

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНСГЕНЕРАЦИОННОГО ПОДХОДА В КЛИНИКЕ С ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

А.Р. Шарипов, А.Г. Шмергельский, З.Ф. Гафурова, Т.Р. Галямова

*Федеральное государственное учреждение
Всероссийский Центр глазной и пластической хирургии,
г. Уфа*

Реферат. Успешное лечение многих сложных заболеваний подразумевает точное понимание их природы. Значительная часть средовых, поведенческих и психологических детерминант болезни может передаваться из поколения в поколение не генетическим, а «трансгенерационным» путем. Индивидуальная трансгенерационная информация (ТГИ) представляет собой имплицитную, целостную и субъективную модель родового древа конкретного субъекта индивида. Для исследования ТГИ мы использовали метод геносоциограммы, позволяющий эксплицировать различные аспекты этой модели, давая обширный материал терапевту и исследователю. Проведенное исследование на выборках здоровых испытуемых и офтальмологических пациентах выявило значительно более высокую частоту трагических событий в родовых деревьях пациентов. Обнаружена взаимосвязь глубины и тяжести поражений с частотой встречаемости трагических событий в родовом древе. Наиболее трагичными родовые сценарии были у лиц с поражениями зрительной системы, которые считаются наследственными (различные формы дегенераций сетчатки). Независимо от частоты встречаемости наследственных форм офтальмопатологии в гениалогическом древе, была отмечена высокая концентрация трагического опыта в родовой истории этих пациентов. Полученные данные свидетельствуют о наличии взаимосвязи между ТГИ и состоянием зрительной системы. Обнаруженный факт принят в основу психофизиологической реабилитации пациентов с офтальмопатологией наследственной этиологии.

Ключевые слова: трансгенерационная информация, геносоциограмма, психология, наследственные заболевания глаз, пигментный ретинит.

Успешное лечение многих сложных заболеваний подразумевает точное понимание их природы. В то же время большинство заболеваний немоногенно по своему происхождению и могут являться результатом самых разнообразных факторов как наследственной, генетической, так и ненаследственной, негенетической природы. Очень многое зависит от условий социальной среды, в которой развивается индивид и тех психологических программ, с помощью которых он адаптируется к этим условиям, а впоследствии и создает их. Очевидно, что значительная часть средовых, поведенческих и психологических детерминант болезни может передаваться из поколения в поколение не генетическим, а «трансгенерационным» (Шутценбергер, 2001, Хеллингер, 2001) путем, использующим социально-культурные и психолого-педагогические средства.

Трансгенерационная информация (ТГИ) – совокупность значимых сведений, (верований, ценностей, убеждений, поведенческих паттернов) и жизненных событий, и информация о значимых событиях жизни рода, передаваемых наследуемыми негенетическими средствами, через повторяющиеся методы воспитания, методы материальной культуры, семейную мифологию, диетические пристрастия и т. п.

ТГИ обеспечивает внутрисемейную лояльность, внутрисемейную справедливость, лежит в основе диетических конфликтов, трансгенерационных страхов, симптомов некоторых заболеваний.

Возникающие болезненные состояния могут иметь не только индивидуальную, но и трансгенерационную природу (вынесенную за пределы индивидуальной жизни одного поколения).

Помимо наследственных форм передачи патологических состояний, можно предполагать ненаследственные способы трансгенерационной, патогенезирующей информации.

Ненаследственная трансгенерационная информация может передаваться с различной степенью осознания, от полностью неосознаваемой, до абсолютно осознанной.

В конечном итоге индивидуальная ТГИ представляет собой имплицитную, целостную (холистичную) и субъективную модель родового древа конкретного субъекта индивида. Имплицитность модели предполагает интуитивность отнесения себя к тому или иному роду. Целостность (холистичность) подразумевает согласованность и взаимное подкрепление всех уровней модели: психологического, нейрологического, иммуно-биохимического, молекулярно-генетического. Субъективность модели подразумевает субъективную форму ее существования. В частности, два кровных родственника (даже два однояйцевых близнеца) будут иметь разную ТГИ.

Материал и методы. Для исследования ТГИ мы использовали метод геносоциограммы, позволяющий эксплицировать различные аспекты этой модели, давая обширный материал терапевту и исследователю. Пациенту объяснялась цель и задачи обследования, и предлагалось построить семейное древо так, как он его помнит, с указанием жизненно важных событий, особенностей членов семьи, его роли в родовом древе субъекта. По возможности уточнялись даты и места по каждому родственнику. После составления родового древа с пациентом проводилось структурированное интервью, в котором выяснялись представления субъекта об истоках, родовых корнях, семейных традициях, особых датах и праздниках, семейном характере, наследственных способностях и талантах, а также «фигурах умолчания», заблуждениях и «родовых проклятиях». В заключение предлагалось обнаружить закономерности, которые проявляются в геносоциограмме, те правила, которым подчиняется родовое древо.

Проведенное пилотажное исследование на выборках среди здоровых испытуемых и среди пациентов Всероссийского Центра глазной и пластической хирургии выявило значительно более высокую частоту трагических событий (убийства, гибель родственников, суициды, асоциальное поведение и преступность) в родовых деревьях пациентов ВЦГПХ. Обнаружена взаимосвязь глубины и тяжести поражений с частотой встречаемости трагических событий в родовом древе. Наиболее трагичными родовые сценарии были у

лиц с поражениями зрительной системы, которые считаются наследственными, даже в том случае, когда субъект ни у кого из родственников данное заболевание не отмечал (в их модели эта информация отсутствовала).

В настоящее время можно считать доказанным существование генетических предпосылок (нарушений генома) в развитии такого наследственного заболевания, как пигментная дегенерация сетчатки. При этом, исследования генеалогического материала показывают, что случаи наследственно-повторяющихся проявлений ПТРА встречаются гораздо реже, чем спорадическое развитие дегенераций сетчатки (Галимова В.У., 1998). В наших исследованиях это соотношение составило 1 случай на 40 спорадических форм. Предполагается, что спорадическая форма – это наследственное заболевание, связанное с мутацией генов, ответственных за структуру и обменный цикл родопсина, которая возникает либо у самого пациента (доминантный тип наследования), либо приходит к нему от неизвестных предков, не имевших ПТРА (рецессивный тип наследования). Следует подчеркнуть, что в любом случае наличие генетического дефекта является лишь предпосылкой, возможно-необходимым, но отнюдь не достаточным условием для возникновения признаков заболевания. В качестве «пусковых» факторов заболевания могут выступать специфические условия «семейной среды адаптации» и, в частности, стрессогенные факторы (наличие тяжело больных родственников, трагическая или насильственная смерть близких, репрессии и др.). Ранее нами уже отмечалась значительно более высокая частота встречаемости подобных событий в семьях больных ПТРА (Галямова Т.Г., Гафурова З.Ф., Шарипов А.Р., Шмергельский А.Г., Оренбург, 2003 г.).

Интересно, что при свободном описании родственников, пациенты с пигментным ретинитом детально характеризовали прежде всего участников трагических событий, тогда как о тех родственниках, с которыми «ничего страшного не происходило», и сказать было особенно нечего. В такую «среду адаптации» и соответствующую ей субъективную карту реальности замечательным образом вписаны психологические особенности больного,

насыщенные переживаниями негодования по отношению к предкам, чувствами безысходности и вины перед потомками. Практически все пациенты испытывали значительные ограничения в стратегиях осмысления собственной проблемы, подменяя сенсорно-детерминированные критерии ограничивающими убеждениями (зачастую ятрогенного характера). Наиболее типичными нарушениями формальной структуры высказывания были сложные эквивалентности (например: «Наследственное - значит неизлечимое»).

Для сравнения мы провели анализ геносоциограмм лиц, страдающих близорукостью. Здесь так же предполагается выраженное влияние наследственных факторов. И хотя пробанды обеих групп (больных близорукостью и ПТРА) были сходны по возрасту и социальному положению, их «среда адаптации», карта реальности и соответствующий им психотип резко различались

В частности, близорукие уделяли наибольшее внимание родственникам, социальными достижениями которых можно гордиться (наличие высшего образования, хорошее отношение к детям, семье). Специально подчеркивались факты успехов по служебной линии и прочность браков. Наличие значительно более редких, трагических событий упоминалось вскользь и не детализировалось. Родственные чувства к родителям/предкам характеризовались как «благодарность, признательность», тогда как по отношению к детям близорукие испытывали преимущественно тревогу и беспокойство. Ранее мы детально охарактеризовали особенности микросоциальной среды и индивидуальные особенности личности близоруких пациентов (А.Р. Шарипов, З.Ф.Гафурова, Е.М.Гареев, Э.В. Гайнетдинова, 1993; А.Р. Шарипов, З.Ф.Гафурова, Е.М.Гареев, 1996; А.Р. Шарипов, З.Ф. Гафурова, 1998)

Показано, что близорукие по сравнению со здоровыми сверстниками проявляют более выраженную интровертированность, склонность к подавлению эмоций и двигательных реакций. Для них в значительно большей степени характерна готовность к принятию ответственности, желание «быть оцененными по достоинству» и связанные с этим выраженные тенденции

избыточной тщательности, скрупулезности, “книжности и академизма” интересов. Лица с миопией отличаются существенно более высоким уровнем скрытой тревоги, значительно сниженной моторной активностью и вариабельностью внешних проявлений тревожности. Они склонны к чрезмерному самоконтролю, избеганию напряженных ситуаций и реакции “бегства” в качестве типичного аттитюда. «Логические» рассуждения и обоснования, рационализация – в качестве защитной реакции были весьма характерны для описания своих проблем близорукими пациентами.

Результаты. Таким образом, полученные данные прямо указывают на структурное согласование генотипа, социальной среды адаптации и психологических особенностей личности. Коррекция последних двух факторов не приводит к полному и тотальному исцелению, однако создает возможность мобилизации латентных ресурсов, заметно повышает качество жизни за счет улучшения психологического состояния и степени социальной адаптации, формирует конструктивную мотивацию к излечению.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Бейтсон Г. Экология разума. Избранные статьи по антропологии, психиатрии и эпистемологии/Пер с англ. М.:Смысл, 2000.
- 2.Гафурова З.Ф.,Шарипов А.Р., Гареев Е.М. Психологические особенности пациентов с миопией// Атуальные вопросы офтальмологии. Ч.1.М., 1996. – С.52-54.
- 3.Шарипов А.Р.,Гафурова З.Ф., Гареев Е.М. Роль социально-психологических факторов в возникновении близорукости// Экология и охрана окружающей среды:Тезисы докладов 2-ой Международной научно-практической конференции. Пермь,1995.–С.83-84.
- 4.Шутценбегер А. Синдром предков. Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины,перелдача травм и практическое использование геносоциограммы. – М.:Изд-во Иститута психотерапии, 2001.
- 5.Shapero M., Hirsch M.L. The relationship of refractive error an Guilford-Martin-Temperament Test scores. Am.Optom 29:32,1952.
- 6.Young F.A. Myopia and personality. Am. J.Optom 44:192,1967.