

## **СИНДРОМ МЮНХАУЗЕНА ПРОКСИ**

**Короленко Ц.П.**

*д.м.н., профессор, зав кафедрой психиатрии НГМА, г. Новосибирск*

**Дмитриева Н.В.**

*д.п.н., профессор, зав кафедрой психологии личности и специальной психологии НГПУ, г. Новосибирск*

*E-mail: dnv2@inbox.ru*

Согласно Shreier et al. (1993), описания случаев преднамеренно вызываемого заболевания появились в медицинской литературе еще в 1800г.[13].

По данным Abdulhamid (2008), синдром Мюнхаузена прокси (СМП) или факсисиозное заболевание прокси как одна из форм психической патологии был впервые описан под этим термином Meadow в 1977 году. Автор зарегистрировал два случая искусственно вызванных матерями симптомов болезненных расстройств у их детей. У одного из заболевших обнаруживалась гипернатриемия, у другого в течение длительного времени периодически обнаруживалась кровь в моче. Гипернатриемия ребенка была вызвана матерью, добавляющей в пищу большое количество поваренной соли. В 1994 Meadow сообщил, что после гибели ребенка мать призналась в совершении этого преступления психиатру [1].

Второй случай заболевания, возникшего в результате вызванного матерью воспалительного процесса в почках, закончился выздоровлением ребенка после распознавания причины и лечения матери в психиатрической клинике.

В 1994 году СМП был введен в DSM-IV для описания факсисиозного нарушения прокси у индивидуума, умышленно вызывающего заболевание у своей жертвы.

В 1976 году Rogers et al. опубликовали статью об умышленном отравлении ребенка, в которой ссылались на сделанное годом раньше описание Meadow случая умышленного отравления ребенка матерью, зарегистрированного в больничных условиях [12].

СМП представляет собой особую форму насилия над ребенком, заключающуюся в целенаправленном вызывании у него симптомов медицинской патологии, соответствующих той или иной известной нозологической категории. Meadow назвал СМП “закулисным насилием над ребенком», совершаемым человеком (чаще всего матерью), осуществляющим непосредственную заботу о нем. Автор подчеркивал, что подобная

фальсификация матерью медицинских симптомов у своего ребенка ранее не регистрировалась [9].

Meadow обратил внимание, что такие матери отличались крайне предупредительным, вежливым поведением по отношению к медицинскому персоналу, проводящему диагностику, наблюдение и лечение пострадавших детей. Они демонстрировали постоянную готовность к максимальному сотрудничеству в условиях стационара или другого медицинского учреждения. В больничных палатах они в буквальном смысле расцветали и вели себя так, как будто больница является для них родным домом, стараясь при этом как можно чаще быть в центре внимания врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Матери, совершавшие насилие над своими детьми, обнаруживали прекрасную осведомленность о клинике и динамике болезни, которую сами вызывали у ребенка. В случаях улучшения его состояния, они прибегали к разнообразным уловкам и скрытым методам усиления болезненных проявлений, причиняя ребенку дополнительные физические повреждения или вводя ему различные токсические вещества [9].

Gray и Bentovim [5] при описании подобных случаев используют термин “синдром вызванной болезни”, указывая на возможность его диагностики у взрослых, в отличие, например, от Bools et al. [4], пользующихся термином “факсионное заболевание прокси” только в случаях его наличия у детей.

СМП обычно имеет хроническое течение, но может возникать и эпизодически, с различными интервалами между эпизодами. Степень тяжести наносимого при СМП вреда также бывает различной. Описаны варианты действий, непосредственно угрожающих жизни, например, такие, как удушение, отравление, кровопускания. Более мягкие формы могут проявляться усилением уже имеющихся болезненных проявлений или фальсификацией симптомов с целью ошибочной диагностики. Возможно целенаправленное прекращение назначенного врачами лечения для ухудшения состояния ребенка.

Ребенок воспринимается матерью или другим лицом с СМП в основном не как личность, а как объект, помогающий установить манипулятивные отношения с медицинским персоналом.

В настоящее время СМП не является, как считалось ранее, редкой формой патологии. Нарастает убежденность, что немногочисленные случаи его диагностики связаны с не распознаванием патологии, которая до настоящего времени. К сожалению, остается неизвестной для преобладающего числа специалистов.

Рассматриваемый нами феномен может проявляться по-разному. Так, например, Bentovim (2001) анализирует наблюдаемые им случаи СМП различного содержания. Автором выделяются формы умышленно вызванной у детей инактивности в результате целенаправленного голодания; аллергических

симптомов; создания впечатления о наличии у детей проблем с дыхательной функцией, в том числе приступов с задержкой дыхания; случаи вызванных намеренным употреблением слабительных средств поносов; употребления ненужных и не назначенных врачом лекарств[3].

Насилие над ребенком при СМП всегда носит тщательно продуманный, детально рассчитанный и ничем не спровоцированный характер. Во многих случаях матери с СМП обладают определенной исходной информацией о проблемах здоровья и патологии, особенно в области, касающейся сферы их непосредственного болезненного интереса. В процессе вызывания болезни у ребенка мать обычно совершенствует свои знания по особенностям патологии, которую сама и вызывает.

Meadow (1990) было установлено, что фальсификации детских болезней совершались также отцами [11].

Schreier (2004) считает, что СМП может выражаться в ложных утверждениях о совершении сексуального насилия над детьми, с неоднократными обращениями в полицию. Присоединяясь к точке зрения исследователей данной проблемы, автор подчеркивает, что родители, совершающие правонарушения в отношении собственных детей, всегда производят внешне положительное впечатление. Они всячески демонстрируют свою привязанность к детям, заботу о них и воспринимаются как «идеальные» родители, лишенные какого бы то ни было эгоцентризма. Такое поведение родителей приводило к тому, что их действия в течение длительного времени не распознавались специалистами[14].

В настоящее время благодаря опубликованным патографиям лиц, оказавшихся жертвами СМП, синдром получил описание «изнутри». Подтверждением данного факта служит автобиография Julie Gregory [6], прошедшей специализацию по психиатрии в Шеффилдском университете в Англии и написавшей книгу “Sickened”. Автор описывает свое детство в категориях жертвы СМП, проходящее в условиях постоянного наблюдения и лечения в больницах и внебольничных учреждениях. Родители девочки проявляли жесткую нетерпимость к любым попыткам вести себя асертивно (удовлетворять свои потребности, не нарушая личностных границ окружающих и не причиняя им беспокойства).

Насилие над ребенком в рамках СМП начинается очень рано, буквально с младенческого возраста и первых лет жизни. По данным McClure (1996), средний возраст жертв СМП составлял 20 месяцев[8].

Дети, ставшие жертвами СМП, предъявляют самые разнообразные жалобы, наиболее частыми из которых являются боль в области живота, диарея, приступы удушья. Часто наблюдаются значительная потеря веса, припадки, кровотечения, необъяснимые повышения температуры, постоянная сонливость [4].

Симптомы нарушений возникают исключительно в присутствии матери и ослабевают в случае ее отсутствия. Матери (в редких случаях отцы) при появлении признаков вызванного ими заболевания иногда приглашают в качестве свидетелей соседей или знакомых, в некоторых случаях свидетелями оказываются лица с медицинским образованием. Их показания в дальнейшем используются для “объективизации” сообщаемых специалистам данных о болезни ребенка. Встречаются варианты, при которых поведение агрессора отличается от классической модели подчеркнутой заботливости, доброты и кооперации с медицинским персоналом. В ситуациях возможного реального разоблачения такие родители становятся конфликтными и агрессивными, что бывает опасным для здоровья и жизни ребенка. В случаях, когда результаты анализов и данные объективного обследования в амбулатории или в стационаре не подтверждают наличия ожидаемой матерью патологии, она обращается в медицинское учреждение другого района или уезжает в другой город.

Если СМП совершается в условиях полной семьи, другие ее члены, в том числе и отец, зачастую не принимают активного участия в совершении насилия над ребенком. Отец, как правило, отстраняется от непосредственной заботы о ребенке еще до возникновения СМП. В другом варианте пассивная позиция отца проявляется в отсутствии у него подозрений о реально происходящих в семье событиях и полной и всесторонней поддержке матери в ее манипуляциях ребенком. Правильность поведения матери сомнению не подвергается.

При рассмотрении вопроса о том, как относятся к происходящему с ними дети более старшего возраста, способные распознать, что действия матери наносят им вред, следует учитывать, что матери с СМП обладают большой силой убеждения. Ребенку внушается мысль, что он болен некой таинственной болезнью и нуждается именно в том способе лечения, который осуществляется его/ее матерью. Жертв СМП заставляют подтверждать в контактах с посторонними лицами, и, прежде всего, с медицинскими работниками, именно ту информацию о болезни, которая выгодна матери. Дети в таких случаях боятся противоречить матери по различным мотивам, главным из которых является страх утраты эмоциональных отношений с ней. Дети боятся и того, что другие взрослые скорее поверят матери, чем ему - ребенку, и в дальнейшем мать отомстит им за “предательство”.

Если СМП начинается в младенческом периоде и продолжается в дальнейшем, ребенок может приобрести уверенность, что все предпринимаемые по отношению к нему действия матери нормальны и, безусловно, правильны. Мать воспринимается в этом случае как идеальный объект, вне зависимости от того объективного вреда, который она причиняет здоровью ребенка.

Детектив полиции в Орландо, Флорида Artingstall (1995) на основании расследования случаев СМП приходит к заключению, что совершающие агрессию в рамках СМП матери проявляют самые разные реакции при конфронтации с полицией. Они отрицают направленные против них обвинения и утверждают, что болезнь ребенка вызвана какими-то неизвестными причинами. Утяжеление болезненных симптомов часто непосредственно связано с попытками обвиняемых доказать свою правоту в отношении наличия у ребенка болезни[2].

Длительный промежуток времени между началом СМП и его распознаванием объясняется рядом факторов, препятствующих его ранней диагностике. К их числу, в частности, относятся:

- недостаточная информированность специалистов о СМП и отсутствие личного опыта работы с такими пациентками/пациентами;
- традиционная доверчивость специалистов к информации, представляемой матерью;
- убедительное ролевое поведение матери, использующей медицинские знания, касающиеся вызываемой у ребенка патологии;
- предшествующая вовлеченность в диагностику врачей различных специальностей и учреждений, частично подтверждающих объективность отдельных симптомов.

В процессе диагностики СМП и определения степени его тяжести Meadow (1985) рекомендует быть осторожным и использовать разнообразные подходы. Автор считает целесообразным соблюдение следующих основных правил:

- получение и верификация данных медицинского и социального анамнеза;
- проведение интервью с отцом и/или другими членами семьи при обязательном отсутствии матери для выявления достоверности сообщаемой ею информации;
- госпитализация ребенка с целью пристального наблюдения за характером интеракций между ним и матерью и выявления временных совпадений между возникновением симптомов и присутствием матери;
- сепарация ребенка от лица, подозреваемого в СМП, с целью подтверждения факта уменьшения (исчезновения) болезненных симптомов как следствия изоляции.
- скрытое видео наблюдение за взаимодействиями матери и ребенка в случаях их совместной госпитализации[10].

При возникновении подозрения на наличие СМП особое значение имеет установление в семье случая (случаев) внезапной смерти, которая могла быть связана с нераскрытым СМП и была ошибочно диагностирована как синдром внезапной смерти.



При угрозе разоблачения мать может попытаться возложить вину на кого-нибудь из членов медицинского персонала. Nanon (1991) описывает редкие случаи действительного вовлечения в СМП педиатров, которые вначале целенаправленно вызывали у ребенка заболевание, а потом добивались быстрого выздоровления, выступая в роли “спасателей”. Таким способом они стремились завоевать авторитет у коллег и членов семьи ребенка[7].

Анализ случаев СМП позволяет выделить три основных стратегии поведения матерей:

- искусственное усиление уже существующего болезненного нарушения;
- формирование ложного нарратива, содержанием которого является “история болезни” ребенка;
- целенаправленное вызывание у ребенка болезни.

Эти три стратегии могут реализоваться одновременно в каждом отдельном случае. В то же время является опасной недооценка наличия серьезной угрозы для здоровья и жизни ребенка варианта использования только одной стратегии, например, искусственного усиления симптомов или формирования ложных нарративов. Последний вариант, как правило, является увертюрой к следующему за ним умышленному вызыванию заранее объявленной болезни.

СМП может проявляться в причинении вреда не только физическому, но и психическому здоровью ребенка. В последнем варианте матери создают у окружающих впечатление о наличии у ребенка психических нарушений. Такой имидж создается постепенно, начиная с раннего детского возраста посредством нарративов, несущих в себе информацию о клинических симптомах психической патологии. Матери, как правило, заранее изучают признаки и динамику выбранного ими варианта психического нарушения по данным специальной литературы, рассказам родственников детей с психической патологией, по результатам анализа личных наблюдений за поведением таких детей. Возможно манипулирование знакомыми или состоящими с ними в родстве специалистами в области психического здоровья детей, и, прежде всего, детскими психиатрами и клиническими психологами.

Нами наблюдались два случая СМП, при которых на начальных этапах его развития у окружающих, родственников, соседей и знакомых формировалось мнение о наличии у ребенка симптомов психического нездоровья. На конечном этапе к процессу подключались психиатры, которым сообщались сведения о неправильном поведении ребенка, его неадекватности, странностях, неуправляемости, агрессивности и др.

Вовлечение специалистов во взаимодействие с ребенком происходило по следующей схеме. Детей 4-5-летнего возраста консультировали во внебольничных психиатрических учреждениях по поводу наличия у них нарушений поведения. Организовывалось получение “объективных” сведений

НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ ЛИЧНОСТИ И СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ  
НП «СИБИРСКАЯ АССОЦИАЦИЯ КОНСУЛЬТАНТОВ»

от лиц, ранее информированных матерью об особенностях ребенка в соответствии с нарративом того же содержания, который был предъявлен специалистам.

В дальнейшем, в связи с обострением ситуации, агрессивностью ребенка и попыткой совершить самоубийство, осуществлялась госпитализация в психиатрическую больницу, из которой через несколько дней ребенка выписывали с предположительным диагнозом прогрессивного психического заболевания. После выписки из стационара СМП «набирал обороты» с помощью активного распространения матерью прежних сюжетов, обогащенных новыми содержаниями, связанными с госпитализацией в психиатрическую больницу.

По мере достижения детьми подросткового возраста матери периодически вызывали на дом бригаду психиатрической скорой помощи. Вызовы происходили по следующему сценарию. Предъявляя к ребенку требования, вызывающие его протест, матери формировали у последнего нарастающее эмоциональное напряжение. Непоследовательность и непредсказуемость поведения матери проявлялась в том, что за один и тот же поступок ребенок мог быть или вознагражден, или наказан в зависимости от психологического состояния матери. На фоне эмоционального напряжения ребенка легко возникал конфликт, сопровождающийся агрессивным или суицидальным поведением, спровоцированным матерью.

В одном из наблюдавшихся нами случаев у подростка была диагностирована шизофрения, в результате чего его зависимость от матери значительно усилилась. В дальнейшем этот диагноз был признан ошибочным.

В другом случае мать специально препятствовала психофизическому развитию дочери, реализовывая стратегию воспитания по типу выраженной гиперопеки, что объективно блокировало формирование необходимых для каждодневного функционирования навыков. Так, например, после поступления дочери в школу она настояла на необходимости индивидуального обучения в домашних условиях, мотивируя необходимость приглашения преподавателей негативным влиянием школы на психическое состояние дочери, проявляющееся ночными страхами, кошмарными сновидениями, страхом темноты, контакта с незнакомыми детьми. Девочка неоднократно консультировалась детскими психиатрами и невропатологами, которым сообщалось о сноговорении дочери, возникновении непонятной задумчивости во время разговора, периодически возникающего неполного пробуждения со вставанием, принятием во сне сидячего положения. В рассказах об особенностях поведения и чертах характера дочери постепенно появлялся акцент на признаках психических отклонений, которые во многом совпадали с описаниями “эпилептоидности” в специальной литературе.

Несмотря на отсутствие у дочери диагноза эпилепсии, эпилептических припадков, нарушений сознания и других четких эпилептических эквивалентов (за исключением нарушений сна, интенсивность и частота которых в значительной мере преувеличивались матерью), мать говорила родственникам, знакомым и учителям, что дочь страдает эпилепсией. Девочке постоянно внушалось, что она больна эпилепсией и нуждается в постоянном контроле со стороны матери. Ее удалось убедить в том, что она не должна удаляться от матери на сколько-нибудь длительное время, и что многие виды игр и других активностей ей противопоказаны. Кроме того, мать постоянно обращалась к другим врачам (в том числе в других городах), добиваясь “правильной диагностики”.

Анализ приведенных случаев показывает, что психологическое содержание феномена СМП включает в себя, прежде всего, не стремление вызвать психическое расстройство как таковое, а преувеличение элементов поведения, не достигающих уровня психического расстройства, и распространение дискредитирующих ребенка сведений о наличии у него признаков психической патологии, соответствующих клиническим проявлениям, описанным в специальной литературе.

Анализ содержащихся в литературе данных и результатов собственных наблюдений свидетельствует о необходимой осторожности в оценке данных “объективного” анамнеза, составленного со слов матери, и необходимого внимания к возможному наличию СМП.

### **Список литературы:**

1. Abdulhamid, I. (2008) Munchausen Syndrom By Proxy. eMedicine Mar.26: 1-12
2. Artingstall, K. (1995) Munchausen Syndrome By Proxy. FBI Law Enforcement Bulletin August, 1-9.
3. Bentovim, A. (2001) In Gwen Adshead and Deborah Books (2001) Munchausen Syndrome By Proxy. Singapore. Imperial College Press.
4. Bools, C., Neale, B., Meadow, S. (1992) Co-Morbidity Associated With Fabricated Illness (Munchausen Syndrome By Proxy) Arch..Dis. Child. Januar 67(1): 77-79.
5. Gray, J., Bentovim, A. (1996) Illness Induction Syndrome. Child Abuse Negl. 20: 655-673.
6. Gregory, J. (2003) Sickened. New York. Bantam.
7. Hanon, K. (1991) Child Abuse: Munchausen Syndrome By Proxy. FBI Law Enforcement Bulletin, December, 8-11.



8. McClure, R., Davis, P., Meadow, S., Sibert, J. (1996) Epidemiology of Munchausen Syndrome By Proxy, Non-Accidental Poisoning, And Non-Accidental Suffocation. Arch. Dis. Child. July 75 (1): 57-81.
9. Meadow, R. (1977) Munchausen Syndrome By Proxy – The Hinterland Of Child Abuse. Lancet 2: 343-357.
10. Meadow, R. (1985) Management Of Munchausen Syndrome By Proxy. Arch. Dis. Child. April 60(4): 385-393., Lancet ii. 25-28.
11. Meadow, R. (1990) Suffocation, Recurrent Apnea And Sudden Infant Death. Jjournal of Pediatrics 117: 351-357/
12. Rogers, D., Trip, J., Bentovim, A. et al. (1976) Non-Accidental Poisoning: An Extended Syndrome Of Child Abuse. Br. Med. J. 703-796.
13. Schreier, H., Libow, J. (1993) Hurting For Love. New York. Guilford Press.
14. Schreier, H. (2004) Error In Munchausen By Proxy Defined. Pediatrics. June 113 (6): 1851-2.