

КАРТА ИНДИВИДУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА: ТЕКСТ И МЕТАСОДЕРЖАНИЕ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

С.В. Тюлюпо (Томск)

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

Ключевые слова: педиатрическая курация, клиническое взаимодействие, карта индивидуального развития ребёнка, содержание, дискурс, значение, сообщение.

Сегодня вряд ли кто-нибудь из представителей российского здравоохранения будет всерьёз оспаривать вклад психологических факторов в здоровье ребёнка от рождения (и много, много ранее) до порога юности [1, 2]. Клинический психолог всё прочнее входит в штат многопрофильных учреждений детского здравоохранения [2]. Раскрытие нового поля деятельности предполагает постановку целого ряда принципиально новых социальных и профессиональных задач. Их разрешение невозможно без детального изучения условий этой деятельности и ресурсов, сопряжённых со спецификой организации института детского здравоохранения. С другой стороны, принцип, обеспечивающий успешное разрешение клинических задач в междисциплинарной сфере на стыке двух различных социальных практик, сформулирован Карлом Ясперсом и требует подхода, позволяющего «...умозрительное разделение неразрывного единства биологического, душевного и духовного с последующим установлением взаимосвязей» [7. С. 1056]. Это, в свою очередь, требует адаптации уже известных методов к новым условиям и задачам. Ниже мы намерены осветить некоторые возможности использования содержаний карты индивидуального развития ребёнка (КИРР)¹ в контексте клинико-психологического сопровождения педиатрической курации в участковой (первичной) сети.

Тезис, позволяющий сделать первый шаг в разрешении этой задачи, мы постулируем следующим образом: *любая врачебная запись, отражающая те или иные аспекты жизнедеятельности соматического организма ребёнка, появляется в тексте карты как некоторый результат клинического взаимодействия его (ребёнка) родителей² с врачом, ведущим приём.* Текст карты, рассматриваемый таким образом, имплицитно включает в себе сообщение о некоторой реальности, имеющей уже не биологическую, но социально-психологическую природу. Подход, позволяющий прочитать это сообщение, обеспечивает концепция А.Ш. Тхостова,

рассматривающего феномены телесности (например, болезнь, симптом) как специфическую семиотическую систему [4].

Итак: основную *тему* взаимодействия врача-педиатра и родителей ребёнка составляет проблематика актуального соматического (или соматопсихического) статуса последнего, рассматриваемая в диагностическом, терапевтическом, реабилитационном, превентивно-профилактическом контекстах (отдельный случай составляет контекст взаимодействия, ориентированный на реализацию тех или иных социальных гарантий). Эти контексты определяют *фокус* резюмирующей итог взаимодействия врачебной записи.

Для последующего шага, мы полагаем, важным является феномен распределения ответственности между врачом и родителем³ за фокусирование взаимодействия. Зачастую именно те аспекты жизнедеятельности соматопсихического организма ребёнка, которые вызывают тревогу матери и расцениваются ею как болезненные, задают основное направление последующего диагностически или терапевтически ориентированного взгляда врача. С другой стороны, рассматривая основные варианты врачебных записей, мы обнаруживаем, что имплицитно они отражают источник инициативы клинического взаимодействия. Так, записи типа «Патронаж» и «Актив» отражают ситуации, в которых вся инициатива в организации взаимодействия принадлежит врачу. Запись типа «Вызов» предполагает, что родители обратились за помощью, расценив некоторые проявления жизнедеятельности организма ребёнка как симптомы болезни. Таким образом, инициатором встречи в этом случае является родитель (чаще всего мать или другой член семьи, выполняющий материнские функции).

Ситуация, обозначаемая в карте как «Приём», в этом отношении сложнее. С одной стороны, родители проявляют инициативу, выходя на территорию лечебного учреждения. Однако вопрос о первичности этой инициативы разрешается неоднозначно. Так, мать может при-

¹ Этот документ известен педиатрам как форма 112 и является основным документом, содержащим протоколированные материалы врачебного наблюдения развития ребёнка в период от рождения до 17 лет. Введён в регламент педиатрической службы ещё Министерством здравоохранения СССР и поныне действует на всей территории Российской Федерации, начиная с уровня участковой детской поликлиники.

² В процессе этого взаимодействия, вплоть до подросткового возраста, субъектная активность ребёнка не рассматривается как сила, задающая значимые для достижения результирующего эффекта тенденции. Таким образом, ребёнок как субъект фактически исключён из взаимодействия врача и представляющего интересы ребёнка взрослого.

³ Чаще всего этим родителем является мать ребёнка. Далее мы будем говорить именно о ней.

вести ребёнка в поликлинику, руководствуясь полученным ранее указанием врача или медицинской сестры. Факт выхода матери на территорию поликлинического учреждения может отражать и влияние иных социальных институтов. Например, она может приводить ребёнка в поликлинику будучи заинтересованной в получении тех или иных социальных гарантий и льгот⁴, предъявлять жалобы на состояния, которые в иной ситуации не могли бы стать поводом для визита. С другой стороны, запись типа «Приём» может отражать первично высокую активность матери в инициации клинического взаимодействия, связанную с ценностной установкой на здоровье ребёнка, вследствие высокой значимости материнства или самооценности личности ребёнка. В качестве яркого проявления такой активности матери может быть рассмотрена серия ориентированных на повышение адаптивного потенциала организма ребёнка интеракций с врачами различных модальностей в преддверии длительной и напряжённой социальной ситуации. Например, прохождение комплекса физиотерапевтических процедур перед началом учебного года.

Подчёркнём, что в нормативных случаях осмотр врачом-педиатром, осуществляющим систематическое наблюдение за ребёнком, проводится по инициативе, исходящей от него самого, лишь в двух ситуациях:

- в период новорожденности, когда сведения о выписке ребёнка на участок передаются в поликлинику из родильного дома;

- в ситуации передачи данных из системы **неотложной** медицинской помощи о вызове врача к больному ребёнку.

Таким образом, распределение ответственности между врачом и матерью в инициации клинического взаимодействия может рассматриваться как некоторое указание на первичную чувствительность матери к состояниям ребёнка, проявляемым в проблематике его соматического организма.

Попробуем приложить эти положения к анализу конкретного клинического случая. У Семёна С., мальчика девяти лет с множественными страхами, на приёме психолога прослеживается заикание и навязчивое покашливание. Динамика симптомов на протяжении приёма, проведённого в режиме личностно-центрированного игрового взаимодействия, позволила предположить наличие в генезе симптома выраженного невротического компонента. На протяжении первых трёх лет жизни ребёнок находился на диспансерном наблюдении с диагнозом «Перинатальное поражение центральной нервной системы». Обследован невропатологом в периоды подготовки в детское дошкольное учреждение (1 год 8 месяцев) и к школе. Дважды направлен на консультацию невропатолога врачом ДДУ. С учётом данных диспансерного наблюдения невропатологом во всех случаях мальчику назначалось комплексное лечение.

Карта содержит указание на частичное выполнение рекомендаций (выполнялись только фармакотерапевтические процедуры). При этом обращает на себя внимание то, что на протяжении всего периода врачебного наблюдения жалобы на указанные выше сложности ни разу(!) не были предъявлены матерью активно ни педиатру, ни невропатологу, ни логопеду. С другой стороны, в эпикризных записях педиатр указывает на то, что ряд острых заболеваний простудного характера мальчик переносил без обращения родителей за медицинской помощью (скрипты: «самолечение», «к врачу не обращались» и т.д.).

На приёме психолога мать предъявляет как проблему нежелание мальчика ходить в школу, лень, невнимательность при выполнении домашних заданий, прогулы уроков. Мальчик испытывает страх перед ответами у доски, с трудом выполняет ряд заданий по русскому языку, имеет сложности в освоении математических операций. Мать же явно игнорирует возникающие при освоении школьной программы объективные и субъективные трудности, глубоко переживаемые мальчиком.

Таким образом, опыт ребёнка, испытываемые им трудности игнорируются матерью, элиминируются из дискурса внутрисемейного общения и не претерпевают соответствующего преобразования в дискурсивной практике института педиатрической помощи. При этом в карте присутствуют и другие маркеры скрыто пренебрегающего родительского отношения. Например, отсутствие обращений за медицинской помощью в ситуации простудных заболеваний ребёнка. Эта тенденция связана, по видимому, не столько с опорой на опыт самостоятельного и эффективного разрешения таких ситуаций, сколько с тенденцией матери к игнорированию физиологических потребностей ребёнка. Так, в восемь лет мальчик впервые оказывается на приёме гастроэнтеролога. На приёме предъявлены жалобы на **боли в животе, отмечаемые на протяжении полутора лет. Педиатру, направившему мальчика к гастроэнтерологу и наблюдающему его с рождения, жалобы предъявляются впервые(!).**

С другой стороны, степень соответствия назначенных и выполненных врачебных рекомендаций, анализ степени дифференцированности и своевременности предъявления жалоб родителями могут быть положены в основание некоторых гипотез об установках родительской семьи в отношении здоровья ребёнка; значимости его субъективного состояния; степени и качества внимания, проявляемого родителями к минимальным проявлениям нездоровья ребёнка. Это утверждение иллюстрирует следующий случай.

Женя С. 7 лет. По данным неонатолога, в момент рождения выражены соматические маркеры травматизации центральной нервной системы. В течение первых трёх лет жизни в ходе врачебных осмотров мать

⁴ Пособие по уходу за ребёнком, пособие малообеспеченной или многодетной семье и т.д.

предъявляет множественные и разнообразные жалобы. Педиатр фиксирует множественные проявления желудочно-кишечной дисфункции, частые респираторные вирусные инфекции, проявления аллергического диатеза. В этот период наряду с рекомендациями фармакотерапевтического регистра в Карте появляются множественные рекомендации, направленные на коррекцию режима питания, введение закаливающих процедур. Отметки о выполнении рекомендаций содержат указания (повторные) на выполнение фармакотерапевтических назначений и **игнорирование режимных моментов**. Невропатолог на повторных консультациях указывает на выраженные проявления перинатальной травматизации центральной нервной системы. Рекомендации невропатолога (массаж, физиотерапевтические процедуры) родителями игнорируются. Во всяком случае, врач отмечает, что рекомендации по реабилитации ребёнка не выполнены.

В четыре года мальчик направлен на консультацию иммунолога как часто болеющий ребёнок. Отметок о выполнении лечебных рекомендаций нет. Диагностические рекомендации выполнены частично (в Карте отсутствуют соответствующие рекомендациям документы и записи). На контрольный приём не явился (отсутствует запись специалиста в соответствующий период). В то же самое время мальчик, будучи часто болеющим, подвергается ряду парамедицинских и альтернативно ориентированных манипуляций: иридо-диагностическому и биорезонансному обследованию, консультации экстрасенса и т.д. В питание ребенка эпизодически вводятся биологически активные пищевые добавки. Все эти факты также находят отражение в констатирующих записях врача. В ситуациях острого заболевания записи врача («Вызов») указывают на отсроченный характер обращения родителей за медицинской помощью. Это отражено в скрипте: «вызов на четвёртый (третий и т.д.) день болезни».

В шесть лет педиатр отмечает в Карте жалобы на боли животе. Первичная консультация гастроэнтеролога содержит заключение о функциональном расстройстве желудочно-кишечного тракта, предположение о дебюте хронического гастродуоденита. Врачом даны рекомендации по дальнейшему обследованию, назначен контрольный приём. В течение года рекомендации не выполнены.

Родителями игнорируются мероприятия реабилитационной ориентации, требующие привлечения резерва времени и сил, вовлекающие родителей в дополнительные интеракции с ребёнком в контексте преодоления болезненного состояния. В то же время первичная диагностическая активность родителей достаточно высока. Не находя продолжения в организации комплексной реабилитации, взаимодействие бригады вовлеченных в курацию ребёнка специалистов и родителей ребёнка, по всей видимости, теряет рациональный смысл. С другой

стороны, терапевтический дискурс представлен в карте редуцированно. Тенденция позднего обращения за медицинской помощью в ситуации общей неэффективности стратегии родителей в обеспечении номинального соматического благополучия ребёнка говорит скорее о пренебрежении родителей к физиологическим потребностям ребёнка, чем об опоре на адекватно сформированный опыт преодоления болезни. В этом случае родительские стратегии, ориентированные на здоровье ребёнка, отражают амбивалентные установки взрослого окружения ребёнка в восприятии его соматического благополучия. Такая амбивалентность в восприятии и обеспечении родителями базисных потребностей ребёнка даёт веские основания для гипотезы о скрытоотвергающем варианте родительского отношения на протяжении всей жизни мальчика.

Заметим, что в рассмотренных нами случаях имело место грубое снижение адаптивного потенциала детей. Мы видели документальное отражение паттернов отвергающего отношения к ребёнку, проявивших себя в специфической деформации родительских стратегий, ориентированных на здоровье и благополучие ребёнка. Однако в первом случае наиболее ярко проявились **тенденции восприятия состояния ребёнка** родителями (матерью): вытеснение из поля восприятия феноменов, указывающих на соматическое или психофизиологическое неблагополучие ребёнка. Во втором случае феномены телесной жизни ребёнка обширно представлены в восприятии матери. Однако рассогласованной, иррациональной, противоречивой оказывается сама **деятельность матери** по оптимизации условий минимизации рисков развития, её **социальная активность**, реализуемая в контексте заботы о здоровье мальчика.

Выше мы косвенным образом уже подходили к тому, что фокус интеракции матери и специалиста первичной педиатрической сети находит отражение в дискурсе клинического взаимодействия и так или иначе объективируется в содержании Карты. Именно в рассмотрении соотношения дискурсов клинического взаимодействия матери с представителями первичной педиатрической сети мы видим возможности идентификации тенденций материнского отношения, актуализируемого в контексте ориентированной на соматическое благополучие ребёнка активности матери.

Так, в приведённых выше клинических ситуациях Карты практически не содержали **профилактического** дискурса. Однако во втором примере (случай Жени С.) ситуация выглядела ещё более своеобразно: **первично-диагностический дискурс** в интеракциях родителей с педиатрами и узкими специалистами **оказался весьма выраженным**. Родители (по всей видимости, мать) в большинстве случаев предъявляли **множество жалоб** на состояние ребёнка. Однако дальше первичного приёма дело не двигалось. В некоторых случаях были повторные приёмы в ситуации острого заболевания, как

правило, однократные с констатирующей записью врача «Реконвалесценция. Справка в ДДУ⁵», либо замечанием о продолжении наблюдения и выдаче листа нетрудоспособности по уходу за ребёнком⁶. Таким образом, собственно терапевтический дискурс в рассмотренном примере представлен дефицитарно и фактически вытеснен дискурсом, обусловленным регламентом получения социальных льгот и гарантий. Что же касается реабилитационных мероприятий и соответствующих им модальностей приёма, так до них дело вообще не доходило. Однако в Карте обширно представлен дискурс *парамедицинский*, что подчёркивает иррациональность материнских установок, актуализированных матерью в контексте деятельности, ориентированной на соматическое состояние ребёнка.

Так в тексте Карты проступают черты некоторых образований сферы родительских отношений, имеющих, по всей видимости, иррациональный характер. До консультации с членами семьи природа и содержание этих иррациональных образований ещё не очевидны. Однако уже до встречи с семьёй клинический психолог получает возможность более точно и оперативно работать с вновь поступающей в процессе консультирования семьи информацией. В рассмотренном случае комплексная оценка соответствия дискурсов медицинской помощи, представленных в текстах КИРР, даёт надёжные основания для оценки последовательности активности родителей, ориентированной на обеспечение здоровья ребёнка.

Подводя итог сказанному выше, выделим следующие положения.

Текст КИРР имплицитно включает в себе сообщение о некоторых реалиях развития ребёнка, имеющих не биологическую, но социально-психологическую природу.

Содержание КИРР может быть рассмотрено как продольный, лонгитюдный слепок материнского отношения, реализованного в деятельности матери, ориентированной на соматическую проблематику ребёнка и её разрешение.

В текстах КИРР ценностное отношение матери к ребёнку, её чувствительность к его (ребёнка) потребностям, объективным и субъективным трудностям проявляют себя в:

- вариантах распределения ответственности между врачом и матерью в инициации клинического взаимодействия;
- фокусе клинического взаимодействия, отражённого в соотношении дискурсов карты индивидуального развития;
- полноте, последовательности и своевременности реализации матерью инициативы в организации превентивных, диагностических, терапевтических и реабилитационных мероприятий, направленных на повышение адаптивного потенциала организма ребёнка.

Заметим, что все указанные феномены КИРР не являются умозрительными, но могут быть доступны любому специалисту, обладающему элементарными навыками работы с врачебной документацией.

Мы полагаем, что применение описанных методов работы с КИРР в практике психологического сопровождения педиатрической курации ребёнка открывает клиническому психологу доступ к внутреннему потенциалу института детского здравоохранения в сети первичной педиатрической помощи. Данные, полученные в процессе анализа текстов и содержаний КИРР, мы рассматриваем как важный ресурс для создания пространства эффективного клинического взаимодействия между клинико-психологическим и врачебным подразделениями социального института детского здравоохранения.

PS. Вероятнее всего, мы нарушили алгоритм построения научной статьи, предполагающий предварение авторского материала кратким разделом, посвящённым анализу теоретических источников и работ, концептуально близких освещаемому исследованию. В своё оправдание, сошлёмся на А.М. Улановского, утверждающего что отечественная психология стоит пока в стороне от широкого поля проблем и дискуссий вокруг качественной методологии [6]. Действительно, в ключе качественного подхода, составившего основу представленной работы, в отечественной литературе мы находим лишь отдельные работы [3, 5]. В то же время в иноязычных базах данных мы обнаруживаем массивный материал, отражающий приложимость качественных исследовательских подходов в системной клинико-психологической практике [9, 11]. При этом оказываются подробно освещёнными различные процессуальные аспекты множества частных методов качественной парадигмы в контексте системной практики в области ментального и телесного здоровья. В максимально приближенном к нашему исследованию ключе, например, выполнено исследование Д. Амстронга [8]. Однако в его работе фокус внимания направлен на выявление различий профессионального языка, на котором в медицинской документации отражается проблематика пациента и проблематика его организма.

К тому же в содержательном отношении эти материалы не могут быть автоматически экстраполированы на область клинико-психологического исследования в современной российской действительности, поскольку, «...в качественном исследовании необходимо принимать в расчет факторы, обусловленные отношением как исследователя, так и участника исследования к определённой культуре, классу, расе, этнической принадлежности, возрасту, гендеру, сексуальной ориентации и сексуальным возможностям» (переведено мною. – С.Т.) [10. С. 239]. И мы не можем игнорировать уникальность комбинаций всех ука-

⁵ Данный скрипт врачебной записи означает буквально следующее: «Выздоровление. Ребёнок выписан в детское дошкольное учреждение».

⁶ Пропуск приёма в случае выдачи листа нетрудоспособности по уходу за больным может являться основанием для отметки о нарушении режима и отказа работодателя от оплаты пропущенных женщиной рабочих дней.

занных факторов в различных сферах и областях медицинского сервиса в условиях современной России.

В основание статьи положен материал, полученный автором в процессе реализации проекта клинико-пси-

хологического сопровождения педиатрической курации на протяжении 2002–2006 гг. Клиническая база исследования – поликлиническое отделение № 2 детской больницы № 1 г. Томска.

Литература

1. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Специальная литература, 1996. 454 с.
2. Кравцова Н.А. Роль детско-родительских отношений в формировании психосоматических нарушений у детей и динамическая модель психосоматического дизонтогенеза // Сибирский психологический журнал. 2005. № 22. С. 13–18.
3. Слово в действии. Интент-анализ политического дискурса / Под ред. Т.Н. Ушаковой, Н.Д. Павловой. СПб.: Алетейя, 2000. 316 с.
4. Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система // Вестник Московского университета. Сер. 14. 1993. № 1. С. 3–16.
5. Тюлюпо С.В. Субъективный телесный опыт: динамика в пространстве общения ребёнка и взрослого // Сибирский психологический журнал. 2005. № 22. С. 55–65.
6. Улановский А.М. Качественная методология и конструктивистская ориентация в психологии // Вопросы психологии. 2006. № 3. С. 27–37.
7. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. С. 1056.
8. Armstrong D. The Political Anatomy of the Body. Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.
9. Barbour R.S. The role of qualitative research in broadening the “evidence base” for clinical practice // Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2000. № 6 (2). P. 155–163.
10. Burck Ch. Comparing qualitative research methodologies for systemic research: the use of grounded theory, discourse analysis and narrative analysis // Journal of Family Therapy. 2005. № 27. P. 237–262.
11. Traynor M. Discourse analysis: Theoretical and historical overview of papers the Journal of advanced nursing 1996–2004 // Journal of advanced nursing. 2006. № 54(1). P. 62–72.

CARD OF CHILD'S INDIVIDUAL DEVELOPMENT: TEXT AND METACONTENTS IN CLINICAL PSYCHOLOGIST'S WORK
Tjuljupo S.V. (Tomsk)

Summary. Approach to card's of child's individual development contents wich contribute to broadtning set of tools suitable in the field of clinical psychological accompany and maintanance of paediatric care is grounded. Any phenomena of card's of individual development text reflecting contribute psychological and social psychological influences on shaping of tendences of child's individual development from birth to seventeen year age are discribed in this paper.

Key words: paediatric care, card of individual development, text, content, significance, communication.