

**Т.С. Кривоногова<sup>1</sup>, Н.А. Тренькаева<sup>2</sup>, С.В. Тюлюпо<sup>2</sup>,  
Т.Е. Левицкая<sup>2</sup>, Ю.А. Бабикова<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Сибирский государственный медицинский университет (Томск, Россия)

<sup>2</sup> Томский государственный университет (Томск, Россия)

### **Тенденции отражения симптомокомплекса ППЦНС в жалобах матери при взаимодействии с педиатром**

*Актуальность статьи обусловлена востребованностью подходов раннего выявления индикаторов и предикторов вариативных девиаций психического и социально-личностного онтогенеза у детей с перинатальным поражением центральной нервной системы (ППЦНС). Мы сделали попытку рассмотреть такой тривиальный феномен педиатрической практики, как жалобы матери на состояния ребёнка, входящие в структуру клинических проявлений ППЦНС с позиций представлений о многоуровневом опосредовании интегративных взаимосвязей конституционально-биологических, психологических и социальных факторов онтогенеза. С этой точки зрения переосмыслены данные, полученные в процессе педиатрической курации 107 детей с диагнозом ППЦНС. В этом контексте клиническая динамика объективных проявлений симптомокомплекса ППЦНС соотнесена с динамикой фокуса материнских жалоб, предъявляемых педиатру на протяжении первого года жизни ребёнка. Обнаружена неоднозначность репрезентации объективных проявлений ППЦНС в дискурсе взаимодействия матери с педиатром. Полученные результаты осмыслены с позиций представлений о многоуровневых взаимосвязях биологической, психологической и социальной составляющих онтогенеза. Это позволило установить зоны включения клинического психолога в процессы мультипрофессионального сопровождения детей с ППЦНС и ключевые области востребованности психологического знания на самых ранних этапах этого процесса.*

**Ключевые слова:** *ребёнок; перинатальное поражение центральной нервной системы; симптомокомплекс; жалобы матери; педиатрический приём.*

Одним из актуальных вопросов современной педиатрии и психологии развития является разработка эффективных моделей раннего выявления конституционально-биологических, психологических и социально-психологических предикторов девиаций соматопсихического и психосоциального развития.

Перинатальное поражение центральной нервной системы (ППЦНС) является одним из биологических факторов, действующих на ранних онтогенетических этапах. Его вклад в формирование функциональной церебральной основы высшей психической деятельности достаточно полно раскрывают современные исследования в области нейропсихологии разви-

тия. Симптоматика ППЦНС накладывает отпечаток на нормативно гетерохронные процессы формирования церебральных функциональных систем, способствуя формированию вариативных дисфункциональных паттернов вегетативной регуляции соматических функций [1–2].

Спектр отдалённых последствий перинатальной патологии центральной нервной системы (ППЦНС) у детей раннего возраста включает вариативные формы нарушений психической саморегуляции базового и высшего уровня, которые в дальнейшем приводят к возникновению соматических заболеваний или становятся основой для их формирования [1, 3].

Между тем форма, в которой проявит себя перинатальная проблематика у конкретного ребёнка, далеко не всегда прогнозируема [3]. Это обусловлено высокой степенью опосредования компенсаторных механизмов онтогенеза коммуникативными процессами в материнско-детской диаде. Так, исследования Е.И. Николаевой и В.С. Меренковой показали, что при определённых особенностях эмоционального отклика матери на потребности ребёнка в группе детей с клинически выраженными формами ППЦНС значительное количество детей достигает практически полной редукции клинических проявлений симптомокомплекса ППЦНС [4].

Таким образом, значение социально-психологических факторов, связанных с качеством отношений в диаде мать – ребёнок, сегодня не ставится под сомнение. Однако биологическая ослабленность ребёнка актуализирует специфические тенденции формирования интегративных характеристик диадических интеракций с матерью [5, 6]. Механизм этой взаимосвязи не раскрыт в полной мере. Кроме того, в арсенале педиатра практически отсутствует надёжный инструментарий, позволяющий выявлять и контролировать риски нарушения экологического баланса в коммуникативной триаде, включающей мать, ребёнка и медицинского работника. Этот дефицит при неоднозначности результата соматопсихического и психосоциального развития ребёнка с ППЦНС затрудняет его мультипрофессиональное сопровождение, препятствует достижению информированного согласия, эффективному обмену информацией, необходимой для своевременной помощи ребёнку. Преодоление этих затруднений требует переосмысления условий задач, стоящих перед участниками этого процесса, и в первую очередь перед педиатром, который первым из многих сталкивается с проявлениями дефицита биологических ресурсов здоровья ребёнка. Это переосмысление стало целью нашего исследования.

### **Материал и методы исследования**

В качестве первого шага в этом направлении мы попытались выявить эмпирически доступные для врача индикаторы принципиальной перестройки внимания матери, заданной необходимостью проявлять заботу об обусловленных симптомокомплексом ППЦНС потребностях ребёнка.

В этом контексте мы отталкивались от феноменов, наиболее доступных восприятию врача в пределах его рутинной, повседневной практики.

С этой точки зрения особый интерес для нас представляют жалобы матери как феномен, объединяющий в единый узел:

- реальность функционирования организма ребёнка;
- субъективные основания материнской заботы о его благополучии;
- основание для помогающего вмешательства педиатра.

В традиционной модели амбулаторной педиатрической помощи именно характер жалоб определяет одно из условий решаемой врачом задачи – принятие решения о назначениях, корригирующих патологические состояния ребёнка или предупреждающих их появление. Между тем педиатром традиционно не учитывается, что сама по себе необходимость регулярно удерживать в поле зрения отдельные особенности функционирования организма ребёнка накладывает отпечаток на восприятие матерью самощенных проявлений жизненной активности ребёнка как целостного существа. Такая деформация субъективных оснований материнской заботы, в свою очередь, задаёт тенденции преобразования социальной экологии семейной общности как фундамента социально-личностного онтогенеза ребёнка.

В соответствии с целью, заявленной выше, наше исследование имело поисковый характер. Его методологический базис составили представления о множественной и многоуровневой опосредованности процессов психического онтогенеза личности Г.В. Залевского и концепция болезни как семиотической системы А.Ш. Тхостова. При этом мы рассматриваем мать и ребёнка как равнозначных акторов семейной экосистемы, а педиатра – как внешнего по отношению к ней агента действия, обладающего некоторым ресурсным потенциалом для оптимизации её внутреннего экологического ландшафта.

Предметом нашего внимания стали речевые паттерны материнских сообщений, адресованных врачу-педиатру и описывающих проблематику функционирования биологического организма ребёнка. В педиатрическом дискурсе они традиционно описываются конструктом «жалобы».

Группу респондентов составили 107 детско-материнских диад, обратившихся за консультацией к педиатру или неврологу по поводу проявлений перинатального поражения центральной нервной системы. Конкретная диада включалась в исследование на основании:

- возраста ребёнка (до 1 года);
- наличия клинических проявлений ППЦНС;
- наличия жалоб матерей на те или иные проявления дисфункций организма ребёнка или устойчивые нарушения его самочувствия и поведения.

Таким образом, критерий включения учитывал наличие объективных проявлений симптомокомплекса ППЦНС и наличие речевых индикаторов фиксации внимания матери к проявлениям дисфункции организма ребёнка.

Из группы наблюдения были исключены диады с недоношенными детьми и детьми с тяжелой церебральной патологией (внутричерепные кровоизлияния IV степени, перивентрикулярная лейкомаляция) в связи с

высоким процентом психоневрологических расстройств у данного контингента, маскирующих динамику более «мягких» дисфункций.

По ведущему звену патогенеза из 107 доношенных детей с гипоксически-ишемическими или геморрагическими поражениями головного мозга были выделены группы:

- с лёгкими формами (I–II степени) церебральной ишемии – 77 детей;
- с внутримозговыми кровоизлияниями I–II степени – 21 ребёнок;
- с церебральной ишемией III степени – 9 детей.

Уровень их нервно-психического развития оценивался в соответствии со стандартами комплексной оценки состояния здоровья, входящей в традиционный пакет диагностического педиатрического скрининга. Все дети, вошедшие в данную группу, наблюдались в соответствии с типовым регламентом педиатрической курации: осмотрены неонатологом, педиатром, неврологом и психоневрологом. Следовательно, в данной группе матерей можно было с высокой степенью вероятности исключить наличие первично выраженных тенденций к пренебрежению заботой о витальных потребностях ребёнка [7].

В группе матерей отслеживались базовые паттерны жалоб. Контролировался фокус материнских сообщений специалистам о состояниях ребёнка. В соответствии с этим контроль динамики преобразования фокуса внимания матери в процессе развёртывания клинических проявлений ППЦНС по мере развития ребёнка мы рассматривали как основную задачу. Целесообразность её решения, с нашей точки зрения, состоит в следующем. С одной стороны, это позволяет нам выделить ранние маркеры возможных индукций со стороны матери, наслаивание которых на клинический симптомокомплекс ППЦНС создаёт объективные предпосылки к формированию психосоматических нарушений [7–8]. Их обнаружение даёт нам основания для включения клинического психолога в процесс мультипрофессиональной курации развития ребёнка. Одновременно, соотнося жалобы матерей с хронологией проявления конкретного клинического симптомокомплекса, мы раскрываем динамику встраивания ситуативно обусловленных перцептивных паттернов матери в устойчивые стилевые характеристики заботы о здоровье ребёнка [9].

### **Обсуждение результатов**

В нашем исследовании у 30,6% детей в структуре клинических проявлений ППЦНС доминировал синдром вегетативной дисрегуляции функций пищеварительного тракта.

Одним из наиболее ранних объектов фиксации в этой группе симптомом являлись нарушения глотательного акта. Матери обращали внимание на частые поперхивания ребёнка при сосании, длительное удержание пищи во рту (при отсутствии парезов оральной мускулатуры), уменьшение потребности в приеме и объеме пищи. В 18,7% случаев наблюдались срыгивания, обусловленные дискоординацией пищеводно-желудочного

сфинктера. В наиболее выраженных клинических ситуациях, сопровождавшихся проявлениями желудочно-пищеводного рефлюкса (симптомокомплекс наблюдался у 8,7% детей), и случаях проявления функционального неврогенного пилороспазма (11,9% детей в данной подгруппе) матери отмечали у ребёнка позывы на рвоту. В отдельных случаях в пределах данной подгруппы внимание матерей оставалось фиксированным на особенностях функционирования верхних отделов пищеварительного тракта ребёнка даже после исчезновения объективных проявлений дисфункции. Матери говорили, что ребёнок плохо глотает, часто икает, что его тошнит. Между тем они не могли описать объективные признаки наличия тошноты у малыша.

Следующим объектом фиксации материнского внимания, очевидным для педиатра, становились проявления вегетовисцеральных дисфункций с преобладанием проявлений сосудистой дисрегуляции.

В эту подгруппу вошли 39,3% младенцев. У детей первых трех месяцев жизни была выражена лабильность сосудистого тонуса, отмечался «мраморный» рисунок кожи, периоральный цианоз (синюшный оттенок носогубного треугольника), преходящий акроцианоз (синюшный оттенок пальцев) и потливость. На протяжении более длительного времени наблюдались похолодание дистальных отделов кистей рук и стоп, даже при поддержании адекватного температурного режима. У ряда детей регистрировались приступы внезапного покраснения или побледнения кожных покровов.

У 13,5% детей с нарушениями сосудистого тонуса сочетались паттерны нарушенной терморегуляции. В этих случаях у детей наблюдалось достаточно регулярное повышение температуры тела до субфебрильных цифр (37,2–37,3°C). Нестабильность терморегуляции наблюдалась в первые 2–4 месяца жизни при отсутствии вирусной или бактериальной патологии. В неонатальном периоде у 9,8% детей были отмечены дыхательные расстройства, которые проявлялись в виде кратковременного диспноэ (аритмичность дыхания). Во втором полугодии у 11,7% детей наблюдалось длительное затрудненное носовое дыхание.

Тенденции встраивания ситуативно обусловленных паттернов восприятия матерью состояния малыша в стилевые характеристики её заботы о здоровье ребёнка в этой группе были неоднородны. Особо интенсивную тревогу у матерей вызывали приступы апноэ (кратковременное прекращение дыхания). Некоторые матери проявляли повышенную обеспокоенность наличием эпизодов повышения температуры. Достаточно часто они воспринимали повышение температуры как проявление симптомов инфекционного заболевания. Это приводило к ложным, часто повторным вызовам педиатра. Сочетание эпизодов гипертермии с приступами диспноэ (нарушение ритма дыхания) часто квалифицировалось как проявление вазомоторного ринита и вводилось в дискурс курации отоларингологом. К назначению патогенетической (неврологической) терапии это не приводило, так как другие проявления симптомокомплекса ППЦНС (потливость, цианоз, мраморность кожи) достаточно быстро переставали восприниматься матерями как основание обращения за медицинской помощью и рассматрива-

лись ими как фоновые характеристики индивидуальной нормы здоровья или как проявление вялотекущих интеркуррентных (сопутствующих) заболеваний респираторно-вирусной природы.

Практически не находили места в жалобах матерей и эпизоды гипотермии, которые зачастую становились случайной находкой. То есть происходило перераспределение акцентов внимания матери. Максимальную репрезентацию в её жалобах находили паттерны дизрегуляции витально значимых (дыхание) или регулярных (глотание, стул) функций. Паттерны восприятия дисфункций гиперергического регистра (гипертермия), как правило, достаточно быстро принимали характер триггера обращения к педиатру, в то время как гипозергические паттерны нивелировались. Таким образом, собственно симптоматика ППЦНС, в действительности требующая активного проведения реабилитационных мероприятий, оставалась вне поля зрения матери и обнаруживалась врачом при диспансерном осмотре или случайным образом.

Поведение матерей в поле медицинского сервиса приобретало несколько противоречивый характер. Они проявляли избыточную озабоченность здоровьем ребёнка, преувеличивая его подверженность возможным инфекциям, и одновременно демонстрировали сниженную чувствительность к реальным маркерам неврологического неблагополучия малыша.

Описанный феномен мы склонны рассматривать как своеобразный дебют формирующегося неблагоприятного стиля попечения матери о здоровье ребёнка [9].

Третья подгруппа наблюдаемых нами детей включала малышей с проявлениями неврологических дисфункций, входящими в симптомокомплекс гиперрефлекторной возбудимости и двигательных нарушений и в структуру гипертензионного синдрома. Для этой группы малышей были характерны вариативные признаки задержки (на 1–2 эпикризных срока) или дисгармоничности нервно-психического развития. Здесь в значительной доле случаев мы обнаруживали вариативные дисфункциональные проявления в эмоциональной аранжировке поведения. У многих детей данной группы период бодрствования проходил в активном возбуждении с доминированием отрицательных эмоциональных реакций. Состояние положительного эмоционального возбуждения возникало редко и, возникнув, быстро истощалось. У 48,7% детей отмечались вариативные проявления сенсомоторной дисфункции, признаки гипер- или гипоактивности, слабая готовность удерживать внимание. Это сочеталось с выраженными нарушениями процессов консолидации сна и бодрствования, проблемами с инициацией и поддержанием сна. Нарушения засыпания, множественные пробуждения ребёнка в течение ночи, кратковременность периодов сна, эпизоды ночного беспокойства в этой группе детей становились стабильным фокусом фиксации внимания матерей. При этом параллельно с предъявлением жалоб на диссомническую симптоматику у ребёнка женщины прямо или косвенно указывали на выраженную фрустрацию собственной потребности в сне и отдыхе.

27% младенцев, по словам матерей, не просыпались или засыпали во время сосания. Это в значительной степени препятствовало установлению диадического контакта с матерью или взрослым, осуществляющим кормление ребёнка, снижало мотивацию взрослых инициировать и поддерживать коммуникативное сопровождение этого процесса. Проблематика установления и развития диадического контакта матери и ребёнка в данной группе в значительной степени осложнялось тем, что наиболее ранними проявлениями синдрома моторных нарушений являлись выраженные трудности захвата и удержания соска, которые далеко не всегда удавалось преодолевать матерям. В значительной доле случаев это приводило к отказу от груди.

В этой группе детей, так же как и в первой, были достаточно выражены проявления вегетативной дисфункции. При этом в структуре симптомокомплекса преобладала проблематика функционирования нижних отделов пищеварительного тракта, иногда сочетающаяся с проявлениями экссудативно-катарального диатеза. У 18,6% детей с выраженными эмоциональными реакциями выявлялись нарушения функции кишечника, склонность к диспепсии (нарушение пищеварения) при нормальных показателях копрологических и бактериологических исследований. Диспепсии у детей сопровождалась урчанием, явлениями метеоризма. У детей (14,9%) с эмоциональным угнетением отмечались склонность к спастическим запорам, урежению стула и затруднение при дефекации. Проявления дисфункций вегетативного регистра также вызывали тревогу матерей и становились объектом фиксации их внимания. При этом во многих случаях происходило выраженное перераспределение модальности внимания женщин. В таких случаях они инициировали взаимодействие с другими специалистами педиатрического сервиса (гастроэнтеролог, инфекционист), которое зачастую становилось доминирующим, вытесняя дискурс неврологической реабилитации. При этом дискурс неврологической курации вновь активировался в значительно более отдалённый период (3–4 года), когда в профиле дисфункций уже массивно выступали проблематика эмоциональной саморегуляции (в этом ряду и неврозоподобная симптоматика), диссомническая проблематика, нарушения коммуникации в дошкольном учреждении с выраженными элементами дефицита функции внимания, вариативные дизартрические нарушения.

В этой подгруппе около 21% детей проявляли выраженные признаки снижения интенсивности эмоциональной экспрессии, коммуникативных и ориентировочно-познавательных паттернов. Значительная часть периода их бодрствования протекала в пассивном бездействии. Отмечалось снижение эмоционального контакта со взрослыми, отсутствовала улыбка. Её появлению предшествовал длительный латентный период. Мимика детей чаще выражала страдание и боль. Реакция на любой психофизический стимул сопровождалась немодулированным криком или продолжительными монотонно повторяющимися звуками. Развитие экспрессивного компонента в структуре комплекса оживления было скудным. Зачастую отмечалось безразличие ребёнка к происходящему, прослеживались реакции от-

странения. Репертуар действий с предметами мог быть сужен. У детей данной группы достаточно часто задерживалось формирование первичных вокализаций, обнаруживал себя дефицит эмоционально-выразительных средств. Дети дольше продолжали использовать примитивные звуковые сигналы или крик, позже начинали устанавливать и поддерживать зрительный контакт, улыбаться, понимать жесты. Эти особенности поведения детей обращали на себя внимание специалистов комнаты здорового ребёнка и медработников, ведущих их постоянное наблюдение. В дискурсе материнских жалоб эта симптоматика маркировалась как капризность, хныканье и рассматривалась не как проявление неврологической дисфункции, но как устойчивая черта характера ребёнка, особенность его коммуникативной сферы. Вместе с этим проблематика капризов достаточно быстро (уже после 6 месяцев) выводилась из поля взаимодействия с педиатром и неврологом. Между тем именно в этот период последовательное осуществление системных реабилитационных мероприятий могло бы в значительной степени оптимизировать эмоциональный статус малыша [1, 2, 10].

При попытке соотнести столь разнородные феномены с классификациями, применяемыми сегодня в клинической педиатрии, мы обнаруживаем, что ядерная проблематика, характерная для этих детей, относится к принципиально различным таксонам. Соответственно, коррекция этих состояний требует принципиальной дифференциации базовых медико-реабилитационных стратегий, на выбор которых накладывают отпечаток и степень «чистоты» или профиль сочетанности наблюдаемых дисфункций.

Однако, рассматривая семиотику ППЦНС в данной группе с точки зрения представлений о закономерностях психического развития, мы обнаруживаем, что все приведенные нами случаи содержат универсальный компонент. Его ядро составляют вариативные формы дисфункциональной организации и регуляции различных форм активности ребёнка как фундаментального субстрата и фактора психического онтогенеза [11]. Его изначальное поражение запускает процессы вариативных отклонений развития коммуникации ребёнка со средой. Первичным образом это касается интерактивных процессов в материнско-детской системе.

Таким образом, базовые характеристики клинических проявлений симптомокомплекса ППЦНС у детей, включённых в наше исследование, в значительной степени соответствуют многочисленным данным, полученным ранее [3]. Между тем обнаруженные нами фиксации внимания матерей на частных проявлениях жизнедеятельности ребёнка, заданные клиническими обстоятельствами, ранее не обсуждались в отечественных исследованиях и были исключены из профессионального дискурса педиатрической курации детей с ППЦНС.

В современной психологии в значительной мере освещены закономерности и механизмы формирования многоуровневых взаимосвязей между параметрами соматической конституции ребёнка и спецификой архитектоники его психической организации [2]. Так, например, связанное с дисфункциональным статусом эмоциональной активности ребёнка каче-



ство экспрессии его потребностных состояний лежит в основании механизма привязанности, актуализирующегося на ранних этапах онтогенеза [5, 6]. Девиации данного феномена рассматриваются сегодня как основа для возникновения множества отклонений развития, психосоматического, невротического и патопсихологического регистров. На этом же основании формируются предпосылки неблагоприятного стиля детско-родительского отношения, общения, взаимодействия [2, 8, 12].

Следует учитывать, что пусковым фактором деформации материнского отношения закономерно может становиться не только первичное неприятие матерью ценности материнства, но и объективно существующая депривация её базовых потребностей, сопряжённая с необходимостью особой заботы о здоровье ребёнка [12, 13]. Этот феномен подробно раскрывается в исследованиях, посвящённых проблематике материнства в семьях детей с особыми потребностями в уходе [14]. В эту группу традиционно включаются дети с высоким риском инвалидизации вследствие грубых дефицитов конституциональной природы (ДЦП, сенсорные дефекты и т.д.) либо с фатальными заболеваниями или последствиями таковых [15].

Статус детей, входящих в нашу выборку, не может служить причиной для их обособления на подобном основании. Тем не менее фрустрация собственных потребностей матери в сне и отдыхе становится имманентным фоном для жизненной ситуации матерей, входящих в третью подгруппу. В таком случае уместно предполагать, что деформация диадических отношений здесь имеет ту же природу, что и в случае матерей, воспитывающих «особенных» детей. Состояние матери, обусловленное длительной депривацией её витально значимых потребностей, делает её поведение иррациональным, импульсивным, приводит к критическому уровню астенизации саморегуляторного потенциала. Она становится менее чувствительной к потребностям ребёнка, в меньшей степени готова различать нюансы его функционального состояния [12].

Эти закономерности универсальны и сегодня находят массивные эмпирические подтверждения в исследовании условий развития здоровых детей. Так, исследование A.R. Cooklin и соавт., включившее 1 276 родителей здоровых детей в возрасте от рождения до 5 лет, показало, что усталость родителей в значительной степени снижает их теплоту и отзывчивость на эмоциональные потребности ребёнка, их вовлечённость в совместную деятельность, общение и взаимодействие с ним. Уставшие родители более раздражительны, отчужденны, в большей мере склонны контролировать поведение ребёнка, негативно реагируют на его поступки [12].

Восприятие соматического и психического статуса ребёнка становится диффузным, жалобы, адресованные врачу, – недифференцированными [9]. Мать особенно чувствительна к любым сообщениям врача о состояниях и факторах, требующих дополнительного контроля. Она может отвечать эксплозивной эмоциональной реакцией на малейшее замечание со стороны медперсонала или других пациентов. Развитие конфликта с медработниками или разрыв коммуникации с ними в таких ситуациях законо-

мерны. Для матери они имеют защитно-охранительное значение, но приводят к срыву достижений предшествующего этапа абилитации [9].

Таким образом, специалистам, работающим с такими матерями, необходимо понимать, что многие из проблемных форм их взаимодействия с ребёнком или специалистами медицинского сервиса являются не виной, но бедой этих женщин. Их преодоление может быть результатом последовательных усилий специалистов смежных модальностей: психологов, социальных работников, педагогов. Наиболее эффективным может стать максимально раннее оказание комплексной поддержки матерям и семьям детей с ППЦНС [1, 2, 10, 15].

Создание развёрнутой профессиональной социальной сети, обеспечивающей социальную поддержку родительства, рассматривается сегодня как действенная мера предотвращения фиксации низкоэффективных воспитательных стилей, генетически взаимосвязанных с утомлением и естественной усталостью родителей [12, 16–18]. Мы обнаруживаем, что сегодня в мире в контексте построения моделей межсекторального социального сопровождения семьи с детьми, имеющими ограничения возможностей здоровья (частным примером которых является ППЦНС), всё большее распространение получает принцип раннего мультимодального социального вмешательства. При этом курация ребёнка специалистами принципиально различных модальностей осуществляется на дому в период, максимально приближенный к рождению ребёнка и первичной оценке рисков его развития [15, 16]. Так называемая система домашних визитов [home visits] в значительной степени предупреждает закрытие семейной системы в случае её потенциальной дисфункциональности [15, 16]. В близком контексте С. Wilson et al. отмечают, что выявление отклонений в развитии родителско-детской привязанности как наиболее раннего маркера неблагоприятия психического развития ребёнка (в том числе и сопряжённой с депрессией или эмоциональным истощением матери) может эффективно осуществляться в процессе посещения ребёнка раннего возраста на дому патронажными сёстрами [15].

Этот пример принципиально отличен от примеров отечественной практики. Здесь вся ответственность за оптимизацию условий здорового развития ребёнка вплоть до его вхождения в поле дошкольного образования возложена на специалистов педиатрического сервиса [10, 19, 20]. При низком охвате детского населения услугами дошкольно-образовательного сервиса, дефиците эффективного кадрового обеспечения сферы первичного педиатрического патронирования, формализации сервисов, обеспечивающих социальную поддержку, грубая проблематика психоневрологической составляющей здоровья ребёнка становится очевидной лишь на этапе начальной школы [1, 2]. В этот период порочные связи, блокирующие становление развёрнутых систем компенсации первичных дефицитов, уже консолидированы. Произошли, по существу, необратимые потери реабилитационного потенциала и организма ребёнка, и его семьи. В этих условиях критически повышаются организационные затраты на проведение

реабилитационных мероприятий для таких детей и снижается их эффективность.

Зарубежные модели межсекторальной курации ребёнка не могут быть непосредственно перенесены на отечественную почву. Они требуют значительной адаптации к специфике социокультурных условий нашей страны [19]. Тем не менее в пределах отечественной модели педиатрического сопровождения материнства и детства существует ресурс, который в значительной степени мог бы обеспечить первичный скрининг рисков деформации социально-психологических условий развития ребёнка, сопряжённых с актуализацией клиники ППЦНС. Представленные нами замечания об очевидных для педиатра, курирующего ребёнка с ППЦНС, путях и тенденциях преобразования фокуса жалоб матери могут способствовать мобилизации этого ресурса.

Данные, полученные нами ранее, позволяют утверждать, что вместе с факторами, задающими тенденции формирования нормы взаимодействия материнско-детской диады, в поле зрения педиатра на протяжении курации детей с ППЦНС оказывается ещё один феномен, в значительной степени определяющий здоровье ребёнка. Это система динамически устойчивых характеристик родительского (материнского) попечения о здоровье ребёнка [9]. Данный феномен квалифицирован нами как прогностически надёжный эмпирический референт феномена материнской (родительской) компетентности в поле педиатрического сервиса. С нашей точки зрения, родительский стиль попечения о здоровье ребёнка является одним из ключевых факторов, определяющих эффективность активности-деятельности родителей, реализуемой в заботе о здоровье ребёнка, и составляет основание инициации, развития и преобразования взаимодействия со специалистами педиатрического сервиса. Его основной механизм действия – модуляция внутренних и внешних факторов, сопряжённых со спецификой функционирования организма ребёнка и интегрированных в экологический фрейм жизнедеятельности семьи [9].

Стиль попечения о здоровье ребёнка мы рассматриваем как динамически устойчивую функциональную композицию операциональных и регуляторных средств личности родителя (несущего материнскую функцию) [9]. Этот феномен генетически взаимосвязан с его субъектным потенциалом. В таком случае естественно, что монопрофессиональная, узкомедицинская модель вариативных школ для родителей детей с теми или иными заболеваниями не обеспечивает восполнения пробелов в способности родителей рационально и последовательно заботиться о здоровье ребёнка с ППЦНС [2, 15, 16, 20]. Она апеллирует преимущественно к сфере когнитивных оснований материнского поведения, но практически не затрагивает его динамического (субъектного) ядра. Между тем оптимизация взаимодействия в диаде мать – врач позволяет весьма точно идентифицировать зоны дихотомии формирования благоприятного или неблагоприятного родительского стиля и в значительной степени предотвращать истощение саморегуляторного потенциала родителей за счёт исключения ятрогенных

тревог матери. Базовым условием для актуализации данного потенциала является точность восприятия им сигналов о зонах риска и внутренних ресурсах развития экосистемы мать – дитя.

Выступая по отношению к материнско-детской диаде в качестве облечённого социальными полномочиями внешнего агента, врач может в значительной степени повысить эффективность своих интервенций, отвечая на следующие вопросы:

– Воспринимают ли родители состояние ребёнка с ППЦНС как жизненную ситуацию, требующую от них точных и решительных действий?

– С какой степенью точности родители дифференцируют функциональные и потребностные состояния ребёнка, связанные с актуализацией тех или иных болезненных состояний?

– В какой степени поведение родителей является рациональным и последовательным?

– Завершаются ли родителями паттерны терапевтической или диагностической интервенции?

– В какой степени медицинские вмешательства, инициируемые и поддерживаемые родителями в диагностической и реабилитационной (или терапевтической) модальности, взаимодополняют друг друга?

– Соответствует ли объём клинического и лабораторного обследования ребёнка, обеспечиваемый родителями, рекомендациям врача?

Эти вопросы несут в себе не только этико-деонтологическую функцию, но и позволяют прогнозировать тенденции поведения родителей в контексте построения и реализации абилитационной программы для ребёнка с ППЦНС. С этой точки зрения дискурсивный анализ материнских жалоб предоставляет возможности, органически совместимые с традиционными диагностическими инструментами педиатра.

### **Заключение**

Подведем итоги сказанного выше. Биологическая ослабленность ребёнка задаёт силовые векторы формирования фокуса внимания матери в заботе о здоровье ребёнка. Специфика этого процесса раскрывается в жалобах педиатру, закономерных для данного социального контекста паттернах речевого означения симптомокомплекса ППЦНС.

Паттерны дисрегуляции функций организма, сопряжённые с клиникой ППЦНС гиперэргического и гипозэргического характера, имеют принципиальные различия в уровне раскрытия в материнских жалобах. С этой точки зрения в выявлении симптомов ППЦНС гипозэргического характера врач должен быть особо чувствителен к гипонозогнозическим тенденциям восприятия матерью состояний ребёнка.

Доминирование в структуре симптомокомплекса ППЦНС паттернов вегетативной дисрегуляции при вовлечении функций дыхания и пищеварения составляет основание для возникновения гипернозогнозических (ипохондрических и тревожно-фобических) установок матери по отноше-

нию к состоянию ребёнка и формирования неблагоприятного для его социально-психологического развития воспитательного стиля.

Закономерным следствием доминирования в структуре симптомокомплекса ППЦНС паттернов дисрегуляции психической активности (внимание, подвижность, баланс сна и бодрствования) является хроническая фрустрация потребностных состояний матери, астенизация её субъектного потенциала и снижение её эффективности в обеспечении условий, благоприятных для психического развития ребёнка.

Каждая из обозначенных тенденций приводит к принципиальной перестройке внутренних и внешних связей материнско-детской диады и процедируется во все страты семейной экосистемы.

Обобщение представленных выше эмпирических данных и результатов их теоретического осмысления позволяет констатировать, что обнаруженные феномены являются частным случаем проявления универсальных закономерностей консолидации биологических, психологических и социальных факторов онтогенеза. Ключевое звено этого процесса – мультимодальное означение феноменов жизнедеятельности биологического уровня в процессе формирования и преобразования социально-психологических условий развития ребёнка и введения тех или иных этапных результатов развития в мультимодальные контексты социального взаимодействия. Педиатрическая курация ребёнка с ППЦНС является, с нашей точки зрения, лишь частным случаем такового контекста. Между тем в отечественной модели детского здравоохранения сегодня практически не учитываются эти универсалии.

### *Литература*

1. Цветкова Л.С. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста. Москва ; Воронеж : МПСИ; МОДЭК. 2001. 272 с.
2. Лазуренко С.Б. Педагогическое сопровождение семьи ребёнка младенческого и раннего возраста с перинатальным поражением ЦНС в условиях стационара // Российский педиатрический журнал. 2008. № 5. С. 39–42.
3. Новые подходы к диагностике перинатальных поражений центральной нервной системы у детей первого года жизни и их классификация / Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины. 1, Москва // Педиатрия. 2004. № 1. С. 2–5.
4. Николаева Е.И., Меренкова В.С. Влияние особенностей привязанности матери к ребёнку первых лет жизни и её реагирование в эмоциональной ситуации на здоровье ребёнка // Вопросы психологии. 2010. № 2. С. 65–72.
5. Боулби Д. Привязанность / пер с англ. [ред.] Г.В. Бурменская. М. : Гардарики, 2003. 477 с.
6. Change in Atypical Maternal Behavior Predicts Change in Attachment Disorganization From 12 to 24 Months in a High-Risk Sample / L.M. Forbes and [et al.] // Child Development. 2007. Vol. 78. May/Jun. Iss. 3. P. 955–971.
7. Менделевич О.В. Роль семьи в развитии детской тревожности: психосоматический аспект // Семейная психология и семейная терапия. 2006. № 8. С. 20–28.
8. Кравцова Н.А. Роль детско-родительских отношений в формировании психосоматических нарушений у подростков (динамическая модель психосоматического дизонтогенеза) // Сибирский психологический журнал. 2005. № 22. С. 13–18.

9. Тюлюпо С.В. Структурно-функциональная модель материнской компетентности в прогнозе здоровья ребёнка : дис. ... канд. психол. наук. Томск, 2011. 280 с.
10. Елманова Т.В., Кикоть О.В. Роль врачей общей практики в укреплении детского психического здоровья через образовательные программы для родителей // Глав-врач. 2009. № 6. С. 83–89.
11. Сергиенко Е.А. Раннее когнитивное развитие: новый взгляд. М. : Институт психологии РАН, 2006. 464 с.
12. Laible D.L., Tompson R.A. Mother-child discourse, attachment security, shared positive affect, and early conscience development // Child Development. 2007. Vol. 71. P. 1424–1440.
13. Cooklin A.R., Giallo R. Parental fatigue and parenting practices during early childhood: an Australian community survey // Child: Care, Health and Development. 2012. Vol. 38, iss. 3. September. P. 654–664.
14. Barlow J.H., Ellard D.R. The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: an overview of the research evidence base // Child: Care, Health and Development. 2006. Vol. 32, iss. 1. January. P. 19–31.
15. Wilson C. Matching parenting support needs to service provision in a universal 13-month child health surveillance visit // Child: care, Health and Development. 2011. Vol. 38, iss. 5. P. 665–674.
16. Sierau S., Brand T. Parental Involvement In Home Visiting: Interpersonal Predictors And Correlates // Infant Mental Health Journal. 2012. Vol. 33, iss. 5. P. 489–495.
17. MacDonald H., Callery P. Parenting children requiring complex care: a journey through time // Child: Care, Health and Development. 2008. Vol. 34, iss. 2. March. P. 207–213.
18. Tong A., Lowe A., Sainsbury P.P., Craig J.C. Parental perspectives on caring for a child with chronic kidney disease: an in-depth interview study // Child: Care, Health and Development. 2010. Vol. 36, iss. 4. July. P. 549–557.
19. Missen A., Hollingworth W., Eaton N., Crawley E. The financial and psychological impacts on mothers of children with chronic fatigue syndrome (CFS/ME) // Child: Care, Health and Development. 2012. Vol. 38, iss. 4. July. P. 505–512.
20. Лапин Ю. Охрана здоровья детей в системе межсекторальных отношений // Вопросы современной педиатрии. 2007. Т. 6, № 7. С. 19–23.

*Поступила в редакцию 12.11.2015 г.; принята 13.01.2016 г.*

**Сведения об авторах:**

**КРИВОНОГОВА Татьяна Сергеевна**, доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет» (Томск, Россия).  
E-mail: zdormama@sibmail.com

**ТРЕНЬКАЕВА Наталия Анатольевна**, кандидат психологических наук, доцент кафедры генетической и клинической психологии Томского государственного университета (Томск, Россия).  
E-mail: tna@sibmail.com

**ТЮЛЮПО Светлана Владимировна**, кандидат психологических наук, доцент кафедры генетической и клинической психологии Томского государственного университета (Томск, Россия).  
E-mail: svetdy@mail.ru

**ЛЕВИЦКАЯ Татьяна Евгеньевна**, кандидат психологических наук, доцент кафедры генетической и клинической психологии Томского государственного университета (Томск, Россия).  
E-mail: levic69@mail.ru

**БАБИКОВА Юлия Анатольевна**, аспирант кафедры педиатрии факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет» (Томск, Россия).

E-mail: zdormama@sibmail.com

**REFLECTION TRENDS OF PERINATAL AFFECTION OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM SYNDROME IN THE COMPLAINTS OF MOTHERS IN THEIR INTERACTIONS WITH PEDIATRICIANS**

*Siberian journal of psychology*, 2016, 59, 108–124. DOI: 10.17223/17267080/59/7

**Krivorogova Tatiana S.** Siberian State Medical University (Tomsk, Russian Federation).

E-mail: zdorovmama@sibmail.com

**Trenkaeva Natalia A., Tyulyupo Svetlana V., Levitskaya Tatiana E.** Tomsk State University (Tomsk, Russian Federation).

E-mail: tna@sibmail.com; svetdy@mail.ru; levic69@mail.ru

**Babikova Yulia A.** Siberian State Medical University (Tomsk, Russian Federation).

E-mail: zdorovmama@sibmail.com

**Keywords:** child; perinatal affection of the central nervous system; symptom complex; pediatric supervision; denotation; complaints; ontogenesis.

We present the results of exploratory study, which aims at developing a model of early detection and control of the risks of deviation of somatopsychic development in children with perinatal affections of the central nervous system. They are applicable in the context of inter-agency support for families with children.

107 term infants with brain damage and their mothers have made the study sample. The group was divided in accordance with the dominant symptom perinatal affections of the central nervous system. We focus on the content of parents' messages to a doctor about their children. Correlating them with the chronology of the dynamics of clinical manifestations of the objective symptom of perinatal affections of the central nervous system, we found a tendency of forming a style by a mother in caring for her child's health.

We have identified the core of the universal semantic component of parent complaints. It reflected mainly those signs of perinatal affections of the central nervous system that most clearly deviated from the mother's standard representations of the normal functioning of the child's body. We found that the general thrust of the requested pediatric care for more than an objective status of the child, determined the susceptibility of women to certain symptoms. Many women are excessively focused on the somatic-visceral component of symptoms underestimating dysfunctions of regulatory nature in their children. Thus the mother's perception of the status of children included both hypo- and hypernosognosic elements. We have described the mechanisms of formation of a vicious circle in the chain of constitutional-biological and socio-psychological factors of ontogenesis of children with PPTSNS due to their special needs for care. A key element of these mechanisms is the deformation of the communicative field in the mother-infant dyad. This happens because of asthenia in self-regulatory capacity of the mother. At the same time the focus of care shifts from significant emotional, social, and psychological needs of the child to the care of specific aspects of biological functions. We offered to study the possibility of early detection of deformation markers in dyadic relationship of a mother and a child with perinatal affections of the central nervous system from the standpoint of pediatrician and neurologist. We emphasize the importance of quality of interaction in a dyad mother-physician to prevent the depletion of a self-regulatory parental potential. Preservation of this potential we see as a key factor for favorable development of a child in terms of his or her constitutionally-biological attenuation. Determination of the specificity of the perception by the mother of clinical manifestations of symptoms of perinatal affections of the central nervous system is impossible without her trusting relationship with her doctor.

We have also argued the necessity and appropriateness to involve a clinical psychologist at early stages in a multifunctional team to support families with children with PPTSNS. This will allow performing a primary prevention of deformation of ontogenetic significant parameters in social environment of children with perinatal affections of the central nervous system.

### *References*

1. Tsvetkova, L.S. (2001) *Aktual'nye problemy neyropsikhologii detskogo vozrasta* [Topical problems of pediatric neuropsychology]. Moscow; Voronezh: MPSI; MODEK.
2. Lazurenko, S.B. (2008) Pedagogicheskoe soprovozhdenie sem'i rebenka mladencheskogo i rannego vozrasta s perinatal'nym porazheniem TsNS v usloviyakh statsionara [Pedagogical support of families with children and infants with perinatal CNS in hospitals]. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal – Russian Pediatric Journal*. 5. pp. 39-42.
3. Russian Association in the Professional perinatal medicine. (2004) Novye podkhody k diagnostike perinatal'nykh porazheniy tsentral'noy nervnoy sistemy u detey pervogo goda zhizni i ikh klassifikatsiya [New approaches to the diagnosis of perinatal lesions of the central nervous SIS theme of children first year of life and their classification]. *Pediatrics – Pediatrics*. 1. pp. 2-5.
4. Nikolaeva, E.I. & Merenkova, V.S. (2010) Vliyaniye osobennostey privyazannosti materi k re-benku pervykh let zhizni i ee reagirovaniye v emotsional'noy situatsii na zdorov'e rebenka [The influence of mother's attachment to the child in the first years of life and her emotional response to the situation on the the child's health]. *Voprosy psikhologii*. 2. pp. 65-72.
5. Bowlby, D. (2003) *Privyazannost'* [Attachment]. Translated from English by G.V. Burmenskaya. Moscow: Gardariki.
6. Forbes L.M. et al. (2007) Change in Atypical Maternal Behavior Predicts Change in Attachment Disorganization From 12 to 24 Months in a High-Risk Sample. *Child Development*. 78(3). pp. 955-971. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2007.01043.x
7. Mendelevich, O.V. (2006) Rol' sem'i v razvitii detskoy trevozhnosti: psikhosomaticheskiy aspekt [The role of the family in children's development of anxiety: the psychosomatic aspect]. *Semeynaya psikhologiya i semeynaya terapiya*. 8. pp. 20-28.
8. Kravtsova, N.A. (2005) Rol' detsko-roditel'skikh otnosheniy v formirovaniy psikhosomaticheskikh narusheniy u podrostkov (dinamicheskaya model' psikhosomaticheskogo dizontogeneza) [The role of the parent-child relationship in the formation of psihosomatic disorders in adolescents (dynamic model of psychosomatic dysonthogenesis)]. *Sibirskiy psikhologicheskiy zhurnal – Siberian Journal of Psychology*. 22. pp. 13-18.
9. Tyulyupo, S.V. (2011) *Strukturno-funktsional'naya model' materinskoy kompetentnosti v prognoze zdorov'ya rebenka* [Structural and functional model of maternal competence in the prediction of the child's health]. Psychology Cand. Diss. Tomsk.
10. Elmanova, T.V. & Kikot, O.V. (2009) Rol' vrachey obshchey praktiki v ukreplenii detskogo psikhicheskogo zdorov'ya cherez obrazovatel'nye programmy dlya roditeley [The role of general practitioners in strengthening the children's mental health through educational programs for parents]. *Glavvrach*. 6. pp. 83-89.
11. Sergienko, E.A. (2006) *Rannee kognitivnoe razvitie: novyy vzglyad* [Early cognitive development: A new perspective]. Moscow: Institute of Psychology RAS.
12. Laible, D.L. & Tompson, R.A. (2000) Mother-child discourse, attachment security, shared positive affect, and early conscience development. *Child Development*. 71(5). pp. 1424-1440. DOI: 10.1111/1467-8624.00237
13. Cooklin, A.R. & Giallo, R. (2012) Parental fatigue and parenting practices during early childhood: an Australian community survey. *Child: Care, Health and Development*. 38(3). pp. 654-664. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2011.01333.x



14. Barlow, J.H. & Ellard, D.R. (2006) The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: an overview of the research evidence base. *Child: Care, Health and Development*. 32(1). pp. 19-31. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2006.00591.x
15. Wilson, C. (2011) Matching parenting support needs to service provision in a universal 13-month child health surveillance visit. *Child: Care, Health and Development*. 38(5). pp. 665-674. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2011.01315.x
16. Sierau, S. & Brand, T. (2012) Parental Involvement In Home Visiting: Interpersonal Predictors And Correlates. *Infant Mental Health Journal*. 33(5). pp. 489-495. DOI: 10.1002/imhj.21322
17. MacDonald, H. & Callery, P. (2008) Parenting children requiring complex care: a journey through time. *Child: Care, Health and Development*. 34(2). pp. 207-213. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2007.00790.x
18. Tong, A., Lowe, A., Sainsbury, P.P. & Craig, J.C. (2010) Parental perspectives on caring for a child with chronic kidney disease: an in-depth interview study. *Child: Care, Health and Development*. 36(4). pp. 549-557. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2010.01067.x
19. Missen, A., Hollingworth, W., Eaton, N. & Crawley, E. (2012) The financial and psychological impacts on mothers of children with chronic fatigue syndrome (CFS/ME). *Child: Care, Health and Development*. 38(4). pp. 505-512. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2011.01298.x
20. Lapin, Yu. (2007) Okhrana zdorov'ya detey v sisteme mezhshektoral'nykh otnosheniy [Child health care in intersectoral relations system]. *Voprosy sovremennoy pediatrii – Current Pediatrics*. 6(7). pp. 19-23.

*Received 12.11.2015;*

*Accepted 13.01.2016*