиене. Они скрупулезно следили за диетами детей, врачебными назначениями, часто и тщательно опрашивали своих детей о состоянии их здоровья. Однако у них отмечена сниженная способность как вербализировать свои эмоции (об этом говорит повышенный уровень алекситимии до 69.1 б.), так и понимать чужие, в том числе эмоции своих детей.

Таким образом, у обследованных женщин выявлен фактор материнской гиперопеки, который мешает ребенку поддерживать отношения с другими людьми, самостоятельно принимать решения и является преградой для развития независимого поведения. Чрезмерный материнский интерес к состоянию здоровья ребенка, его частые медицинские обследования способствуют фиксации внимания ребенка на состоянии своего здоровья.

На первом этапе заболевания у детей клиническая картина во многом напоминает материнскую и лишь через какое то время начинает приобретать специфическую «окраску». При этом локализация «патологического процесса» не изменяется.

Лечение детей с психосоматическими индукциями связано с определенными сложностями, и самая большая из них – это прочная психоэмоциональная связь (которую лучше называть зависимостью) с «индуктором» – матерью. При психических расстройствах обязательным условием успешного лечения является разединение с «индуктором». В случаях с психосоматическими индукциями такие рекомендации, особенно когда это касается детей, не приемлемы. Н. Zimprich [цит. по: 2] при лечении детей с психосоматическими расстройствами рекомендует сочетать фармакотерапию с психотерапией. Д.Н. Исаев [2] сообщает о положительном влиянии гипнотерапии на детей с психосоматическими расстройствами. Из медикаментозной терапии необходимы общеукрепляющие и седативные препараты, а также специфические лекарственные средства, направленные на болезненный симптом (назначаются педиатром).

Теоретической основой терапии данного вида расстройств явились синергетические положения о семье как открытой системе. В данном случае мать и ребенок рассматриваются как сформированная система. (В отличие от, возможно, формальных отношений между мужем и женой).

Основной целью психотерапии семьи является придание ей устойчивости, формирование и становление ее внутреннего единства как системы, определяющей готовность супругов-родителей (в нашем случае матерей) и их способность к реализации этих процессов.

В.И. Шаповаловым [11] были сформулированы два правила управления синергетическими системами:

1 Если мы хотим увеличить порядок в системе, то нам необходимо

увеличить степень ее открытости, новому значению которой будет соответствовать новый более высокий критический уровень организации. В результате будут преобладать процессы упорядочения и самоорганизации. Когда создаются условия семье, она открывается для психотерапевтического воздействия через своих членов, появляется возможность запустить процессы самоорганизации.

2 Если требуется уменьшить порядок в системе, то необходимо уменьшить степень открытости. В отношении семьи, переживающей кризис, можно отметить, что чем более она закрыта, тем более она испытывает внутри себя усиление деструктивных процессов. Чем более закрыта семья, тем в большей степени там нарастает напряженность, сопровождающаяся психосоматической патологией. Увеличение в разумных пределах степени открытости может привести к усилению прогрессивных тенденций.

На начальном этапе проводилось лечение матери-индуктора. Помимо психотропных препаратов назначались сеансы гипносуггестивной психотерапии (ГСПТ). Важнейшим элементом терапии являлось объяснение матерям причин происхождения болезненных симптомов у детей. Во время предварительных сеансов ГСПТ у матери вырабатывались нужные гипнотические реакции [12].

На следующем этапе проводились совместные сеансы ГСПТ матери с ребенком. После сеанса проводился анализ ощущений и изменений с фиксацией внимания ребенка на позитивных моментах. Во время этих обсуждений мать «активно демонстрировала» позитивные изменения в самочувствии и состоянии своего здоровья. Проводилось 10 сеансов. Детям при необходимости также назначались психотропные препараты.

У 8 (66.7%) детей отмечалось полное исчезновение болезненных симптомов, у 3 (25%) детей – значительное улучшение, у 1 (8.3%) мальчика с приступами одышки изменений не наблюдалось. Среди матерей значительное улучшение отмечалось у 5 женщин (41.7%), улучшение – у 4 (33.3%), у 3 (25%) женщин значимых изменений состояния здоровья не наблюдалось. Эффект терапии и его стойкость во многом зависят от того, как в будущем будут складываться отношения между матерью и ее ребенком.

Таким образом, психосоматические индукции являются клинической реальностью и проявляются в том, что больная мать «передает» соматические или невротические симптомы своему ребенку. Клинико-психологическое обследование женщин позволило выявить у них личностные особенности: значительное повышение уровня тревожности, ипохондрии, физической и вербальной агрессии. Вышеперечисленные личностные особенности определяли тесный контакт между матерью и ребенком. Воспитание велось по типу гиперопеки. Внушение и имитация, присутствующие в паре мать-дитя, способствовали формированию психосоматических индукций. Сниженная

способность женщин понимать своих детей (об этом говорит повышенный уровень алекситимии) приводит к тому, что они игнорируют их реальные потребности, присущие детскому возрасту. Ипохондрическое поведение навязывается детям.

Лечение проходит в два этапа. На первом этапе проводится комбинированная терапия больной матери с назначением как соматотропных лекарственных средств, так и психофармакопрепаратов в сочетании с сеансами ГСПТ, на которых вырабатываются специфические гипнотические состояния. На втором этапе после предварительной беседы с ребенком, носителем психосоматических симптомов, проводятся сеансы ГСПТ, на которых он присутствует одновременно со своей матерью. Эффективность такого лечения у детей составляет 91,7%, у женщин – 75%.

### **Список литературы**

- 1 Гильбурд О.А. *Избранные очерки эволюционной психиатрии*. Сургут: РИИЦ «Нефть Приобья», 2000. 180 с.
- 2 Исаев Д.Н. *Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей*. СПб.: Изд-во «Питер», 2000. 512 с.
- 3 Князева Е.Н., Курдюмов С.П. *Основания синергетики. Синергетическое мировидение*. 2-е изд. М.: Либроком, 2005. Серия «Синергетика: от прошлого к будущему».
- 4 Ковалев В.В. *Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей*. М.: Медицина, 1995. 560 с.
- 5 Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А., Корнетов Н.А. *Этиология в психиатрии*. Киев: Здоров'я, 1990. 215 с.
- 6 Медведева В.В. *Индукцированные психические расстройства с симптомами икоты // Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrca*, 1996. № 5. V. 3. С. 27-63.
- 7 МКБ-10. *Классификация психических и поведенческих расстройств*. Санкт-Петербург, «Оверлайд», 1994, 304 с.
- 8 *Руководство по психиатрии / под ред. Г.В. Морозова*. М.: Медицина, 1988. Т. 1. 640 с.
- 9 Святоц А.М. *Неврозы*. М.: Медицина, 1982. 368 с.
- 10 Уткин В.А. *О необходимом единообразии средств статистической индукции, используемых в медицине с применением ЭВМ // Изв.Сев.- Кавк. НЦ ВШ. Серия «Техн. Науки»*. 1987. №2. С. 56-67.
- 11 Шаповалов В.И. *Общие вопросы управления синергетическими системами: материалы международной научной конференции «Системный синтез и прикладная синергетика ССПС – 2006»*. Пятигорск: РИА-КМВ, 2006. С. 171-173.
- 12 Эриксон М. *Стратегия психотерапии / пер. с англ. СПб.: Речь, 2002. 544 с.*