

КАРТА ИНДИВИДУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА КАК ОБЪЕКТ КЛИНИКО-БИОГРАФИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Обоснован подход к изучению содержаний карты индивидуального развития ребёнка, расширяющий арсенал средств, применяемых в контексте клинико-психологического сопровождения и обеспечения педиатрической курации ребёнка. Описаны некоторые феномены текстов карты, отражающие вклад психологических и социально-психологических факторов в формирование тенденций индивидуального развития ребёнка в период от рождения до 17 лет.

Ключевые слова: карта индивидуального развития ребёнка; текст; содержание; значение.

Влияние психологических факторов на здоровье ребёнка от рождения до порога юности сегодня находит многостороннее отражение в работах исследователей проблематики детского психического и соматического здоровья [1–3]. Отражением тенденций научной клинической психологии на практике становится введение ставки клинического психолога в штат многопрофильных учреждений детского здравоохранения [4]. Начало интеграции службы психологической и службы педиатрической раскрывает в системной клинико-психологической практике новое проблемное поле. Это предполагает разрешение целого ряда принципиально новых социальных и профессиональных задач [5]. Одновременно с этим раскрываются перед клиническим психологом и ресурсы, встроенные в исторически сложившийся институт детского здравоохранения.

Принцип, обеспечивающий успешное разрешение клинических задач в междисциплинарной сфере, на стыке двух различных социальных практик, предполагает необходимость последовательного разграничения биологического, душевного и духовного с последующим установлением их взаимосвязей [6]. Поиск соответствующего этому принципу методического обеспечения требует адаптации уже известных методов к новым условиям и задачам. В таком случае последовательное изучение этих новых условий становится особенно актуальным. В настоящей статье мы рассмотрим карту индивидуального развития ребёнка (далее – *КИРР*) как объект клинико-биографического анализа с профессиональной позиции клинического психолога первичной педиатрической сети. Материал, составивший основание статьи, получен автором в процессе реализации проекта клинико-психологического сопровождения педиатрической курации на протяжении 2002–2006 гг. Клиническая база, на которой выполнено исследование, – поликлиническое отделение № 2 детской больницы № 1 города Томска.

КИРР (или форма 112) является основным документом, который отражает клиническую биографию ребёнка от момента рождения до 17 лет (в этом возрасте полномочия по обеспечению медицинской помощи подростку передаются из педиатрического в терапевтическое звено первичной врачебной сети). В пределах института первичной педиатрической помощи отдельные факты этого регистра традиционно рассматриваются как события исключительно биологической природы. Они составляют основание клинического взаимодействия представителей данной институционализированной практики внутри института педиатрической помощи. Они же определяют базис взаимодействия специалистов и представителей семьи ребёнка. Таким

образом, клинический психолог, обращаясь к текстам КИРР, должен, рассматривая биологические события, всякий раз искать возможность увидеть за ними те феномены, которые собственно к биологии не относятся. Решение этой задачи требует ответа на вопрос: в каких содержаниях и метасодержаниях КИРР факторы психологической и социально-психологической природы, задающие тенденции становления адаптивных систем организма наравне с биологическими, проявляют себя для клинического психолога, обеспечивающего сопровождение педиатрической курации.

Что же представляет собой структура КИРР и какой клинико-биографический материал может обнаружить психолог, обращаясь к этому документу? Основное содержание карты составляет материал последовательного и систематического врачебно-сестринского наблюдения процесса развития ребёнка. Регламент медицинского сопровождения развития ребёнка предусмотрен Приказом Минздрава СССР № 60, действующим на территории всех субъектов РФ по сей день. По мере необходимости к курации подключаются врачи узкой специализации (хирург, окулист, отоларинголог, невропатолог и т.д.). Номинальная кратность осмотров этими специалистами в контексте организации диспансеризации детского населения предусмотрена тем же документом. Кроме того, в карту вклеиваются или вкладываются все результаты лабораторных и функционально-диагностических исследований, проводимых по диагностическим или профилактическим показаниям; заключения специалистов региональных лечебно-диагностических центров, привлечённых к лечению или реабилитации ребёнка в особо сложных ситуациях; выписные эпикризы об обследовании и лечении в условиях стационара, а также заключения консультантов и экспертов, привлекаемых родителями к диагностике состояний ребёнка по собственной инициативе.

Для выявления социально-психологической составляющей содержания карты значимым является следующее положение. Подавляющее большинство интеракций врача и представителей семьи ребёнка хотя и регламентированы ведомственными нормативными документами, но инициированы родителями или иными осуществляющими уход за ребёнком лицами. Исключения составляют клинические ситуации, связанные с врачебным наблюдением в период новорожденности и курацией болеющего ребёнка до года. Следовательно, появление врачебной записи или данных клинического обследования означает, что **родители ребёнка проявили некоторую активность** в контексте взаимодействия с представителями лечебно-

профилактической службы. Таким образом, даже если соматическое событие, отражённое в Карте, имеет исключительно биологическую природу (например, «...ушибленная рана головы» или «...повторная рвота на фоне гипертермии»), то психологическую природу имеет сам факт обращения родителей за медицинской помощью. Каждая подобная ситуация объективируется и фиксируется в Карте как некий *отдельный* исторический факт. Однако документ в целом представляет достаточно точный продольный слепок *ритма и интенсивности* взаимодействия представителей родительской семьи и социального института педиатрической помощи на протяжении всего периода наблюдения ребёнка. Изучая динамику этого ритма и закономерности изменения интенсивности означенного выше взаимодействия, мы могли бы выявить некоторые характеристики отношения родителей к ребёнку, выражаемого в заботе о его здоровье. Это лишь один из аспектов, в котором клиническому психологу мог бы быть интересен материал КИРР. Рассмотрим иные возможности.

Выше мы обратили внимание на то, что структурной единицей текста КИРР является врачебная запись, содержащая протокол отдельного врачебного освидетельствования ребёнка. Чтобы обнаружить знаки, в которых кодируется в Карте психологически значимая информация, рассмотрим структуру типичной врачебной записи.

При приближенном рассмотрении структуры врачебной записи мы обнаруживаем два конструктивно-содержательных блока.

Первый из рассматриваемых нами содержательных компонент КИРР – блок содержаний, *отражающих некоторую реальность*, констатирующий наличие и выраженность феноменов, объективно проявляющих себя в поле врачебного взгляда.

Содержания этого блока описывают как status present, так и клинические феномены (например, *снижение количества эритроцитов, изменение параметров сердечного ритма или кровенаполнения сосудов головного мозга*), эксплицируемые лишь посредством инструментального или лабораторного обследования.

Блок представлен языком чисел, или концептов описывающих чётко очерченные параметры телесной организации. Таким образом, в этом разделе мы сталкиваемся с множеством значений, которые несут функцию знака, но ни в коей мере не отражают динамику семиотической системы в целом (в данном случае мы отталкиваемся от положений А.Ш. Тхостова, рассматривающего феномен болезни как специфическую семиотическую систему [7]).

Второй из рассматриваемых нами конструктивно-содержательных элементов КИРР – блок содержаний, *конституирующих или преобразующих некоторую реальность* посредством смещения фокуса внимания специалистов, в руки которых затем попадает Карта. Это – блок собственно врачебного заключения, сутью которого становятся:

а) *квалификация* всех клинически значимых изменений в системе значений конкретной медицинской парадигмы, что предполагает наличие единого взгляда на этиологию и патогенез конкретного состояния. Взгляд, обеспечивающий систематизацию обозначен-

ных клинических феноменов сегодня обеспечивается категориальным аппаратом МКБ-10;

б) *формулировка предписаний*, определяющих действия субъектов диагностического и реабилитационного процесса, и *заключение о выполнении* этими субъектами рекомендаций, сделанных на предшествующих этапах. Отталкиваясь от положения, означенного нами выше, мы в качестве таковых субъектов рассматриваем прежде всего представителей семьи ребёнка, инициирующих последующие интеракции с представителями института педиатрической помощи.

Как и содержания первого из рассмотренных нами конструктов КИРР, тексты этого блока изложены языком стереотипных скриптовых форм. Однако здесь уже наблюдается определённая динамика значений. Так, квалифицируя определённое событие жизни организма ребёнка, врач выводит его из контекста страдания ребёнка или опасений родителей (феноменов, выражаемых посредством дискурса межличностного взаимодействия внутри конкретной родительско-детской диады) и вводит в профессиональный медицинский дискурс. Содержания, связанные с формулировкой предписаний и регистрацией их выполнения, в свою очередь, отражают нюансы социального взаимодействия между представителями социального института детского здравоохранения и родителями ребёнка, становящимися реципиентами обозначенных в Карте рекомендаций. Опосредованно становится доступным вниманию психолога исторический, продольный срез динамики социальной активности родителей, ориентированный на здоровье ребёнка. В этом срезе открываются феномены, проливающие свет на некоторые актуальные психологические и социально-психологические сложности ребёнка и на проблематику соматопсихических и психосоматических взаимосвязей его организма.

С нашей точки зрения, к части врачебной записи КИРР, подлежащей дальнейшему анализу, может быть отнесён ещё один её раздел, содержащий краткий (чаще – наикратчайший) протокол родительского сообщения об определённой реальности, преобразующейся и изменяющейся под воздействием факторов, природа которых при первом приближении к проблеме далеко не очевидна. Это блок, в котором отражены *жалобы*, предъявляемые родителями, на состояние ребёнка, а также скрипты врачебной записи, отражающие субъективный статус самого ребёнка (параметры, отражаемые врачом в контексте оценки субъективного статуса: настроение, активность, доступность контакту). Содержания этого блока, с нашей точки зрения, достаточно скупое отражают промежуточный шаг от межперсонального дискурса к дискурсу медицинскому, тем не менее, могут представлять интерес для углублённого понимания ситуации в наиболее ярких случаях.

С другой стороны, степень соответствия назначенных и выполненных врачебных рекомендаций, анализ степени дифференцированности и своевременности предъявления жалоб родителями может быть положен в основание некоторых гипотез, например об установках родительской семьи в отношении здоровья ребёнка, значимости его субъективного состояния, внимания, проявляемого родителями к минимальным проявлениям нездоровья ребёнка.

Для понимания рассмотренных нами выше клинических ситуаций мы обратимся к концептуальному аппарату языка, в терминах которого маркируется характер врачебного освидетельствования состояния ребёнка, производимый участковым педиатром. Ниже мы приводим список основных лексем, применяемых в этом контексте, и даём абрис поля их значений в контексте клинико-психологического взгляда на тест и содержание КИРР.

Патронаж – посещение и осмотр здорового ребёнка врачом на дому. В соответствии с Приказом № 60 МЗ СССР в период новорожденности здоровый ребёнок врачом на дому наблюдается еженедельно; затем в течение трёх последующих месяцев жизни – один раз в месяц. В последующий период наблюдения **врачебный осмотр здорового ребёнка** в установленные сроки проводится только на территории **участковой поликлиники**. Таким образом, в ситуации последовательного сотрудничества родителей с представителями поликлинической службы и ориентации родителей на раннее выявление ситуаций, неблагоприятных для здоровья ребёнка, запись «патронаж» элиминируется из текста КИРР. Означаемое появление этой записи в период от 3 месяцев до оформления в детское дошкольное учреждение буквально следующее: родителями по какой-то причине пропущен приём в декретированный срок, в который должен быть проведён профилактический осмотр ребёнка. При различных комбинациях с другими рассматриваемыми нами знаками этот феномен Карты может нести сообщение:

- о периоде напряжения в семейной системе, имеющем ситуативный характер и пережитом ребёнком без каких-либо психологических и соматических последствий;

- устойчивом пренебрежении родителей к соматическим потребностям ребёнка;

- низкой мотивации родителей к сотрудничеству с конкретным специалистом вследствие конфликтной или неконструктивной позиции (с той или иной стороны) представителей родительской семьи с врачом, осуществляющим курацию ребёнка;

- привлечение к курации ребёнка третьих лиц и необъявленный выход семьи из сферы бюджетной педиатрической помощи.

Актив – посещение врачом на дому больного (остро заболевшего и находящегося на амбулаторном лечении) ребёнка. В соответствии с регламентом педиатрического наблюдения дети первого года жизни курируются врачом на дому до полного выздоровления; дети в возрасте 1–3 лет наблюдаются на дому до устойчивого улучшения состояния. Таким образом, психологически значимую информацию дают ситуации, в которых ребёнок старше года в ситуации заболевания наблюдается **исключительно** на дому, с большими промежутками между визитами врача. Чаше всего за подобным феноменом скрывается устойчивое пренебрежение родителей к базовым потребностям ребёнка, лишение его заботы и внимания. Фокус ответственности за здоровье и благополучие ребёнка в таких случаях сдвигается в сторону представителей лечебно-профилактического учреждения.

Вызов – осмотр ребёнка и оказание врачебной помощи на дому по инициативе родителей. Запись «Вы-

зов» несёт сообщение о некоторой активности родителей в отношении идентификации неблагополучия ребёнка и принятия ответственности за инициацию интеракций с врачом. Качество подобной активности помогают установить дополнительные маркеры. Например, повторные заключения: «Здоров», завершающие запись типа «Вызов», достаточно характерны для тревожного, гиперопекающего родительского стиля [8]. Пометки типа: «Болен в течение недели», предваряющие основную часть записи, говорят о снижении внимания родителей к соматическому здоровью ребёнка. Значимым является возраст, в котором феномен позднего обращения к врачу проявляет себя. Так, феномен отсроченного вызова появляется после достижения ребёнком подросткового возраста в случае его высокой автономии при вполне благоприятном для развития личности родительском отношении. Это свидетельствует об активности процесса сепарации и переходе ответственности за поддержание здоровья от родителей к ребёнку (задача, адекватная для этого возрастного этапа). Устойчивая тенденция к повторению вызовов, отсроченных от начала заболевания, в младшем (особенно в дошкольном) возрасте может быть правомерно интерпретирована как маркер скрыто-отвергающего отношения родителей. Повторяемость соответствующих записей часто сочетается с прямыми указаниями врача на высокую степень социального и социально-психологического неблагополучия семьи ребёнка.

Приём – запись означает, что ребёнок осмотрен врачом на территории поликлиники. Модальность приёма различна, может иметь профилактический, диагностический, реабилитационный или терапевтический характер. Приём может быть обусловлен регламентом получения каких-либо социальных льгот (социальное пособие, бесплатное детское питание и т.д.). Таким образом, появление в КИРР записи «Приём» отражает активность родителей в инициации интеракций с педиатром. При этом качество и целесообразность этой активности могут быть идентифицированы лишь в рассмотрении соотношения профилактического, диагностического, реабилитационного и терапевтического дискурсов на протяжении всего периода наблюдения

Комплексная оценка соответствия дискурсов медицинской помощи, представленных в текстах КИРР, даёт основания для качественной оценки активности родителей, ориентированной на обеспечение здоровья ребёнка. В тексте Карты проступают черты некоторых образований сферы родительских отношений. Это обеспечивает специалисту возможность уже до встречи с семьёй генерировать рабочие гипотезы о психологических предпосылках той или иной соматической дисфункции. Важно, что подобные возможности в большей степени обеспечивают не только свободу и гибкость, но и точность диагностических или корректирующих интервенций.

Подводя итог сказанному выше, акцентируем следующие положения:

1. Текст КИРР содержит не только точный клинико-биографический слепок траектории соматовисцерального и, в некоторых случаях, соматопсихического развития ребёнка, но и несёт метасообщение:

– о тенденциях развития социального взаимодействия представителей медицинского учреждения, осуществляющего курацию ребёнка, с представителями его семьи, являющимися пользователями этого вида медицинской помощи;

– наиболее устойчивых феноменах сферы родительских отношений, в качестве одной из своих составляющих включающей ценностное отношение родителей к благополучию ребёнка (соматическому).

2. Факторы психологической и социально-психологической природы, задающие тенденции становления адаптивного потенциала организма ребёнка наравне с биологическими факторами, не описаны в КИРР непосредственным образом. Они могут быть обнаружены в процессе изучения ритма, последовательности и согласованности инициированных родителями и родственниками ребёнка интеракций с представителями института педиатрической помощи и стратегий родительской семьи в выборе и реализации возможно-

стей, представляемых данным социальным институтом, и составляют своего рода метасодержание Карты.

3. Отдельная врачебная запись КИРР не несёт законченного сообщения об особенностях ценностных установок родительского окружения в отношении здоровья ребёнка и феноменах внутрисемейного микрокосма, определяющих некоторые тенденции развития ребёнка, но встраивается в него в процессе последовательного изучения текста Карты.

Указанные феномены КИРР не умозрительны и могут быть доступны любому специалисту, обладающему необходимыми навыками работы с врачебной документацией.

Мы полагаем, что развитие описанных методов работы с КИРР и применение их в практике психологического сопровождения педиатрической курации ребёнка открывает клиническому психологу доступ к внутреннему потенциалу института детского 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. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. СПб.: Союз, 1998. 336 с.
3. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Специальная литература, 1996. 454 с.
4. Кравцова Н.А. Роль детско-родительских отношений в формировании психосоматических нарушений у детей (динамическая модель психосоматического дизонтогенеза) // Сибирский психологический журнал. 2005. № 22. С. 13–18.
5. Тюлюпо С.В. Соматопсихическое развитие личности: возможности прогноза и превенции девиаций в детском возрасте // Методологические проблемы современной психологии: иллюзии и реальность: Материалы Сибирского психологического форума. Томск, 2004. С. 472–478.
6. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. С. 1056.
7. Тхостов А.Ш. Болезнь, как семиотическая система // Вестник МГУ. Сер. 14. 1993. № 1. С. 3–16.
8. Тюлюпо С.В. Мать и ребёнок: общение в свете психосоматической парадигмы // Сибирский психологический журнал. 2001. № 14–15. С. 77–85.

Статья представлена научной редакцией «Психология и педагогика» 10 октября 2009 г.