

# МАТЬ И РЕБЕНОК: ОБЩЕНИЕ В СВЕТЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАРАДИГМЫ

С.В. Тюлюпо (Томск)

**Аннотация.** На основе распространеншегося анализа поведенческих паттернов матери в общении с ребенком даются описания ряда коммуникативных стилей матери: ограниченность эмоционального общения, зависимая позиция, неадекватность реакций на действия ребенка, ожидание наиболее тяжелого развития заболевания ребенка, специфичность описания болезни сына, фиксированность на источнике и неизбежность болезни в присутствии ребенка. Даются примеры.

**Ключевые слова:** психосоматическое расстройство (ПСР); психосоматогенный (коммуникативный) стиль.

Одной из наиболее болезненных проблем современного общества в последние годы становится неуклонный рост соматической заболеваемости в детском возрасте\*.

Существенную долю в ее структуре составляют, в частности, процессы, основным проявлением которых являются острые и хронические формы функциональных расстройств психосоматической природы. Так, патология детского возраста, формирующаяся под влиянием патопластических психологических факторов, по данным разных исследователей, составляет от 40 до 68% от общего числа заболеваний среди детей и подростков, обращающихся за помощью к врачам лечебно-профилактических учреждений общего профиля (данные Д.Е. Исаева 1989 г., И.П. Брызгунова 1995 г. [1]). В дальнейшем под «психосоматическими» следует понимать такие нарушения функций организма, в основе которых лежит тот или иной психологический механизм, не обуславливающий форму патогенетического процесса, но являющийся его пусковым фактором.

Диапазон нозологических форм, дебютирующих при длительном или интенсивном воздействии психосоматогенного фактора, чрезвычайно широк. Снижение резистентности организма может выражаться как в склонности к прогностически неблагоприятному течению банальных респираторных инфекций, с последующим формированием хронической патологии ЛОР-органов и верхних дыхательных путей, так и в раннем дебюте таких грозных заболеваний, как бронхиальная астма и сахарный диабет, сопровождающихся облигатным формированием грубого органического дефекта жизненно важных внутренних органов. Агрессивный агент не детерминирует дебют конкретной нозологической формы, но актуализирует патологический процесс в наиболее, на данный момент, слабом звене функциональной целостности организма.

Основными тенденциями в проявлении психосоматических расстройств (ПСР) являются:

- характерно затяжное и рецидивирующее течение процесса;
- выраженное снижение физической, интеллектуальной и коммуникативной активности в период обострения заболевания;

\* Здесь и в дальнейшем речь пойдет о возрастном периоде с рождения и до 15 лет, в течение которого наблюдение за здоровьем ребенка лежит в компетенции соответствующей району его проживания участковой детской поликлиники.

– отсутствие (на первых стадиях) органического субстрата заболевания [5, 9].

Страдающие дети с родителями годами безуспешно мигрируют от специалиста к специалисту, проходя бесчисленные обследования и лечение в различных клиниках.

По современным статистическим данным, именно психосоматические расстройства приводят к резкой и длительной социальной дезадаптации и фактической инвалидизации [14]. В свою очередь, длительное и тяжелое течение психосоматического заболевания само по себе формирует заметные нарушения личности ребенка, привнося в его характер такие черты, как ранимость, сенситивность, тревожность, в старшем возрасте – ипохондричность, которые существенно снижают фрустрационный порог и ограничивают стрессоустойчивость ребенка. Столь остро стоящая проблема требует активного конструктивного взаимодействия специалистов самого различного профиля. Феномен психосоматической инвалидизации детского населения [14] в последние десятилетия XX века действительно вошел в фокус пристального внимания как представителей практического здравоохранения, так и клинических психологов.

С самых различных точек зрения соматизация психоэмоционального стресса у ребенка отслеживается иммунологами, эндокринологами, аллергологами, кардиоревматологами, невропатологами, наконец, и психологами (увы, в последнюю очередь и в ничтожно малой степени). Масса специалистов обращается в своих исследованиях к выявлению причинно-следственных отношений в генезе функционально-органических расстройств детского возраста.

Преломляясь через призму методов, доступных представителям узких областей медицинского знания, заболевание ребенка предстает как исключительно четко фрагментированный осколок огромного мозаичного панно. При отсутствии сколько-нибудь эффективной обратной связи между клиническими и психологическими звеньями реабилитационной цепи картина заболевания ребенка имеет вид только что высыпанной из коробки мозаики пазл, где каждый отдельно взятый фрагмент не несет ни малейшей смысловой нагрузки.

Причинно-следственная патогенетическая цепь ПСР, начинаясь в прапрародительских семьях пробанда, теряется в разнообразии факторов реальной жизни семьи, каждый из которых может стать пусковым сигналом к

развитию хронического соматического процесса. Психолог, получая запрос на коррекцию состояния ребёнка, в ситуации «Здесь-И-Теперь» имеет возможность увидеть лишь поперечный срез процесса, вне его временной динамики.

С этой точки зрения для него может оказаться чрезвычайно интересным, используя профессиональную привилегию участкового педиатра, проследить развитие ПСР у ребёнка фактически с момента рождения. Это мы и попробуем сделать, обращаясь к представленному ниже описанию клинического педиатрического случая.

Серёжа С. Поздний, очень желанный ребенок. Первый. Единственный.

Отцу 39 лет. Матери – 34 года. Оба имеют высшее образование, преподаватели высших учебных заведений.

Проживают в 3-комнатной, благоустроенной квартире с бабушкой и дедом (семья матери).

Большое количество времени мальчик находится с бабушкой и матерью. Мать достаточно часто отлучается из дома на непродолжительные промежутки времени, так как на период декретного отпуска удалось найти временную подработку по специальности («...жизнь сейчас – очень дорогая ...»).

В анамнезе семьи – случаи гипертонической болезни, бронхиальной астмы, нейродермита, ожирение. У матери и отца часты респираторные инфекции, обострения хронических воспалительных процессов носоглотки и придаточных пазух.

Мальчик генетически предрасположен к аллергическим заболеваниям. На первом году жизни конституция ребёнка была определена как лимфатико-гипопластическая, что подразумевает врождённую слабость иммунного и эндокринного регуляторного звена.

Уже с первых дней наблюдения стала очевидной высокая тревожность матери, сконцентрированная вокруг состояния здоровья ребёнка, пока без объективных к тому оснований. Так, у постели мальчика достаточно часто проводятся «консилиумы» из родственников и знакомых, имеющих то или иное отношение к медицинской службе. Преимущественно задаются вопросы об уходе за ребенком, типа «...Правда ли, что...?»

«Это действительно очень опасно?»

«Что делать, если ...? (указывается симптом, которого еще не наблюдали)».

Очень характерны причины обращения к врачу (вызов на дом). Так, при достаточно частой (в силу конституциональной предрасположенности) заболеваемости в течение первых двух лет не менее 50% вызовов обусловлено только предположениями о возможности заболевания, не подтверждаемыми последующим наблюдением. Большое количество врачебных консультаций проводится «на всякий случай».

Мальчик одет всегда намного теплее, чем предполагается оптимальным, адекватным микроклимату. В квартире необоснованно часто проводится уборка со специальными дезинфекционными средствами.

Множество вопросов, задаваемых матерью о возможностях профилактики заболевания и оздоровления мальчика, парадоксально не увязывалось с тем, что до 3 лет ни одна (!) рекомендация по закаливанию не была выполнена (под выполнением подразумевается последовательное методичное проведение процедур). Обоснование: «...Страшно, он еще маленький... пусть окрепнет... только переболел».

Тенденция в отношении заболеваемости мальчика: с возрастом респираторно-вирусные инфекции приобрели вялотекущий характер со слабо выраженной симптоматикой. Проявления эксудативно-катарального диатеза достаточно стабильны.

К проявлениям аллергической предрасположенности у ребёнка отмечается явно амбивалентное отношение со стороны матери и бабушки. Так, на врачебной консультации чрезвычайно много внимания уделяется возможностям медикаментозной коррекции состояния, причём в лечении интеркуррентных заболеваний отвергается много достаточно эффективных препаратов. Мотив отказа: «... Мне кажется, у сына на него может быть аллергия ...» (ранее этот препарат Сергей не получал!). В то же время ребёнку часто предлагаются шоколад, картофельные чипсы, жареные жирные блюда, противопоказанные по всем возрастным и терапевтическим канонам. («...Серёжа очень просил. Он очень любит конфетки... жареную картошку и т.д.»). Подобные нарушения физиологической диеты стабильно влекут за собой нарушение самочувствия ребёнка (эпизоды кишечной дисфункции или усиление кожных высыпаний), но тем не менее повторяются вновь и вновь.

В поведении мальчика невольно привлекает внимание такая индивидуальная особенность, как тревожность, выражающаяся в трудном установлении контакта со взрослыми и сверстниками (с соседом того же возраста). На контакт с врачом идет очень неохотно, в большинстве случаев сопротивляется осмотру – даже не инструментальному. В присутствии малознакомых людей или в малознакомом помещении резко снижается исследовательская и игровая активность. Дома мальчик прячется, забиваясь в угол и прекращая игры. В поликлинике – прижимается к матери, забирается к ней на колени, прячется за неё... К присутствующим здесь же детям, взрослым, игрушкам интереса не проявляет.

Благодаря частым консультациям на дому, автор имела возможность неоднократно наблюдать возвращение мамы домой с работы, которое воспринимается как чрезвычайно яркая иллюстрация её коммуникативного стиля. Обычно, во всяком случае в присутствии врача, это происходило так. Раньше, чем мать появлялась в комнате, раздавался тревожный шепот в дверях: «Как Серёжа? Что ел? Как, еще не кушал?» И далее упреки в адрес бабушки по поводу нарушения диеты, несоответствующей одежде (причины для обвинений находились, как правило, в избытке). Сергей редко в такие моменты выражал комплекс радостного оживления, не торо-

пится к матери. Мать берет мальчика на руки, лишь мимолетно вступая с ним в прямой контакт глазами, редко улыбается. Держа его на руках, обеспокоенно выясняет: не замерз ли, не проголодался ли? Ощупывает ручки, ножки:

«...Мокрые? Холодные?» С Сережей на руках продолжает выяснять ситуацию для себя или врача (симптомы, развитие).

Проведенный в ретроспективе анализ поведенческих паттернов матери в общении с ребенком, доступных восприятию врача в ситуации врачебной консультации, как на дому, так и в условиях поликлиники позволил зафиксировать следующие, характерные особенности коммуникативного стиля матери.

1. Ограниченность эмоционального общения с ребенком на протяжении практически всего времени консультации: редкость улыбки, элементов «тетешкания», нежности, контакта глазами, ригидность телесного контакта (ребенок прижат к груди матери или сидит у неё на коленях).

2. Зависимая позиция в общении с врачом. Взгляд фиксирован на лице врача, зрачки расширены. Плечи напряженно приподняты и расслабляются лишь при одобрении её действий в отношении здоровья сына или при переключении разговора на индифферентные темы. Согласие с доводами специалиста чрезмерно подкрепляется экспрессивными утвердительными жестами.

В случае замещения временно отсутствующего «своего» врача педиатром, имеющим в глазах семьи меньший авторитет, наблюдалась инверсия зависимого поведения на скрытое агрессивное, выражающееся в саботаже его рекомендаций, жалобах на его некомпетентность.

3. Неадекватность реакций на действия ребенка. Так, небольшое падение мальчика вызывает выраженный импульсивный порыв прийти на помощь, вскрик. Например, однажды, упав со стула, Сережа был чрезвычайно испуган реакцией бабушки и мамы, которые громко закричали и запрятались над ним. В течение нескольких ночей после этого эпизода Сережа вскакивал и кричал во сне, в течение недели проявлялись симптомы энуреза.

4. Ожидание наиболее тяжелого развития заболевания.

Например, часты консультации хирурга в случае ушиба: нет ли сотрясения; в случае кашля – обязательно настаивают на возможности пневмонии.

5. Специфичность стиля описания болезни сына. Он имеет массу обобщений, ссылок на имеющийся опыт: «...как обычно...»; «Как в прошлый раз...»; «Вы же знаете, как обычно у нас бывает...»; «...всегда так начинается...»; указаний на облигатные причинно-следственные связи: «...вчера ушки продуло... а сегодня...»; «...сказало, а он без носочков был и вот...»; «Папа болел, мы так боялись, что заразит – и Сережа заболел...» и т.д.

6. Ведение разговоров, фиксированных на источнике и неизбежности болезни, в присутствии ребенка.

К моменту прекращения наблюдения (3,5 года) Сережа стал болеть несколько реже, что соотносится с характерной возрастной тенденцией для «домашних» детей. Уже возникшее заболевание имеет «смазанную» клиническую картину, в большей степени сопровождается функциональными симптомами со стороны ЖКТ (снижение аппетита, боли в животе, нарушение стула), эксцессами изолированной гипертермии, что наиболее характерно для заболеваний детского возраста психосоматической природы [5].

Анализируя фактический материал, представленный наблюдением этого и других, менее ярких случаев, можно отметить следующие закономерности.

В «психосоматической» семье, (а описанную семью можно считать таковой уже на основании отягощенного семейного анализа: бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, нейродермит – заболевания, за которыми давно закрепилось представление как о психосоматически обусловленных), где воспитание осуществляют гиперпекающие, тревожные взрослые, ярко выражены:

1. Ситуационная обусловленность общения взрослого и ребенка, когда большую долю его составляют манипуляции по переодеванию, утеплению, кормлению ребенка (часто – насильственному, когда его один или несколько взрослых уговаривают поесть, «покупают» различными «вкусностями», часто идущими вразрез с физиологической диетой ребенка, долго держат его за столом).

Ситуация усугубляется во время заболевания, когда ребенок к тому же подвергается многочисленным диагностическим и терапевтическим манипуляциям. Не остается времени на спонтанную игру, свободное эмоциональное общение, наблюдение за игрой ребенка.

2. Реализация в поведении членов семьи доминирующей установки на неизбежность болезни при соответствующих обстоятельствах, диапазон которых весьма широк. (Назовем это явление феноменом негативного ожидания.). Обращаясь к работам Д.Н. Узнадзе [15], найдем определение установки как «...состояния ожидания, предваряющего появление определенных факторов сознания или предшествующего им...», а также и указание на роль установки в порождении последующих психических явлений: «... установка ... ложится в основу совершенных психических явлений, возникающих в сознании... не следует за этими психическими явлениями, а наоборот... предваряет их, определяя состав и течение этих явлений» (там же).

В нашем случае таковыми являются представления о неминуемости болезни, что и реализуется на телесном уровне в форме развивающегося в конце концов соматического страдания.

3. Избирательность восприятия значений детского языка, плача, поведения. Так, плач ребенка далеко не всегда говорит о его заболевании. Приступы длительного плача может вызывать состояние переутомления ребенка («переиграл»), эмоциональное (в том числе и

положительно окрашенное) перенапряжение ребенка, беспокойство вследствие резкого увеличения контактов ребенка, эмоционального возбуждения окружающих взрослых. Все эти причины достаточно ясно наблюдаемы, доступны вниманию.

Менее настроенные, но более синтонные, чувствительные к языку ребенка родители достаточно быстро осваивают обширную смысловую базу паттернов детского поведения.

В рассматриваемом нами случае – из многообразия значений плача выбиралось родителями одно: плач как симптом развивающегося заболевания (чем и вызывалась необоснованная частота обращений к врачу).

4. Сужение диапазона эмоционального содержания общения ребенка и взрослого.

В нашем примере доминирующей эмоцией, транслируемой взрослым ребенку, были тревога, страх, озбоченность его болезненным состоянием.

Высокую степень восприимчивости ребенка к тревоге матери отмечают многие психологи, так или иначе соприкасающиеся с проблемой детско-родительских интеракций [6–8, 10, 12, 13].

А.И. Захаров [6, 7], в свою очередь, отмечает еще один аспект проблемы: страх и беспокойство ребенка на интуитивном уровне легко воспринимается родителями, усиливая состояние тревожного напряжения, ответное беспокойство матери и ведет к большему эмоциональному сближению. Таким образом, *взаимная трансляция тревоги становится средством коммуникации матери и ребенка, что вполне понятно при скудности арсенала прочих способов общения, доступных тревожной матери*, на что мы указывали выше.

5. Феномен фиксации симптома, *выражающийся в создании представления об ограниченных возможностях ответной реакции на неблагоприятное воздействие среды*.

Рассмотрим, например, способ побуждения ребёнка к принятию горячей ванны после переохлаждения.

Мать, ориентированная на неизбежность заболевания, предлагает ребенку горячую ванну и сухую одежду «... чтобы не заболеть». Таким образом, ему навязывается установка, детерминирующая в дальнейшем запуск патологического процесса по механизму «стимул-реакция».

Мать, более конструктивная, интуитивно верно завершает гештальт: предлагает ванну, «чтобы согреться». Классическая формула: осознание внешней зоны: мокрая одежда, холодная сырая погода; осознание внутренней зоны: замерз, ощущение холода. Следует: выбор адекватного средства – согреться доступными способами.

Представление об облигатной детерминации заболевания воздействием агрессивного фактора принимает характер роковой зависимости, делает ребенка заложником его *прошлого* опыта, в то время как каждая ситуация, происходящая в «Здесь-и-Теперь» в любом слу-

чае ориентирована на будущее и всегда существует возможность выбора и реализации той или иной программы действий.

6. Феномен зависимого поведения в коммуникации с медперсоналом. Интересно, что характерным в этом отношении может являться большой авторитет врача, назначающего наименее доступные лекарства. Рекомендации эффективных, доброкачественных средств недорогих и широко распространенных часто могут игнорироваться в пользу экзотических и дорогостоящих.

Следует отметить, что неприятие врача по любой из возможных причин часто ведет то, что имело место и в указанном случае, к инверсии поведения и реализации в общении паттернов агрессивного поведения. В такой ситуации врач может наблюдать «закрытые позы», скептические замечания – прямые, по поводу конкретного назначения и косвенные, по поводу несовершенства графика работы поликлиники. Сюда же можно отнести прямой отказ от назначаемых препаратов или косвенный («не нашли нигде в городе» при наличии препарата в соседней же аптеке), «забывание» рекомендаций и перестраховку путем обращения к вышестоящим специалистам или дежурному врачу с характерными жалобами на неадекватное лечение.

7. Недоверие близким, осуществляющим уход за ребенком, в более старшем возрасте – излишний контроль за его самостоятельными действиями.

8. Искажение диалогового пространства в общении с ребенком.

Становятся очевидными при наблюдении за взаимодействием взрослого и ребенка чрезвычайно малый удельный вес невербальных форм общения, формальность контактов в деятельности по уходу. Так, одевая Сергея, мать действует руками энергично и быстро, практически не глядя в его сторону, продолжая беседу с врачом или бабушкой.

Собственная инициатива ребенка в этих случаях в большинстве своем подавляется: ему обычно предлагается роль ведомого. Иногда – насильственно. Чаще – с помощью манипулятивных приёмов. Это явление очевидно при наблюдении игры ребенка и взрослого: здесь часто выбор игры и правила ее определяются взрослым.

9. Феномен иммобилизации ребенка, чаще всего наблюдаемый в общественных местах.

Ребенок, умеющий уже ходить и делающий это с удовольствием, берется на руки или усаживается на колени, причем поза достаточно статична (к этому возрасту он уже достаточно тяжел, а мама слишком напряжена для того, чтобы играть или свободно беседовать с ребенком в этой ситуации). Знаки недовольства, выражаемые при этом ребенком, чаще всего игнорируются. *Ограничивается, таким образом, самостоятельная исследовательская деятельность ребенка. С фиксацией такого стереотипа поведения любая ситуация, связанная с пребыванием в многолюдном месте, блокируя естественные проявления любознательности и познава-*

тельной активности, вызывает у ребенка ощущение дискомфорта, тревоги, желание спрятаться, защититься вблизи значимого взрослого.

10. Проекция на ребенка собственных представлений. В процессе приобретения опыта происходит *формирование индивидуальных порогов восприятия*. Познавая мир через себя, ребенок также познает себя через мир.

Так, в теплую погоду ребенок надевает пальто, шапку, так как мать предполагает, что ему холодно, тогда как определенная наблюдательность позволяет с точностью определить, действительно ли ребенок испытывает дискомфорт холода. Теперь ребенок как «холод» может воспринимать навязанное матерью представление. Как результат – снижается порог восприятия температурного дискомфорта, ограничивается диапазон адаптационных возможностей.

Можно наблюдать также, каким образом реакции взрослых ведут к снижению порогов болевой чувствительности, что и происходит в случае импульсивных гипертрофированных реакций взрослых на падение или ушиб ребенка.

*Таким образом, родительские проекции тревожной матери в значительной мере препятствуют реализации собственного саногенного потенциала ребенка за счёт навязывания чуждых его природе эталонов соматического дискомфорта, иррациональных представлений, интегрирующихся позже в его внутренней картине болезни, снижении порогов восприятия неблагоприятных средовых воздействий.*

11. Потребность в контроле и гарантиях предсказуемого развития ситуации. Как проявление субъективно-непереносимой тревоги мы можем регистрировать массу консультацией на «...случай, если...» и множество вопросов типа:

«Сколько дней еще продержится температура?»

«Сколько дней не будем ходить в школу?»

«Какие лекарства могут понадобиться, если вдруг осложнение будет?»

«Что делать, если вдруг назначенное лечение окажется неэффективным?»

«Какие препараты можно приобрести на всякий случай?»

Такого рода «если» достигают порой третьего и четвертого порядка.

Чтобы представление об образе психосоматогенного взрослого было более целостным, стоит визуализировать, сделать доступным восприятию наблюдателя скрытый слой личности матери, являющийся движущей силой ее поведения. *Запуск психосоматического процесса может являться типичным закономерным следствием реализации самых разнородных мотивов, потребностей, фантазий и ожиданий матери.*

Теперь, когда на примере представленного случая мы увидели, как различные мотивы и потребности матери проявляются в её общении с ребёнком, чтобы двигаться дальше, нам стоит задать вопрос: *какие именно*

это мотивы, потребности, ожидания? *Какие её фантазии и представления реализуются именно таким образом?*

Так, проекция на ребенка собственного мироощущения (восприятия тепла, холода, боли, голода и т. д.) может быть связана с представлением матери о ребёнке как о собственном телесном продолжении, своего рода части тела, которая по какой-то причине лишена нормальной системы перцепции либо контакт с которой невозможен.

«Наша» мать даже не предполагает, что масса реакций, жестов, мимических и пантомимических паттернов поведения ребенка является, по сути своей, полноценной обратной связью не только с внешнесредовыми факторами, но и с ее собственным поведением (выше я уже указывала на минимальное количество воспринимающих актов матери, направленных собственно на ребенка).

С этой же точки зрения характерны фантазии матери об облигатности мощного повреждающего воздействия таких относительно безобидных факторов, как легкий ветер, вода, попавшая в уши ребенка, относительно прохладное питье, сквозняк, промокшие ноги, съеденное мороженое.

Иррациональность восприятия подобных факторов произрастает, как правило, на почве выраженной конформности представлений, связанных со здоровьем. Здесь интроецированные в прародительской семье или в общении с иными, сколько-нибудь значимыми лицами; навязанные рекламой или средствами массовой информации фрагментарные и субъективные представления, кристаллизуясь в сознании в злоешие, агрессивные образы, вызывают у матери непреходящее состояние тревоги.

Знание о возможной биологической, приобретенной или наследственной природе болезни ребенка не используется как средство для поддержания здоровья ребенка, как то:

– обеспечение оптимального режима, диеты;

– поиск адекватного стиля коммуникации с ребенком и между близкими ему людьми, что, собственно, и характеризует принятие конституции ребенка (свершившийся факт) как судьбы, но становится непреодолимым роком.

Биогенетическая конституция ребенка, таким образом, воспринимается как грозная неотвратимость болезни.

Это, с одной стороны, провоцирует восприятие любых предпринимаемых мер как ничтожно малых, а с другой – оправдывает отказ от поиска разумных, адекватных, но трудоемких средств (ибо «все равно не поможет»). Вполне возможно, что отражением именно этого представления является амбивалентность в отношении рекомендуемых средств.

*Создаваемое иррациональными представлениями внутриличностное напряжение многократно усиливается собственными интенциями матери, одной из которых является базовое недоверие к окружающим близ-*

ким. Отсюда и вытекает субъективная необходимость взять под жесткий контроль любые их действия в отношении сверхценного объекта, каковым является ребенок.

Мать же, находясь под прессингом собственных иррациональных представлений, оказывается в состоянии полной растерянности и беспомощности перед «роковым» процессом. Тревога ее переходит ситуативно-адекватные границы и становится совершенно невыносимой. И более того, irradiруя в пределах семейного микросоциума, подчиняет себе всех его обитателей.

Врачу, находящемуся у постели маленького пациента, отслеживая адекватность поведения взрослых, следует отдавать себе отчет в том, что болезнь ребенка, безусловно, в той или иной степени вызывает состояние тревоги и неуверенности у самых трезвомыслящих родителей.

В значительной степени позволяют справиться с напряжением тревоги и сохранить возможность адекватного поведения:

- доверие собственному опыту преодоления болезни;
- интуитивное и рациональное знание о собственном ребенке, потенциальных саногенных возможностях его организма, основанное на внимательном, вовлечённом наблюдении.

Для тревожных родителей в силу указанных ранее обстоятельств доступ к этим ресурсным состояниям оказывается закрытым.

Напряжение тревоги ощущается матерью теперь уже как непереносимое. Вполне возможно, поэтому и необходимым становится создание мифа о всемогуществе врача, объясняющее зависимое, заискивающее перед ним поведение. Этим же может объясняться и агрессия к специалисту, образ которого не совпадает с моделью мистически непогрешимого исцелителя.

Фигура, способная преодолеть ситуацию безнадежности, в таком случае должна быть наделена совершенно мистическими возможностями. Обыкновенному смертному, во всем его несовершенстве, не под силу справиться со столь грозными обстоятельствами.

*Так рождается миф о всемогуществе врача как конечного спасителя.* (Напрашивается параллель с психотерапевтическими ситуациями [16].) Именно ему доверяется решение всех проблем, на его плечи полностью перекладывается ответственность за здоровье ребенка. Мать же оставляет за собой лишь функции пассивного исполнителя рекомендаций. Согласно мифу, врач должен пользоваться в большей степени магическими средствами либо окружать выполнение достаточно простых терапевтических процедур и прием относительно элементарных препаратов таинственным ритуалом. Отсюда пристрастие к экзотическим и парамедицинским способам лечения. Именно в этом случае дети становятся пациентами в кабинетах специалистов, практикующих нетрадиционные методы лечения, и экстрасенсов.

В тех же ситуациях, когда реальный имидж участкового педиатра не совпадает с образом мифологизиро-

ванного персонажа, надежды матери на мистическое спасение ситуации оказываются тотально фрустрированными. В этом случае мы видим инверсию зависимого по отношению к врачу поведения в агрессивное. И в случае осложненного или затяжного течения заболевания вина за такой поворот событий вновь возлагается на «некомпетентного, невнимательного, неграмотного» врача. Наблюдаемые нами поведенческие паттерны тревожно-мнительной матери дают основания для предположения об экстернализации её локуса контроля.

Существует еще один, достаточно важный момент, на котором я считаю необходимым акцентировать внимание в рамках данного анализа. Это – мотивационная основа психосоматогенного материнского поведения.

Вернемся к рассматриваемому случаю. В ситуации нашей семьи мы видим достаточно выраженные признаки недоверия взрослым, замещающим мать в ее отсутствие (тотальный контроль, выполнение ими воспитательных и лечебно-профилактических процедур).

Принимая во внимание точку зрения Г.С. Салливанна [13], что чувство вины, возникающее в ситуации, когда мать оставляет ребёнка с людьми, которым не доверяет, на подсознательном уровне рождает ощущение собственного несоответствия (Я-реальное) образу «идеальной матери» (Я-идеальное). При характерной для данной акцентуации недостаточности критериев самооценки компенсировать возникший дискомфорт может поддержка извне, каковая может быть получена вследствие удовлетворения дефицитарной потребности в уважении и признании [10], что она и получает вместе с сочувствием окружающих и их восхищением ее самоотверженностью. Чему мы и находим подтверждение в конкретных жизненных фактах.

В отношении этой матери неоднократно звучали сочувствующие, а порой и восхищенные замечания. У «нашей» мамы достаточно много дружественных связей в пределах близживущих семей, имеющих детей близкого к Сережиному возрасту. Многие из принимающих участие в делах семьи часто отмечают, как много А.Н. (мать) возится с сыном и как ей, «бедной», нелегко нести столь тяжкое бремя нездоровья ребенка.

Становится очевидным, что, реализуя фрустрированную потребность, мать подсознательно находит вторичную выгоду в страдании ребенка.

*Таким образом, фиксация матери на уровне более «низкой» дефицитарной потребности препятствует ее самоактуализации как подлинной матери собственного ребенка в единственно ее возможной форме – диалоговом (Я–Ты) отношении с ребенком [2].*

Сделав, таким образом, шаг к постижению смысла феноменов, сопровождающих общение страдающего ПСР ребёнка и взрослого из его значимого окружения, мы можем достаточно отчётливо видеть, как активность сознания матери стремится к приданию смысла телесному «симптому» ребёнка в соответствии с её собственным субъективным опытом.

Проблемным моментом данной ситуации становится то, что подобная интенция матери «к болезни», а не «к ребёнку» как к Другому игнорирует собственные интенции ребёнка, блокирует формирование индивидуальных порогов восприятия боли, холода, потребности в пище, реализацию врождённого саногенного потенциала его организма. Ребёнок фактически отчуждается от своей сущности, становясь экраном для иррациональных представлений матери.

С другой стороны, со способностью активно совладать с жизненными препятствиями он теряет в сознании матери и свою субъектность. Пространство экзистенциального диалога матери и ребёнка предельно деформируется. Коммуникативные интеракции матери и ребёнка принимают ярко выраженный субъект-объектный характер. Последнее усугубляется массажными фармако-, физио- и другими терапевтическими и диагностическими воздействиями, в процессе которых ребёнок выступает исключительно в роли объекта – носителя симптома, подлежащего санации.

Так мать вступает в прямое отношение с болезнью как с некой мистической, всецело предопределяющей дальнейшую судьбу ребенка сущностью. Ребенок же (как и прочие близкие) фактически в этом треугольнике коммуникаций теряет свою субъектность, превращаясь в объект – носителя болезни. Это и подтверждается в наблюдении высокой частотой употребления матерью местоимений третьего лица единственного числа в отношении ребенка в его присутствии и телесном с ним контакте.

Ребенок, теряя субъектность, насильственным образом вырывается из контекста «Здесь-и-Теперь» – единственно возможной в настоящем возрасте формы его Бытия – и перемещается матерью в Прошлое, становясь заложником своей биогенетической данности, вступая в отношения полной зависимости от нее.

Таким образом, психосоматическая проблема в детском возрасте выходит за пределы биогенетической, психофизиологической и социальной обусловленностей на принципиально иной, экзистенциальный уровень. Стереотипно повторяясь во времени, хотя и в разных нозологических формах, *заболевание ребенка является нам воплощением одного из способов его Бытия с Другими* – взрослыми, сопровождающими процесс его личностного становления.

Ребенок существует в Сейчас. Выходя в мир из космической целостности внутриутробного состояния, начинает познавать окружающее в буквальном смысле собой, без посредников в виде функций операционального мышления.

Его возможность заглянуть в Завтра и оглянуться во Вчера еще реализуется когда-то.

С возрастом ребенок постигает все большие премудрости мира вещей, овеществленных знаний, отвлеченных от насущного бытия социальных норм, навыков, умений. И взрослый воспитатель проходит по лезвию бритвы, так как у проблемы общения ребенка и взрос-

лого существует еще один аспект: *встреча их возможна только в едином для обоих временном измерении.*

Взрослый, уверенно строящий модели Будущего на прочном фундаменте Прошлого, должен найти возможность, суметь шагнуть в полное неизвестности зыбкое Сейчас.

Иначе – встреча не состоится.

Именно это умение взрослого освоить язык ребенка, шагнуть к нему навстречу, сказать основное слово отношения Я – Ты совершенно очевидным, телесно осязаемым становится в наблюдении обращения ребенка и взрослого, их общения.

Вопросы, на которые должен ответить наблюдатель (а точка наблюдения в нашем случае – собственно территория семьи или педиатрический кабинет), дает нам массу возможностей видеть смысл происходящего в их взаимодействии.

Случилась ли встреча ребенка и взрослого? Вовлечены ли они в единое диалоговое поле либо их речь, их действия обращены в различные точки пространства, являются монологами, обращенными в Пустоту?

Вводя ребенка в мир причинно-следственных связей, взрослый непрерывно возрождает в общении с ним мгновения Я–Ты-отношения. Или заменяет, в силу неумения или нежелания сделать иной выбор, суррогатным отношением взаимного использования Я–Оно.

В случае первом и деятельность значимого для ребёнка взрослого, и деятельность врача направлены исключительно на оснащение жизни маленького человека знанием о мире ОНО как средством к полноценному, не ограниченному тесными обручами болезни (в нашем случае – соматической) Бытию-в-мире. Здесь мир Оно служит собственно своему назначению: «...поддержанию, облегчению, оснащению человеческой жизни» [2].

Во втором – ребенок сам является заложником мира вещей. Его биологическое несовершенство становится его фатумом, предопределяющим все выборы в ближайшем (а иногда и достаточно отдаленном) будущем.

Опыт нашего исследования, таким образом, показывает, что выявление симптомов нарушенной дисфункциональной коммуникации в системе ребенок – взрослый, возможное в пределах компетенции педиатрической участковой службы, может служить чрезвычайно точной экспресс-диагностической процедурой для последующей коррекции дефекта на уровне, непосредственно диагностированию не подлежащему – уровне отношений.

Рассмотрение психосоматической дисфункции с этой точки зрения открывает новые и новые горизонты возможностей психологической коррекции ПСР в детском возрасте, патопластических установок матери, внутренней картины болезни ребенка и активации собственного саногенного потенциала его организма. И главное – позволяет возратить семье ответственность за здоровье ребенка. Вместе с нею – возможности реализации творческого потенциала родителей в пространстве семейных отношений.

Возможно, на этом и следовало бы поставить логическую точку в нашем исследовании. Однако стоит заметить, что случай, представленный в данном описании, достаточно типичен и может быть отнесен к разряду тревожно-мнительных воспитательных стилей. Формы же патопластических коммуникативных систем достаточно вариабельны [4, 6, 7].

Для каждого иного стиля характерны различные феномены, связанные с иными мифами, установками, интенциями и мотивационными комплексами матерей. Далеко не весь перечень их может быть явленным в наблюдении той или иной семьи, но отдельно каждый симптом может быть сигналом для врача,стораживающим его в отношении психогенной природы соматической дезадаптации ребенка.

Безусловно, по-другому будут выглядеть взаимодействия ребенка и взрослого в гиперсоциальной или пассивно отвергающей семье.

Также представляется верным и то, что в чистом, кристаллизованном виде, та или иная аномалия коммуникации в диаде встречается достаточно редко. Личностные особенности матерей могут быть гарантией реализации в поведении как паттернов тревожно-мнительного, так и гиперсоциального, эгоцентрического или отвергающего стиля. Так высокая степень синтонности, циклоидной интуитивности тревожной матери может в значительной степени нивелировать искажение диалогового пространства, вызванное напряжением чувства тревоги или вины.

С этой точки зрения важно дальнейшее изучение возможностей узнавания отдельных паттернов коммуникационных психосоматогений, дабы стратегически и тактически точно выстраивать соответствующие психокоррекционные мероприятия.

Тем более серьезного отношения требует психологическое образование педиатра – именно он является первым получателем бесценной информации, указывающей на психосоматическую природу заболевания.

Итак, подводя итог вышесказанному, стоит перенести вопрос и в организационно-практическую плоскость. Подобного рода феноменологический анализ данного случая стал возможен, к сожалению, лишь в ретроспективе, с освоением педиатром, курирующим описанную семью (ныне – автором настоящей статьи), психологического знания. В процессе же общения с семьей мероприятия психокоррекционного плана носили лишь интуитивный характер, порой плохо увязываясь с рекомендациями утилитарно-санационного назначения, делаемыми в соответствии с современными канонами врачебных предписаний.

Таким же проблемным моментом, в отсутствие операционального психологического знания у педиатра, стала бы и организация эффективной обратной связи ЛПУ и служб психологической реабилитации.

Психолог же, начиная работу с ПСР ребенка, воссоздает процесс практически с пустого места, затрачи-

вая исключительно ценные временные ресурсы далеко не оптимальным образом. Идя по пути последовательного воссоздания истории развития ПСР ребенка, распутывая клубок линейно-каузальных закономерностей патопластического процесса (мультифакториальность этиологии и патогенеза ПСР еще более усугубляет диагностический кризис), психолог оказывается в замкнутом круге причин и следствий, в котором каждое событие «b», являясь функцией от события «a», является, в свою очередь, первообразной для события «c», которое через ряд взаимообусловленностей вновь является первопричиной события «a».

Методы и средства, предлагаемые в помощь специалистам со стороны ортодоксальной психологической парадигмы характеризуются крайней громоздкостью, огромной ресурсоемкостью. Так, А.И. Захаров [6–8] указывает на такие методы, практикуемые в психосоматологической практике как:

- метод естественного эксперимента... в виде изучения особенностей личности и характера взаимоотношений родителей между собой и детьми в условиях разнообразной совместной деятельности на приеме врача без включения врача в эту деятельность;

- методика взаимных психологических портретов членов семьи;

- беседы с родителями и детьми отдельно с целью получения более достоверных сведений;

- дополнительное обследование условий внутрисемейного существования ребенка социальным работником (!);

- сбор анамнеза в присутствии двух взрослых членов семьи и т.д.

Так на исследование, обрисовку проблемы уходят бесконечные часы психологического приема.

Все это время ребенок оказывается всего лишь объектом специфического профессионального интереса, сторонней субстанцией, не включенной в психотерапевтический процесс. Либо психотерапевтическое воздействие, проводимое на этапе сбора необходимой информации, носит исключительно симптоматический характер, не воздействуя на собственно этиопатогенетические факторы ПСР.

Уже на этапе диагностики проблемы психологом процесс консультирования рискует исчерпать временные и материальные ресурсы семьи и терпение ее членов. Эти проблемные моменты типичны и скорбно однообразно повторяются в системе учреждений педиатрической и психологической помощи.

Точка зрения, предлагаемая феноменологической парадигмой, проиллюстрированная нашим примером, делает очевидной возможность и необходимость экстраполяции методов экзистенциальной терапии, в частности логотерапии, на область педиатрии. Шаг в этом направлении должен быть сделан с двух сторон: психологом, работающим в области психосоматики и врачом-педиатром, в настоящее время находящимся на исклю-

чительно жестких позитивистских позициях естественно-научного исследования.

В свою очередь, поиск эффективных способов визуализации субъективной картины болезни ребенка, топластических представлений матери, оптимальных

возможностей коррекции психосоматогенных отношений открывает широчайшие области для сотрудничества представителей научной психологии и практического здравоохранения.

#### Литература

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. М.: Ин-т психиатрии, 1993. 304 с.
2. Бубер М. Я и Ты: Пер. с англ. М.: Высш. школа, 1993. 175 с.
3. Гарбузов В.И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология. СПб.: СОТИС, 1999. 320 с.
4. Гарбузов В.И. Нервные дети. Л.: Медицина, 1990. 176 с.
5. Данилова Л.Ю. Клинические типы функциональных психосоматических расстройств в детско-подростковом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1988. Т. 88. № 8, С. 14–15.
6. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. СПб.: Союз, 1998. 336 с.
7. Захаров А.И. Неврозы у детей. СПб.: Дельта, 1996. 480 с.
8. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. М.: ЭКСПО, 2000. 448 с.
9. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Специальная литература, 1996. 454 с.
10. Лоуэн А. Язык тела / Пер. с англ. А.Б. Буравовой. СПб.: Академический проект, 1997. 384 с.
11. Маслоу А.Г. Мотивация и личность: Пер. с англ. СПб.: Евразия, 1999. 478 с.
12. Роттенберг В.С. Проблемы воспитания в свете психосоматической парадигмы // Вопросы психологии. 1989. № 6. С. 19–23.
13. Салливан Г.С. Интерперсональная теория в психотерапии. М.: КСП, 1999. 345 с.
14. Северный А.А., Брутман В.И. Психосоматическая инвалидизация детей и подростков // Врач. 1994. № 3. С. 53–54.
15. Узнадзе Д.Н. Психологические исследования. М.: Наука, 1966. 451 с.
16. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М.: Класс, 1999. 576 с.

#### MOTHER AND CHILD: DIALOGUE IN THE LIGHT OF PSYCHOSOMATIC PARADIGM S.V. Tyulyupo (Tomsk)

**Summary.** On the basis of distributed analysis of behavioural patterns of the mother in the dialogue with the child descriptions of the row of communicative styles of the mother are given: limitation of emotional dialogue, dependent position, inadequacy of reactions to the actions of the child, expectation of the heaviest development of the disease of her child, specificity of description of the illness of the son, fixation on a origin and inevitability of the illness in presence of the child. The examples are given.

**Key words:** psychosomatic frustration (PSF); psychosomatogenic (communicative) style.