

Тюлюпо Светлана Владимировна

**СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ МАТЕРИНСКОЙ
КОМПЕТЕНТНОСТИ В ПРОГНОЗЕ ЗДОРОВЬЯ РЕБЁНКА**

Специальность 19.00.04 – Медицинская психология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Томск – 2011

Работа выполнена в отделении профилактической психиатрии
Учреждения Российской Академии медицинских наук научно-исследовательского
института психического здоровья Сибирского отделения РАМН

Научный руководитель: доктор психологических наук, профессор
Залевский Генрих Владиславович

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, профессор
Мещерякова Эмма Ивановна

доктор психологических наук, доцент
Фотекова Татьяна Анатольевна

Ведущая организация ГОУ ДПО Санкт-Петербургская академия
последипломного образования Федерального
агентства по здравоохранению и социальному
развитию

Защита диссертации состоится 13 мая 2011 года в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 212.267.16, при ГОУ ВПО «Томский государственный университет» по адресу: 634050, г. Томск, пр. Ленина 36,

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке ГОУ ВПО «Томский государственный университет».

Автореферат разослан «8» апреля 2011 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор психологических наук, доцент



Т.Г. Бохан

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Актуальность. Сегодня, в связи с принципиальной реорганизацией системы здравоохранения, интерес к изучению материнского поведения (рассматриваемого традиционно, как важнейший регулятивно-онтогенетический фактор, определяющий прогноз здоровья и благополучия ребёнка в перспективе развития) актуализировался в принципиально новом контексте социальных отношений – контексте реализации медицинской практики (Л.А. Эртель, 2004, 2006, 2008; С.Б. Лазуренко, 2008; Е. И. Николаева, В.С. Меренкова, 2010). Компетентность матери – полномочного представителя интересов ребёнка в поле педиатрического сервиса – ключевой социодинамический фактор, задающий и конечную эффективность программ медицинского сопровождения развития ребёнка, и прогноз разрешения частных клинических ситуаций (В.В. Жесткова и др., 2002; И.Н. Викулина и др., 2002; Л.А. Эртель, 2004, 2006; Е.А. Жиделева, В.Г. Татабадзе, 2007; J. Pearce, 1994; J. Law et al. 1999; S.K. Dudley, J.M. Carr, 2004; M.A. Powell, 2009). Таким образом, востребованность методов оценки компетентности родителей ребёнка сопряжена с процессами фундаментальной реорганизации модели медицинской помощи (Л.А. Эртель, 2004).

К настоящему моменту частные феномены, соотносимые с дефиницией «родительская (материнская) компетентность», как то: воспитательный стиль, стиль общения, стиль взаимодействия, материнско-детское отношение, – освещены достаточно обширно (А.Я. Варга, 1986; Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис, 2000; Е.О. Смирнова, М.В. Быкова, 2007; Е.Г. Щукина и др. 2008; J. Law et al. 1999). Тем не менее, системные, дифференцированные представления о компетентности, как об интегративной способности женщины эффективно действовать в нестандартных ситуациях, сопряжённых с осуществлением материнства, практически не сформированы (В.И. Горбачёва, 2009). В детском здравоохранении, где болезнь ребёнка, как обстоятельство, требующее решительных и ответственных действий матери, – нормативное условие, при котором материнско-детская диада входит в поле внимания врача, этот дефицит проявляется особенно остро (Л.А. Эртель, 2004; H.V. Wilson, 2003). Сформулированное в контексте изучения комплайенса определение материнской компетентности (МК), как совокупности способностей принимать решения, основанные на рациональных мотивах и приходиться в результате решения к разумным целям (Л.А. Эртель, 2004; 2006), не отвечает требованиям практики. Неясным остаётся, как именно мотивы матери, её способности принимать решения и достигать какие-либо цели, – раскрываются в кратком взаимодействии приёма? От каких критериев должен отталкиваться педиатр в оценке степени рациональности мотивов матери и разумности её целей? Применение в качестве критерия оценки МК общих представлений об эффективности социализации ребёнка – позволяет уловить лишь наиболее общие качества семейной среды (Л.А. Эртель, 2008). Перенос представлений о формах репрезентации МК, разработанных в европейской научной традиции,

в принципиально иные социокультурные условия, так же требует уточнения границ их корректного применения (L.H. Roth et al., 1977; J. Pears 1994; J. Law et al. 1999; M. Shaw, 2001; M.A. Powell, 2009).

Таким образом, существует дефицит систематизированных представлений о структурно-функциональной организации МК. Это препятствует своевременной оценке факторов риска и ресурсов здоровья ребёнка, сопряжённых с эффективностью поведения родителей (в частности – матери) и обеспечивает актуальность исследования.

Цель исследования: построение структурно-функциональной модели материнской компетентности, обеспечивающей возможности прогноза здоровья ребёнка, как интенционального объекта педиатрической практики в участковой сети детского здравоохранения.

Объект исследования: поведение матери, как фактор, определяющий здоровье ребёнка.

Предмет исследования: структурно-функциональная организация компетентности матери как фактор, определяющий прогноз здоровья ребёнка.

Границы эмпирической репрезентации предмета исследования определены полем социального взаимодействия матери со специалистами участковой педиатрической сети, осуществляющими курацию развития ребёнка.

Задачи исследования:

1. Сформулировать рабочее определение феномена МК, применимое в контексте прогностической оценки и контроля рисков здоровья ребёнка, сопряжённых со спецификой родительского (материнского) поведения в поле педиатрической практики.
2. Выявить пространственно временные границы и контекст эмпирической репрезентации МК в поле педиатрической практики.
3. Сформировать комплекс методов, позволяющих выявить прогностически значимые особенности организации МК в непосредственном поведении матери.
4. Систематизировать прогностически значимые феномены, отражающие в пространстве детской поликлиники особенности организации МК.
5. Построить структурно-функциональную модель МК, обеспечивающую возможности прогноза здоровья ребёнка в контексте педиатрической курации его развития.

Гипотеза: прогностически значимые особенности компетентности матери, как субъекта педиатрической практики и попечения о здоровье ребёнка, раскрываются непосредственно в поведении, реализуемом женщиной в поле педиатрической практики и доступны в содержании текстов, обеспечивающих взаимодействие Матери, Ребёнка и Специалиста поликлиники.

Методологическое основание исследования составляет психологическая концепция материнства (Г.Г. Филиппова, 2001, 2002, 2007) концепции деятельности (А.Н. Леонтьев 1977) и субъекта, (А.В. Брушлинский, 2003) в её развитии (Ф.Е. Василюк, 1984, 1988; К.В. Карпинский, 2002; Е.А. Сергиенко, 2007, 2008); представле-

ния о саморегуляции (В.И. Моросанова, 2008; О.А. Конопкин, 2004, 2008). Феномен материнской компетентности рассмотрен, как система способностей женщины, определяющая конечную эффективность её деятельности, направленной на попечение о здоровье и благополучии ребёнка. Установление прогностически значимых взаимосвязей между компетентностью матери и здоровьем ребёнка обеспечивает биопсихосоциально-этическая модель болезни, здоровья и онтогенеза (Г.В. Залевский, 2009).

Методы. Задачи теоретического этапа исследования разрешены на основании интеграции данных современных исследований нашего проблемного поля с данными психологического анализа организационной модели педиатрической курации развития ребёнка в участковой сети детского здравоохранения. Первичные эмпирические данные получены посредством систематизированного наблюдения, полуструктурированного интервью, клинико-биографического анализа. В целях выявления пространственно-временной ориентации социального взаимодействия матери со специалистами детской поликлиники традиционный клинико-биографический метод дополнен авторским приёмом деконструкции биографического медицинского текста (карты индивидуального развития ребёнка), базирующимся на идеях Ж. Деррида (Ж. Деррида, 2001). Эмпирический доступ к составляющим МК, обеспечивающим самодетерминацию и саморегуляцию её поведения, обеспечен потенциалом феноменологического и микросемантического анализа (К. Ясперс, 1997; А.М. Улановский, 2006, 2009; М.И. Воловикова, 2008; Н.П. Бусыгина, 2009). Её регуляторная составляющая раскрывается посредством интен-аналитического подхода (Н.П. Павлова, Т.Н. Ушакова, 2005). Статистическая верификация данных сравнительного анализа реализована при помощи точного критерия углового преобразования Фишера ϕ^* .

Положения, выносимые на защиту:

1. Функциональное ядро компетентности матери, как участника педиатрической практики, составляет система её способностей, обеспечивающих процессы самодетерминации и саморегуляции попечения о здоровье и благополучии ребёнка, как частного аспекта родительского поведения. Соподчинённые функции, обеспечивающие эффективность поведения матери в поле педиатрической практики, сопряжены со способностями к регуляции социальных отношений с другими её (практики) участниками и исполнительскими навыками, востребованными ситуативными обстоятельствами.
2. Функциональная композиция компетенций матери в нормативных и критических (сопряжённых с болезнью ребёнка или конституциональным отягощением предпосылок его развития) обстоятельствах не статична. Она предполагает динамическую перестройку, в соответствии с требованиями ситуации. Её конечная эффективность в критических клинических обстоятельствах обеспечена возрастом в организа-

ции ситуативного поведения женщины удельного веса компетенций, обеспеченных процессами самодетерминации и саморегуляции.

3. Специфика организации компетентности матери, актуализируемая в поле социального взаимодействия с ребёнком и специалистами детской участковой поликлиники определяет социодинамические и онтогенетические аспекты прогноза здоровья ребёнка.

4. Прогностически значимые особенности организации МК раскрываются в содержании карты индивидуального развития ребёнка и текстах ситуативного взаимодействия матери, ребёнка и специалистов поликлиники.

В процессе исследования сформулировано определение феномена МК; построена его структурно-функциональная модель, применимая в контексте прогноза здоровья ребёнка; раскрыты и систематизированы формы его эмпирической репрезентации в поле амбулаторной педиатрической практики. Это позволило теоретически обосновать и реализовать возможность выявления взаимосвязи материнской компетентности с тенденциями становления адаптивного потенциала соматопсихического организма ребёнка (определяющими уровень его здоровья).

Научная новизна. Впервые реализован психологический анализ организационной модели медицинской помощи в первичном звене детского здравоохранения. С учётом специфики пространственно-временных и контекстуальных аспектов организации конкретной социальной практики разработана структурно-функциональная модель материнской (родительской) компетентности. Концептуализирован феномен «стиль родительского попечения о здоровье ребёнка»; систематизированы инварианты стилевой аранжировки активности матери, актуализируемой в попечении о здоровье ребёнка и формы, в которых субъектно-субъективные основания поведения родителей проецируются в пространство педиатрического сервиса. Обоснована применимость методов социально-психологического исследования для разрешения практических задач поликлинической педиатрии; уточнены разрешающие возможности и границы корректного применения этих методов.

Теоретическая значимость. Построенная модель структурно-функциональной организации материнской компетентности расширяет поле дифференцированных и систематизированных представлений о проблематике родительства и формах её репрезентации в поле современных социальных практик. Развёрнутое эмпирическое исследование функциональной организации материнского поведения в поле педиатрического сервиса позволило выйти на принципиально новый уровень понимания механизмов включения родительского поведения в патогенез вариативных нарушений здоровья ребёнка. Идеографический анализ поведения матерей, отражающего полюса эффективности в разрешении частных задач попечения о здоровье ребёнка позволил выдвинуть ряд продуктивных гипотез о природе затруднений родителей, переживаемых ими в процессе осуществления этой функции. Разработанная модель становления – стагнации родительской компетентности задаёт принципиально новое

направления исследования проблематики вхождения родителей в поле современных социальных практик.

Выявление структуры поведения родителей в поле естественно осуществляемых социальных отношений позволило раскрыть ограничения изолированного применения средств и методов социальной психологии и психологии личности для разрешения возникающих здесь задач. Это привело к выявлению возможностей взаимодополняющего применения родственных концепций поведения человека, фокусирующихся на принципиально различных его составляющих. Таковы: концепция деятельности, субъектной активности, семиотического опосредования социальных отношений. Частным примером такого дополнения стал разработанный приём деконструкции, дополняющий возможности классического клинико-биографического понимания содержания медицинского документа. Это обеспечило методологические аспекты новизны и теоретической значимости работы.

Практическая значимость. Динамическая модель развития – стагнации материнской компетентности в клинически-отягощённых ситуациях позволяет локализовать оптимальную зону включения в процессы институционального сопровождения семьи медицинского психолога, социального работника; уточнить задачи, требующие их вмешательства с целью минимизации рисков развития и здоровья ребёнка. Разработанный приём деконструкции обеспечивает возрастание автономности профессиональной позиции клинического психолога, вовлечённого в процессы сопровождения развития ребёнка на базе участковой поликлиники и расширение возможностей его взаимодействия с врачом. Приём применим в контексте: а) мониторинга эффективности взаимодействия семьи и представителей педиатрического сервиса на всём протяжении курации; б) скрининг-отбора семей, требующих расширенного (медико-психологического и социального) сопровождения, в интересах здоровья ребёнка; в) экспертизы безопасности ребёнка в системе внутрисемейных отношений и превентивной инактивации рисков нарушения его прав. Предложенная систематизация психологических феноменов, отражающих проблемные зоны компетентности матери, применима в практике реализации принципа добровольного информированного согласия. Она обеспечивает возможности: а) эффективной и эргономичной оценки компетентности родителей; б) оценки и контроля факторов социально-психологического риска здоровья ребёнка в динамике развития частных клинических ситуаций.

Апробация результатов. Результаты исследования представлены локальному этическому комитету НИИПЗ СО РАМН, и одобрены им. Промежуточные результаты исследования освещены в контексте научно-практических конференций (Томск, 2003; Рига, 2003; Томск 2004, Томск 2008, Москва, 2008; Пермь, 2008; Омск, 2008; Киров, 2009; Томск, 2009, 2010); в научных публикациях; использованы в процессе реализации учебных дисциплин «Психосоматика детского возраста» и «Феноменология детско-родительских отношений» для студентов специальности «Клиническая

психология» на факультете психологии ТГУ, освещены на методических совещаниях коллективов клинических подразделений МЛПУ «Детская городская больница №1» г. Томска.

Объём и структура работы. Основное содержание работы изложено в 3х главах (224 стр.), иллюстрировано 9ю схемами, 19ю таблицами, оснащено глоссарием и тремя приложениями. Библиографический список включает 458 источников, в ряду которых 120 – зарубежных.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ

Глава I «Компетентность матери как феномен амбулаторной педиатрической практики» посвящена построению рабочего определения МК и базовой модели её репрезентации в поле участковой педиатрической практики. Отражён дефицит систематизированных психологических представлений о структуре феномена компетентности матери и формах его эмпирической репрезентации.

В разделе 1.1. приведены данные логико-теоретического анализа исследований, посвящённых возможностям и проблемным зонам оценки МК в педиатрии. Выявлены ограничения определения МК, как совокупности способностей к принятию решения (Л.А. Эртель, 2004, 2008) на основании рациональных мотивов и достижения на этом основании разумных целей. Отмечены характерные для отечественного здравоохранения: а) дефицит алгоритмов оценки отношения матери к ребёнку, как основания её готовности решительно действовать в интересах его здоровья и благополучия, применимых в педиатрической практике (Л.А. Эртель, 2004, 2006, 2008) и б) тенденция вытеснения психологического дискурса рассмотрения компетентности субъектов медицинской практики – дискурсом гражданско-правовой регламентацией их поведения (В.В. Кущенко, 2005; О.Ю. Александрова и др. 2008; Ю.Н. Филиппов и др., 2009; Г.А. Мустафина, 2009). Указаны ограничения применения дефиниции «социализация ребёнка» в качестве критерия оценки компетентности матери, как субъекта добровольного информированного согласия, (Л.А. Эртель 2004, 2008).

В качестве основания оценки МК предложено рассматривать эффективность поведения, реализуемого женщиной в поле педиатрической практики (Дж. Равен, 2002; И.А. Зимняя; 2003; А.Л. Андреев, 2005; L. Roth et al., 1977; M. Shaw, 2001). Как её (эффективности) непосредственный маркер предложено рассматривать динамику интегративной оценки адаптивного статуса организма ребёнка.

В разделе 1.2. «Материнская компетентность как частный случай компетентности личности» отмечен дефицит последовательного определения содержания дефиниции «родительская компетентность», при широком освещении спектра соотносимых с нею субфеноменов родительского поведения. В этом ряду представления о: надёжности привязанности (Д. Боулби, 2003; M. Ainsworth, 1989; D.L. Laible, R.A. Thompson, 2000; J.S. Turner, 2005); функциях родительского объекта (Х. Кохут, 2002; М. Кляйн; 1997); воспитательном стиле и стиле общения–взаимодействия с

ребёнком (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис, 2000; Е.О. Смирнова, 2003; А.А. Шведовская, 2005; J. Raphael-Leff, 1983); родительском отношении (А.Я. Варга, 1987; Н.В. Самоукина, 2000; Е.О. Смирнова, 2007); базовых качествах родителей (Е.И. Исенина, 1996; 1998); внутренней картине беременности и материнства (С.А. Минюрова, Е.А. Тетерлева, 2003; Е.Б. Айвазян, 2005); копинг-стратегиях и психологических защитах матери (М.В. Сапоровская, 2002; О.Б. Подобина, 2005). С целью восполнения указанного дефицита феномен МК рассмотрен как системное качество личности матери, возникающее, становящееся и актуализирующееся в процессе освоения ею практической деятельности (материнства, *mothering*), и определяющее эффективность этой деятельности на последующих этапах (А.Н. Леонтьев, 1970; Г.Г. Филиппова, 2001, 2002). С целью раскрытия содержания частных функциональных составляющих МК использованы положения о взаимосвязи компетентности действующего субъекта с операциональной структурой деятельности (А.Н. Леонтьев; 1970; К.В. Карпинский. 2002; И.А. Зимняя, 2003; А.В. Хуторской; 2003; В.И. Томаков, 2007). В соответствии с этим положением МК определена как система взаимосвязанных способностей матери, сонаправленных на разрешение задач, сопряжённых с попечением о здоровье ребёнка. Она обеспечена процессами мышления, сознания, самосознания и включает способности: а) к самодетерминации и саморегуляции деятельности, направленной на актуализацию смыслов, ценностей и задач материнства; б) к регуляции этой деятельности и социальных отношений, обрамляющих ситуацию, в которой она осуществляется и в) к реализации этой деятельности на операционально-исполнительском уровне (Д.А. Леонтьев, 1996; К.В. Карпинский, 2002; О.К. Тихомиров, 2007; О.А. Конопкин, 2008; В.И. Моросанова, 2008; А.М. Матюшкин, 2008). Очерчено поле эмпирической репрезентации феноменов, выражающих организацию МК. Дефиниция «компетенция» обеспечивает взгляд на частные функциональные единицы поведения женщины, репрезентирующих тот или иной аспект её компетентности (Е.В. Харитоновна, 2007; М.В. Гуковская, 2007).

В разделе 1.3. «Условия и границы эмпирической репрезентации материнской компетентности» представлены данные психологического анализа организационной модели педиатрической помощи в первичном звене детского здравоохранения – детской участковой поликлинике. Он базируется на анализе постановлений Министерства здравоохранения и социального развития РФ, регламентирующих деятельность участковой детской поликлиники. Отражены: а) формальные основания взаимодействия матери и специалистов поликлиники; б) ролевые функции матери в нормативной модели педиатрической курации; в) основания рассогласования идеальных и реальных норм взаимодействия в социальной системе Мать-Ребёнок-Специалист поликлиники (Г.А. Балл, 1990; McCabe, 1998; Н.В. Wilson, 2001). Отмечен интерес к этим феноменам в зарубежной традиции (Дж. Равен, 2002; L.H. Roth, 1977; J.V. Hall, 1997; R. Wodak; 1996; Y. Engeström, 1993; L. Bell et al., 1998;

R. Engeström, 1999; H.V. Wilson, 2001; M. Shaw, 2001; R.M. Perloff et al., 2006; H.M. Buhl, 2008). В отечественных исследованиях они не освещены.

В разделе 1.3.1 «Контекст репрезентации материнской компетентности» аргументирована необходимость бимодальной оценки эффективности матери: как субъекта педиатрической практики и как субъекта взаимоотношений с ребёнком (Л.А. Эртель, 2008; L.H. Roth, 1977; J. Raphael-Leff, 1983; Y. Engeström, 1993; L. Bell et al., 1998; R. Engeström, 1999; H.V. Wilson, 2001; R.M. Perloff et al., 2006; H.M. Buhl, 2008).

В разделе 1.3.2 очерчены пространственно-временные границы, в которых раскрывается компетентность взрослого, несущего материнскую функцию. Они заданы: а) непосредственным взаимодействием Матери, Ребёнка и Специалиста поликлиники; б) коммуникативными и метакоммуникативными текстами этого взаимодействия; в) текстом карты индивидуального развития ребёнка (Карты), порождённым в интеракциях врача и родителей на протяжении всего периода курации ребёнка (R. Wodak; 1996; Y. Engeström, 1993; R. Engeström, 1999; H. V. Wilson, 2001; C. Roberts, S . Sarangi, 2005; C. Nijnatten, 2006). Обосновано предположение о существовании взаимосвязи содержания карты (отражающего объективную реальность организма ребёнка) и её метасодержания (отражающего природу текста самой Карты). Заданы основания доступа к изучению особенностей организации поведения матери в поле педиатрической практики. Обосновано наличие взаимосвязи направленности взаимодействия матери и врача с временной ориентацией поведения матери. Выделены критерии анализа временной организации поведения матери в поле педиатрической практики: ориентация иницируемого и развиваемого ею взаимодействия; его своевременность, последовательность, цикличность и завершённость. Особенности пространственно-временной организации поля социального взаимодействия субъектов педиатрической практики: неоднородность, нелинейность, асимметричность и напряжённость, – позиционированы как основание актуализации саморегуляторных составляющих МК (К. Левин, 2001; Н. Г. Осухова, 2005; К. А. Абульханова, 2009; А.М. Матюшкин, 2008; В.И. Моросанова, Е.А. Аронова, 2008).

В разделе 1.4. «Формы репрезентации материнской компетентности» рассмотрена операциональная структура поведения матери в поле амбулаторного педиатрического сервиса и обоснована базовая модель компетентности матери как субъекта педиатрической практики и заботы о здоровье ребёнка. Выделены маркеры компетентного поведения матери. Это: устойчивость позитивного эмоционального тона взаимодействия с ребёнком; эффективность оказываемой ему эмоциональной поддержки; согласованность интеракций с врачом на протяжении приёма; восприимчивость к институциональному дискурсу; лояльное отношение к регламенту и толерантность к нормативным фрустрирующим факторам педиатрической помощи. Перечисленные особенности отражают сформированность компетенций саморегуляторного регистра и компетенций, обеспечивающих регуляцию социальных отно-

шений (Б.Ф. Ломов, 1984; О.К. Тихомиров, 2007; А.М.Матюшкин, 2008; В.И. Моросанова, Е.А. Аронова, 2008; О.А. Конопкин, 2008; К.А. Абульханова, 2009; А.С. Прохоров, 2009). Способность матери к преобразованию субъектно-субъективных оснований жизнедеятельности и норм деятельности-взаимодействия в обстоятельствах болезни ребёнка; к предъявлению развёрнутого запроса на информацию, необходимую для принятия решения; к поддержанию личностно-ориентированного общения с ребёнком в обстоятельствах его заболевания и необходимости множественных медицинских манипуляций, – отражает зрелость компетенций, обеспечивающих самодетерминацию поведения (Д.А. Леонтьев, 1996, 1999; Г.И. Давыдова, И.Н. Семёнов, 2008;). Выделены компетенции матери, обеспечивающие оптимум её взаимодействия с ребёнком и динамическую надёжность операциональной композиции её поведения в клинически затруднённых ситуациях. Это: способность рефлексивно-диалогической поддержки деятельности-общения-взаимодействия в проблемной ситуации (Г.И. Давыдова, И.Н. Семёнов, 2008) и способность к предвосхищению ситуативного поведения ребёнка и тенденций развития ситуации в целом (К. Левин, 2001; Н.П. Ничипоренко, 2007, 2006). Маркеры этих способностей: лояльность к поведению ребёнка; конгруэнтность эмоционального, когнитивного и поведенческого плана ак-ти и аутентичность заявляемых женщиной намерений и реально предпринимаемых ею действий (К.Р. Роджерс, 1998; О.Н. Арестова, 2000; В.А. Петровский, М.В. Полевая, 2001; М.В. Рагулина, 2007). Степень эффективности социодинамических процессов, сопряжённых с распределением власти и информации в системе «Мать-Специалист поликлиники» определена способностью женщины к инициации, поддержанию и преобразованию систем значений, опосредующих процессы курации (D. Armstrong, 1983; H. Wilson, 2001; Y. Engeström, 2003; C. Nijnatten, 2005; S. Kvarnstrom, 2006).

ГЛАВА II «Модель экспликации функциональной структуры МК»

В разделе 2.1. отражены материалы и организационные методы исследования. Оно реализовано в период с 2003 по 2008 год на базе поликлинического отделения №2 Детской больницы №1 города Томска. В качестве базового критерия сформированности компетентности матери принята эффективность её поведения в аспектах, входящих в поле внимания педиатрической практики. Критерии оценки эффективности поведения матери, как субъекта попечения о здоровье ребёнка, разработаны на основании данных клинико-биографического и деконструктивного анализа 248 Карт индивидуального развития детей от 12 до 17-ти лет, отобранных из картотеки поликлинического отделения № 2 Детской больницы №1 города Томска. Основание отбора – полнота отражённых в документе клинико-биографических данных.

Принципы ситуативной оценки МК сформулированы в процессе наблюдения поведения 145ти женщин, предъявляющих на базе детской участковой поликлиники консультативный запрос медицинскому психологу. В качестве критерия оценки го-

товности ответственно действовать в проблемных обстоятельствах принята направленность субъектной активности матери, актуализируемой в поле консультативного приёма (А.Ф. Копьёв, 1996). На этом основании в общей выборке выделены 4 группы сравнения (численностью 54, 48; 27 и 16 женщин). Отслеживались принципиальные отличия в организации их активности в ситуативном и продольном временных планах. С этой целью в каждом случае подвергнута ретроспективной оценке эффективность материнского попечения о здоровье ребёнка и идентифицирован стиль родительского попечения (СРП). Качественному анализу подвергнуты 15 аудиопrotocolов консультативных встреч, наиболее ярко отражающих особенности организации активности матери в соответствующей группе сравнения. Результаты сравнительного анализа верифицированы посредством применения критерия Фишера φ^* .

Совместить разрешение исследовательских и практических задач разрешило применение модели консультирования ориентированного на актуальное состояние клиента (А.Ф. Копьёв, 1996). Оно обеспечило достаточно степеней свободы для решения задач клинико-психологического сопровождения педиатрической курации и открыло доступ к ресурсам личности матери, сопряженным с процессами саморегуляции и самодетерминации её жизнедеятельности.

Представлены критерии отбора первичных данных, раскрывающих специфику организации активности матери в поперечно-временном срезе. В поле включённого наблюдения фиксированы: а) паттерны, отражающие стилевые особенности общения-взаимодействия матери с ребёнком; б) её воспитательные приёмы, направленные на структурирование пространства и времени этого процесса; в) интенсивность, модальность и общая направленность эмоциональных откликов матери; г) субфеномены поведения матери, отражающие раскрытие или блокаду её творческого потенциала матери в пространстве события с ребёнком (А. В. Петровский 1985; Э.И. Мавтилискер, 1989; Е.В. Заика, 1993; М.В. Полевая, 1998; J. Raphael-Leff, 1983; J. Law et al.1999 и др.). Подвергнуты развёрнутому анализу фрагменты интервью, отражающие степень дифференцированности субъективного плана проблемной ситуации; интенциональную структуру активности, реализуемой женщиной в пространстве консультации, и её динамическую устойчивость (О.Н. Арестова, 2000; Н.П. Павлова, Т.Н. Ушакова, 2005). Отслеживались такие характеристики спонтанных сообщений матери, как: репрезентация чувств и мыслей – репрезентация фактов; контекстуальность – внеконтекстность; личностность – обезличенность и дифференцированная – диффузная временная структура предикативных конструкций (М.М. Бахтин, 1979; К.Р. Роджерс, 1998; M. Glanzberg, 2002).

В разделе 2.2. «Критерии прогностической оценки материнской компетентности в ситуативном временном плане» выделены особенности организации МК, соотносимые с социодинамическими или онтогенетическими аспектами прогноза здоровья ребёнка. Это: а) интенциональный профиль активности; б) функцио-

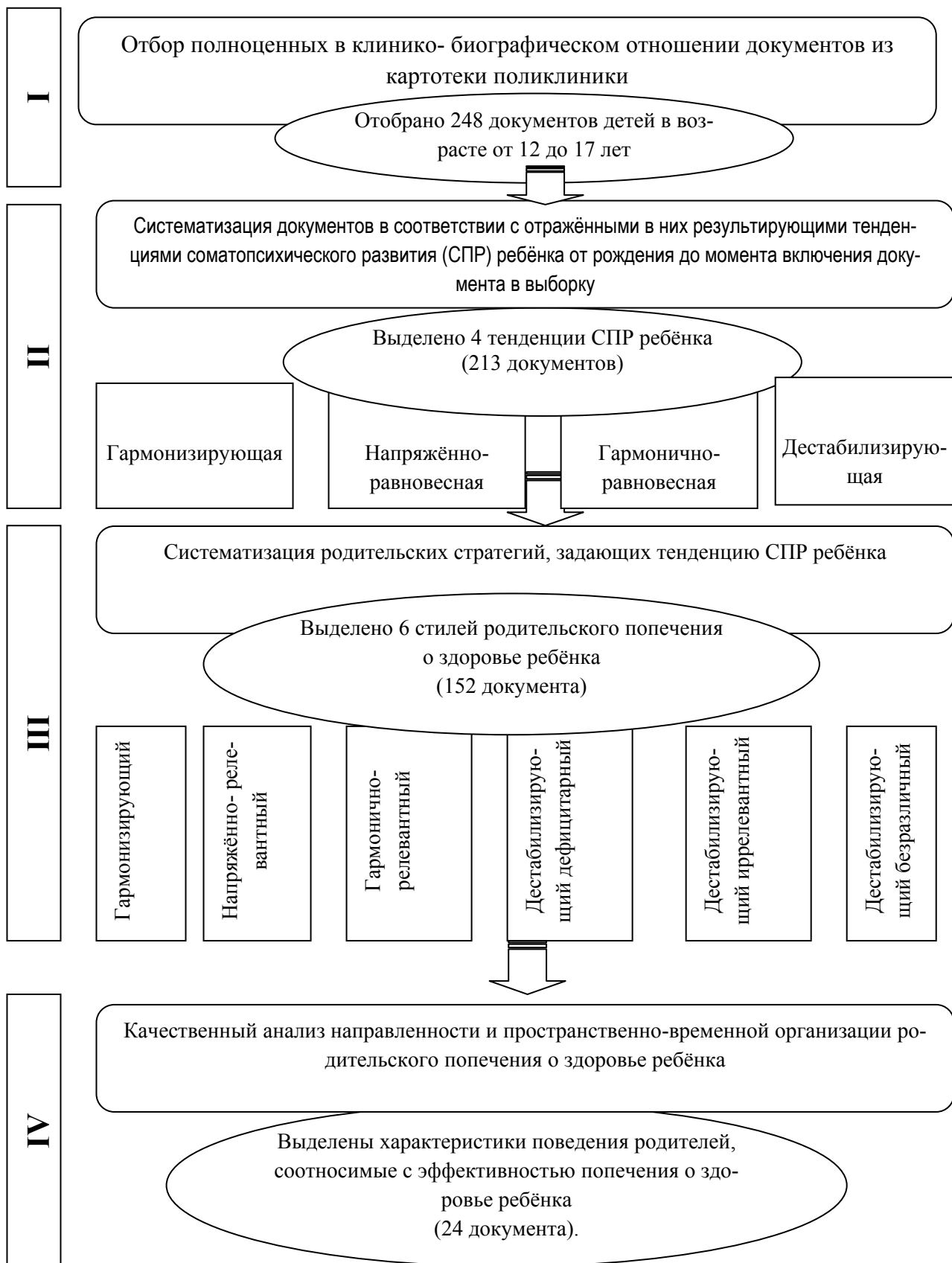
нальная структура и операциональная композиция поведения; в) временная организация субъективного основания поведения; г) результативность активности, реализуемой во внешнем плане и её субъективная оценка самой матерью (Ф.Е. Василюк, 1984; К.В. Карпинский, 2002; О.С. Анисимов, 2008; Давыдова, И.Н. Семёнов, 2008; Е.В. Николаенко, 2008; J. Harden, 2000). Раскрытие субъективного основания поведения матери обеспечено возможностями феноменологического, микросемантического и дискурс-аналитического подходов (Д.Л. Остин, 1986; Дж. Серль, 1987; К. Ясперс, 1997; Л. Филипс, М.В. Йоргенсен, 2004; Н.Д. Павлова, 2005; Н.В. Wilson, 2001; М. Crowe, 2005; А.В. Cicourel, 2006; S. Kvarnstrom, 2006, М.И. Воловикова, 2008).

Субфеномены МК, значимые в социодинамическом аспекте прогноза здоровья ребёнка, выделены на основании положений субъектно-деятельностного подхода и теорий социального взаимодействия (А.Н. Леонтьев, 1970; А.В. Брушлинский, 2003; Дж. Серль, 2007; J. Potter 1989; M. Glanzberg, 2002; Y. Engeström, 2003). Паттерны поведения матери, репрезентирующие ресурсные и проблемные зоны её компетентности, прогностически значимые в онтогенетическом отношении, выделены и уточнены в соотношении представлений об онтогенетических эффектах качества материнско-детского отношения с представлениями о формах его эмпирической репрезентации в общении – взаимодействии с ребёнком (Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская, 2006; Е.О. Смирнова, М.В. Соколова, 2007; И.П. Брызгунов, 2009; Н.А. Кравцова, 2009; J. Raphael-Leff, 1983; D.L. Laible. R.A. Thompson, 2000).

В разделе **2.3. «Критерии прогностической оценки компетентности матери в биографическом временном плане»** обоснован подход к прогностической оценке проблемных и ресурсных зон МК в продольном временном плане. Он базируется на идее деконструкции Ж. Деррида. Положение о множественности смыслов и отсутствии единой матрицы значения философского текста экстраполировано на биографический текст медицинского документа, порождённый в дискурсивной педиатрической практике, – содержание Карты. Центральную позицию разработанного приёма составляет положение: за каждой записью, отражающей реальность организма ребёнка, раскрывается факт взаимодействия педиатра и родителя ребёнка. Это позволило рассмотреть текст Карты как протокол взаимодействия специалистов поликлиники, матери и ребёнка, охватывающий весь период курации. Динамика интегративной оценки адаптивного статуса организма ребёнка (группы здоровья) рассмотрена как основание базовой оценки эффективности родительского поведения, направленного на заботу о здоровье ребёнка. Этот феномен представлен в Карте, как цепь частных врачебных записей, появляющихся вследствие интеракций родителя (чаще – матери) со специалистами поликлиники.

Выявление прогностически значимых проблемных и ресурсных зон МК определяющих конечную эффективность попечения о здоровье ребёнка представляет собой четырёхлинейный аналитический процесс (см. рисунок 1).

Рис. 1. Алгоритм разработки критериев оценки степени сформированности компетентности родителей в биографическом плане



ГЛАВА III «Структура и феноменология родительской компетентности в поле педиатрического сервиса» отражает результаты эмпирического этапа исследования. В качестве ключевой формы репрезентации МК в поле педиатрической практики рассмотрен стиль родительского попечения о здоровье ребёнка (СРП). Этот феномен определён как динамически устойчивая функциональная композиция способностей родителя, несущего материнскую функцию, обеспеченная спектром компетенций в поддержании и преобразовании норм и дискурсов социального взаимодействия в поле педиатрической практики и генетически взаимосвязанная с процессами самодетерминации и саморегуляции жизнедеятельности.

Раздел 3.1. посвящён изложению результатов сравнительного анализа 6 вариантов СРП, выделенных в результате изучения карт индивидуального развития.

Гармонично-релевантный и гармонизирующий стили имеют общие черты в плане: а) полноценности диагностико-реабилитационных циклов, инициируемых в обстоятельствах донозологической проблематики здоровья ребёнка; б) индивидуализации унифицированных схем курации профилактической модальности; в) рациональной, динамически устойчивой организации взаимодействия при явном приоритете инициативы родителей; г) интенсивного преобразования сложившихся норм взаимодействия в клинически отягощённых обстоятельствах. Всё это обеспечивает оптимальный для здоровья ребёнка прогноз разрешения ситуаций, связанных с конституциональными рисками или болезнью. Для напряжённо-релевантного стиля характерны: а) снижение в структуре взаимодействия с педиатрами удельного веса интеракций, ориентированных на абилитацию; б) размытая временная структура взаимодействия; в) запаздывающая инициация взаимодействия с педиатрами в обстоятельствах минимальных дисфункциональных состояний организма ребёнка. Однако все три описанных СРП объединяет инициативность родителей в формировании и преобразовании норм взаимодействия при выраженной рациональности этих норм и высокая доля ответственности, принимаемой родителями в клинически отягощённых обстоятельствах.

Неблагоприятная динамика становления адаптивных систем организма ребёнка – общий эффект дестабилизирующих стилей попечения. Он проявляется в снижении или истощении его потенциала, вплоть до хронических нарушений соматовисцеральных и вегеторегуляторных функций. Эта подгруппа СРП неоднородна. Изначально рациональная организация и чёткая временная структура инициируемых родителями циклов взаимодействия с педиатрами при дестабилизирующем дефицитарном стиле сближает его с более эффективными вариантами родительского попечения. Однако эти особенности динамически неустойчивы в обстоятельствах длящейся или интенсивной дестабилизации адаптивного статуса ребёнка. Сочетание ненадёжности рациональной организации эффективного родительского поведения с тенденцией выведения начальных (доклинических) признаков минимальных дисфункций организма ребёнка из дискурса педиатрической помощи рассмотрено как

фактор, задающий неблагоприятную для здоровья ребёнка динамику взаимодействия в системе Родители–Педиатр. Так случается в ситуациях, когда оптимизация адаптивного статуса ребёнка возможна за счёт реализации программ абилитационной или реабилитационной направленности.

Для дестабилизирующего иррелевантного стиля наиболее характерна иррациональная, хаотическая организация взаимодействия с педиатрами при явной избыточности диагностических и дефиците терапевтических и реабилитационно-ориентированных паттернов взаимодействия. Для дестабилизирующего безразличного стиля специфичны: редукция процессов взаимодействия родителей и специалистов поликлиники и грубая асимметрия распределения ответственности в системе Родители-Врач. Инициатива врача в развитии взаимодействия доминирует вплоть до угрожающих состояний ребёнка. Иррациональность, непоследовательность поведения родителей их безынициативность в клинических ситуациях, требующих решительных действий свидетельствует о первичной несформированности компетенций, обеспечивающих самодетерминацию родительского поведения. Это, безотносительно степени конституционального риска, рассматривается нами как неблагоприятный для здоровья ребёнка регулятивно-онтогенетический фактор.

Раздел 3.2. «Сравнительный анализ организации компетентности матерей в ситуативном временном срезе» отражает специфику репрезентации МК в поле непосредственного социального взаимодействия матери с ребёнком и специалистом поликлиники. Сравнительному анализу подвергнуты особенности пространственно-временной организации, операционально-стилевой аранжировки и интенциональной структуры поведения матерей, предъявляющих запрос на консультацию клиническому психологу детской поликлиники из различающихся субъектных позиций. Обобщающие положения сформулированы на основании экстраполяции на полученные данные представлений а) о вкладе процессов мышления, сознания и самосознания в процессы организации и регуляции поведения личности (О.Н. Арестова, 2000; О.К. Тихомиров, 2007; А.М. Матюшкин, 2008; В.И. Моросанова, 2008; О.А. Конопкин, 2008); б) закономерностях динамики в силовом поле социального взаимодействия и специфике обратной связи в коммуникативных системах (К. Левин, 2001; Н.Д. Павлова, 2005; А.Л. Журавлёв, А.Б. Купреченко, 2007; Э.И. Маствилискер, 1989; Г.И. Давыдова, И.Н. Семёнов, 2008; А.М. Матюшкин, 2008); в) организации и феноменологии высших форм поведения, обеспеченных способностью личности к самодетерминации и саморегуляции активности (К.В. Карпинский, 2002; А.В. Ключко, О.М. Краснорядцева, 2002; В.Е. Ключко, 2005; В.И. Моросанова, 2008; О.А. Конопкин, 2008; Г.В. Залевский, 2009; А.О. Прохоров, 2009).

В качестве основания для отнесения варианта запроса матери в I группу (субъектно-активный, ситуационно-ориентированный запрос), рассмотрена выраженность субъектной активности матери при её ориентации на поиск ресурсов для разрешения проблемной ситуации. Во II группу (субъектно-активный субъект-

ориентированный запрос) – выраженность субъектной активности матери при её ориентации на поиск возможностей для реорганизации взаимоотношений с ребёнком в проблемной ситуации. В III (пассивный объект-ориентированный запрос) – диффузная, размытая субъектная позиция матери при выраженной изоляции ядра заявляемой проблемной ситуации от проприативного центра активности женщины. В IV группе (безсубъектный, беспредметный запрос) матери входят в поле приёма под давлением внешних обстоятельств. Их активность в консультативном процессе минимальна и направлена на отрицание каких-либо затруднений жизнедеятельности психологической природы. Таким образом, выделенные группы сравнения отражают принципиальные различия матерей по степени готовности ответственно действовать в проблемной ситуации материнства и направленности этих действий.

Представлены развёрнутые характеристики поведения матерей, отражающие дефицит и состоятельность компетенций саморегуляторного и регуляторного регистра. Выраженная, динамически устойчивая интенциональная и операциональная организация поведения; его осознанность, рациональность, последовательность и эффективность в вариативных планах ситуационного социального взаимодействия, характерные для матерей I группы, – отражают высокий вклад сознания и самосознания в процессы саморегуляции поведения. Субъективный план проблемной ситуации в этой группе матерей согласован с общим планом повседневной жизнедеятельности семьи. Его транспектива открыта в будущее и прошлое. Социальный ландшафт проблемной ситуации персонифицирован, дифференцирован, нейтрален или потенциально дружелюбен. Взаимодействие матери с ребёнком высокоэффективно, диалогично, обеспечено точной и адресной обратной связью. Функциональная эффективность высших уровней субъектности женщины обеспечивает оптимальное для здоровья ребёнка разрешение проблемной ситуации и прохождение ближайших критических этапов развития.

Ряд характерных для II группы матерей особенностей организации активности повышает риск дестабилизации процессов становления личностных компетентностей ребёнка, обеспечивающих психосоциально-этический аспект его здоровья. Это: динамическая неустойчивость эффективной композиции операциональных средств поведения; уязвимость его ценностно-смысловых оснований для индукций со стороны чужеродных систем значений; фрагментация временной ткани субъективного опыта, обеспеченная протенционными следами собственного травматического опыта. С другой стороны: доступность проприативного ядра субъектности женщины; сформированность ценностно-смыслового основания её поведения; наличие потенциально осознаваемого опыта эффективного разрешения задач материнства и способность инициировать и развивать рефлексивно-диалогическое взаимодействие – обеспечивают ресурс оптимизации взаимоотношений матери с ребёнком. Таким образом, специфика поведения матерей II группы не может быть оценена однозначным образом

Дезинтеграция временно-пространственной организации субъективного основания поведения; его размытая интенциональная структура; дефицит регулирующей и организующей функции мотива и цели – отражают первичную несформированность способностей к самодетерминации и саморегуляции деятельности у матерей III группы. Временная организация их поведения деформирована, насыщена фиксированными содержаниями прошлого. Планы будущего искажены. План настоящего дезорганизован. Перцептивный образ проблемной ситуации размыт. Функции антиципации результатов собственного поведения низкоэффективны. Интенциональный потенциал речевого действия сужен. Такие характеристики поведения в проблемной ситуации свидетельствуют о низкой функциональной активности процессов сознания и самосознания. Этот дефицит проецируется и в пространство взаимодействия с ребёнком. Прямым следствием этого дефицита являются: низкая эффективность в разрешении ситуативных задач; высокое напряжение функций контроля поведения ребёнка и дезорганизация процессов предоставления и принятия обратной связи. Характерный для этих женщин дефицит компетенций социорегуляторного регистра отражен в анонимности, отчуждённости социального ландшафта проблемной ситуации; его насыщенности избыточными и амбивалентными эмоциональными связями и конфликтными треугольниками.

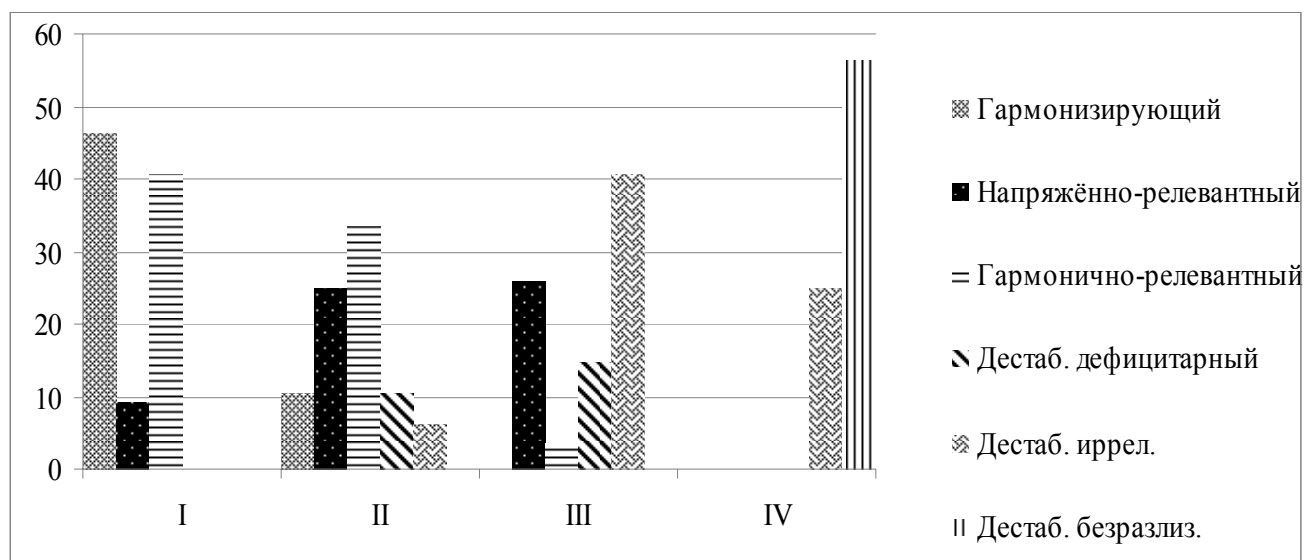
Матери IV группы входят в консультативный процесс, побуждаемые специалистами врачебного звена поликлиники, либо необходимостью получения социальных льгот того или иного характера. В структуре их ситуативной активности высокий удельный вес составляют паттерны реактивного поведения. Здесь особенно напряжён контроль прозрачности границ событийного поля материнско-детской диады. Ситуативные действия этих женщин преимущественно направлены на редукцию взаимодействия с психологом. Матери этой группы либо безразличны в отношении нормы взаимодействия, предлагаемой специалистом, либо неуспешны в её поддержании и преобразовании.

В разделе 3.3. «Взаимосвязь ситуативного и биографического плана материнской активности в прогнозе здоровья ребёнка» отражены результаты сравнительного анализа СРП в группах матерей. Описана тенденция элиминации онтогенетически благоприятных стилей от I к IV группе сравнения (см. рисунок 2).

Это позволило выдвинуть предположение о генетической взаимосвязи между сформированностью высших уровней субъектности личности женщины и эффективностью её попечения о здоровье ребёнка. Вариативность стилей попечения во II группе может отражать специфическую уязвимость материнской функции, сопряжённой с заботой о здоровье ребёнка, в силу астенизации саморегуляторного потенциала. Аргументом в пользу этого предположения является увеличение во II группе квоты низкоэффективных напряжённо-релевантных стилей попечения о здоровье ребёнка ($\varphi^*_{II-I}=4,31$, при $p \leq 0,01$) и появлению стилей дестабилизирующих – дефицитарных ($\varphi^*_{II-I} = 3,31$, при $p \leq 0,01$). В пользу этого предположения свидетельствуют

также очевидное преобладание среди родителей, реализующих попечение о здоровье ребёнка в дефицитарном стиле представителей семей, существование которых значительно затруднено таким фактором, как неполнота семьи ($\varphi^*_{\text{дд-г}} = 3,27$; $\varphi^*_{\text{дд-нр}} = 2,79$; $\varphi^*_{\text{дд-гр}} = 3,75$, при $\rho \leq 0,01$).

Рис. 2. Репрезентация СРП в группах сравнения



Различия в стратегиях матерей I и III групп, направленных на преодоление критических клинических ситуаций, сопряжённых с тяжёлым заболеванием ребёнка принципиальны. Чёткость и дифференцированность перцептивного образа этих ситуаций; открытая транспектива актуализированного опыта, и её очевидная дифференцированность; сочетание явных признаков активного переживания с эффективным удержанием временных границ актуальной ситуации взаимодействия; способность сохранять дискурс личностно-ориентированного отношения к ребёнку в критических обстоятельствах, – всё это отражает сформированность и функциональную эффективность компетенций, обеспечивающих процессы самодетерминации и саморегуляции поведения у женщин, составивших I группу. Полноценность систем значений профессионального медицинского дискурса, обеспечивавших терапевтические и реабилитационные мероприятия в ситуации болезни ребёнка, во взаимосвязи с паттернами ситуативного преобразования нормы курации его развития – свидетельствует о зрелости компетенций социорегуляторного регистра.

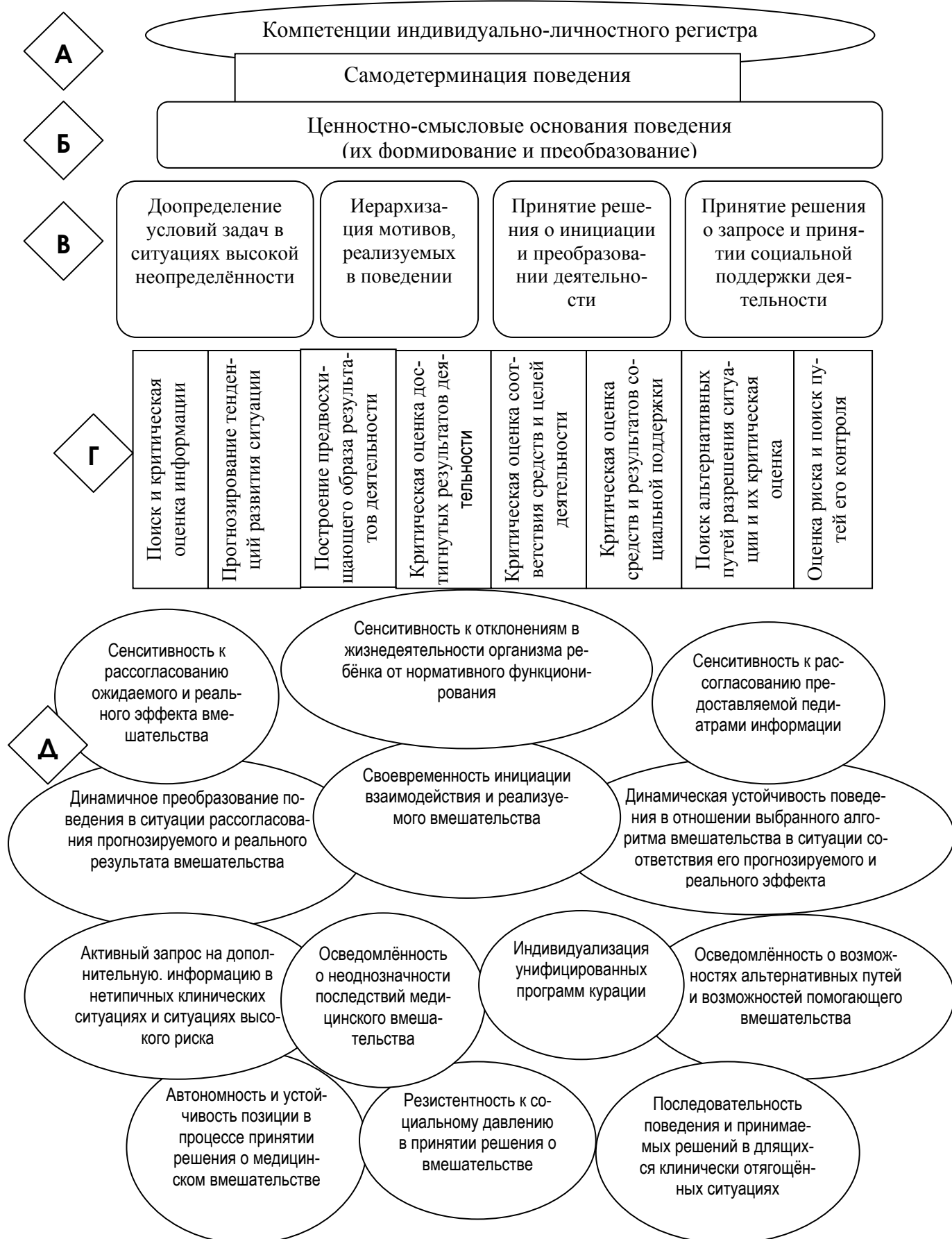
В III группе матерей деформация временной структуры опыта преодоления клинических обстоятельств и низкая дифференцированность субъективных и объективных аспектов ситуации, – соотносимы с дефицитом компетенций, обеспечивающих процессы саморегуляции и самодетерминации. Здесь обнаружены некоторые различия композиции речевых средств женщин, реализующих заботу о здоровье ребёнка в дефицитарном, напряжённо – релевантном и иррелевантном стиле. В ситуации дефицитарного стиля, системы значений медицинского дискурса, обеспечившие

в своё время процессы преодоления болезни ребёнка, или недоступны, или актуализируются фрагментарно, с выраженными искажениями. У матерей этой группы, реализующих заботу о здоровье ребёнка в напряжённо-релевантном стиле, профессиональный медицинский дискурс, напротив, выражен избыточно. Он функционально напряжён в ситуации атрибутирования неэффективного или социально нежелательного поведения ребёнка. У этих матерей выражены: а) тенденция к дезактуализации речевых конструктов, репрезентирующих ценностное, индивидуально-личностное отношение к ребёнку, сопряжённая с актуализацией опыта преодоления его болезни; б) линейность процессов антиципации и обратной связи, обеспечивающих инициацию и преобразование взаимодействия со специалистами поликлиники. В данной подгруппе субъективный план ситуации болезни ребёнка размыт или избыточно контрастен. В репрезентации клинической ситуации акцентирован и дифференцирован образ состояния ребёнка в наиболее тяжёлые моменты, однако не отражена его положительная динамика. Выражена дезорганизация транспективы развития ребёнка, сопряжённая с критическими обстоятельствами прошлого. У матерей, реализующих заботу о здоровье ребёнка в дестабилизирующем иррелевантном стиле, субъективный образ ситуации болезни ребёнка дезинтегрирован. Конструкты медицинского дискурса актуализируются хаотично, вне связи контекста их актуализации с их же содержанием. Состояние ребёнка и в критической ситуации, и в актуальный момент представлено фрагментарно. Низкая дифференциация обстоятельств, сопряжённых с проблематикой здоровья ребёнка, отражает качество отношения матери и оценивается нами как прогностически неблагоприятный для здоровья ребёнка признак.

В IV группе матерей преобладают пренебрегающие и иррелевантные стили попечения о здоровье ребёнка (при $p < 0,01$ в сравнении с каждой из групп). Маркером первичного дефицита МК здесь является дезинтеграция клинического взаимодействия со специалистами педиатрического сервиса, проявляющаяся уже на первом году жизни ребёнка. В Карте она раскрывается в рассогласовании составляющих диагностико – терапевтического цикла и элиминации превентивно ориентированных составляющих взаимодействия с педиатрами. В ситуативном поле – во фрагментарном восприятии матерью соматопсихического статуса ребёнка и низкой дифференциации ею частных аспектов актуальной ситуации его развития. Сочетание онтогенетически неблагоприятных вариантов материнской заботы о здоровье ребёнка с закрытой, отстранённой позицией матери, занимаемой во взаимодействии со специалистами поликлиники, мы рассматриваем как прогностический маркер выраженного неблагополучия развития ребёнка в ближайшей и в отдалённой перспективе.

Рис. 3. Функциональная структура и феноменология составляющей компетентности матери, обеспечивающей самодетерминацию поведения.

Здесь: А – глобальная направленность компетенций. Б – объект, на который направлены компетенции; В – функциональные эффекты актуализации компетенций; Г – спектр обеспечиваемых операций;



Раздел 3.4. «Структурно-функциональная модель материнской компетентности и её прикладное значение» посвящён теоретическому обобщению результатов эмпирического исследования. Систематизированы представления о составляющих МК, несущих функции самодетерминации и саморегуляции попечения о здоровье ребёнка и регуляции социальных отношений с лицами, вовлечёнными в этот процесс. Они представлены в ряде схем, отражающих функциональную структуру и феноменологию МК в поле педиатрической амбулаторной практики. На рисунке 3 приведена схема представлений о репрезентации компетенций матери, обеспечивающих процессы самодетерминации. Таким же образом представлены способности саморегуляторного и социорегуляторного регистра.

Выдвинуто предположение о возможности компенсации дефицита компетенций матери того или иного уровня за счёт напряжения ресурсных функциональных звеньев. Их вовлеченность в компенсаторные процессы в индивидуально-нормативных обстоятельствах родительства рассмотрена как фактор риска дезорганизации материнского поведения в клинических ситуациях, требующих решительных и последовательных действий в интересах здоровья ребёнка. Гипотетическая модель процесса дезинтеграции МК в условиях продолжительной или интенсивной клинической ситуации, истощающей компенсаторный потенциал способностей матери приведена на рисунке 4.

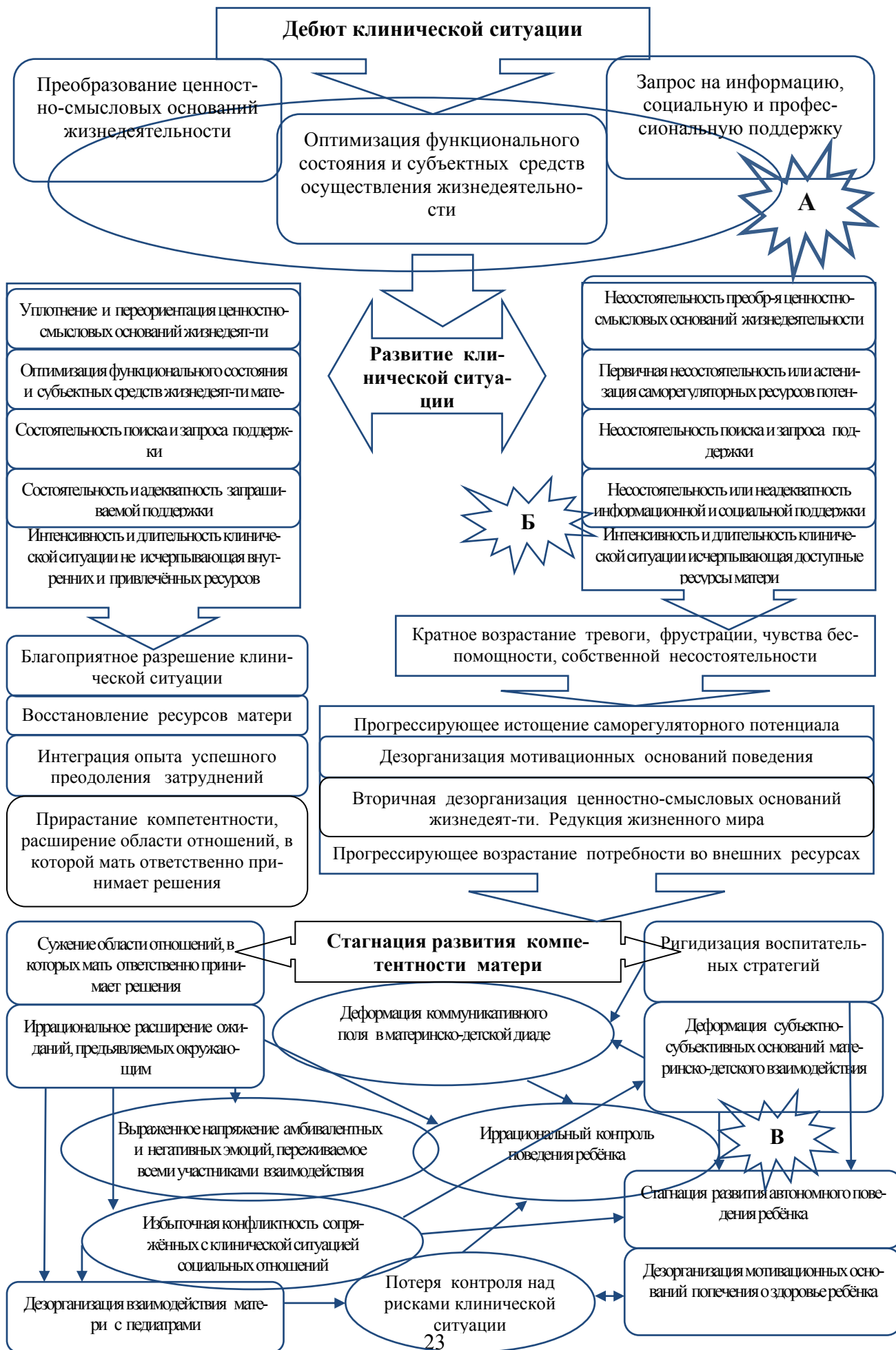
Раскрытие базовых положений работы позволило сформулировать следующие **выводы:**

1. Прогноз и контроль социально-психологических факторов риска здоровья ребёнка в поле амбулаторной педиатрической практики возможен на основании рассмотрения материнской компетентности как системы способностей взрослого, несущего функции матери, к активным, осозанным и эффективным действиям в интересах здоровья ребёнка.

2. В пространственно-временных границах амбулаторного педиатрического сервиса специфическим эмпирическим референтом материнской компетентности является стиль попечения о здоровье ребёнка. Тенденции его формирования отражены в карте индивидуального развития ребёнка и уже на первом году его жизни входят в поле зрения врача. Дезинтеграция попечения матери о здоровье ребёнка в младенческом возрасте является предвестником онтогенетически неблагоприятных форм коммуникации матери и ребёнка на последующих этапах.

3. Подход, позволяющий выявить прогностически значимые особенности стилевой организации взаимодействия матери со специалистами педиатрического сервиса, ситуативного общения-взаимодействия с ребёнком и попечения о его здоровье базируется на методе систематизированного наблюдения и анализе коммуникативных и метакоммуникативных текстов социального взаимодействия в поле амбулаторной педиатрической практики.

Рис. 4. Модель процесса функциональной дезинтеграции компетентности матери в клинически-отягощённой ситуации.



4. Структурно-функциональная модель МК позволяет прогнозировать тенденции поведения матери в динамике частных клинических ситуаций и эффективность поиска и своевременной мобилизации ею ситуативно-необходимых внутренних и внешних ресурсов в обстоятельствах, сопряжённых с болезнью ребёнка. При этом способность к самодетерминации и саморегуляции поведения позволяет женщине перераспределить энергетические, временные, материальные и информационные ресурсы с учётом вновь возникающих обстоятельств, а способности социорегуляторного регистра гарантируют ей адекватную социальную поддержку и позволяют с оптимальным эффектом использовать ресурсы детского здравоохранения.

4.1. Дефицит функциональных составляющих компетентности матери является фактором риска снижения эффективности её взаимодействия со специалистами поликлиники в ситуациях, сопряжённых с заболеванием ребёнка. Контроль этого риска требует введения в группу специалистов, курирующих ребёнка в подобных обстоятельствах, медицинского психолога. Показанием к расширению помогающей бригады является сочетание выраженных проявлений дефицитарности материнских компетенций с клинически обоснованной необходимостью реализации последовательной программы медицинского вмешательства в интересах здоровья ребёнка.

4.2. Контроль рисков здоровья ребёнка, сопряжённых с первичным комплексным дефицитом компетенций матери требует внеситуативного мультипрофессионального (медико-психологического и социально-педагогического) мониторинга его безопасности в системе семейных отношений.

5. Обстоятельства, длительно или интенсивно затрудняющие жизнедеятельность материнско-детской диады, повышают риск снижения эффективности поведения матери в клинических ситуациях, требующих реализации пролонгированных программ медицинского вмешательства. Это связано с прогрессирующей астенизацией личностных ресурсов матери, обеспеченных её компетентностью.

5.1. Предвестником этого риска является нарастание в поведении матери маркеров ситуативного дефицита компетенций саморегуляторного регистра. Это является фактором, задающим неблагоприятный для здоровья ребёнка прогноз разрешения актуальной клинической ситуации, и требует ситуативного включения в помогающую бригаду специалистов детской поликлиники медицинского психолога.

5.2. Возрастание напряжения социорегуляторных средств матери, при выраженной ригидизации норм взаимодействия в системе Мать–Ребёнок–Специалист является высоко вероятностным признаком ситуативной стагнации материнской компетентности и её прогрессирующего дефицита на последующих этапах развития ребёнка. В подобных ситуациях контроль рисков здоровья ребёнка требует ситуативного подключения к работе с семьёй медицинского психолога и социального педагога.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

Статьи в журналах, рекомендованных ВАК

1. Тюлюпо С.В. Карта индивидуального развития ребёнка как объект клинико-биографического анализа / С.В. Тюлюпо // Вестник Томского государственного университета. – 2010. – № 330. – С. 164–167.
2. Тюлюпо С.В. Карта индивидуального развития ребёнка: текст и метасодержание в деятельности клинического психолога / С.В. Тюлюпо // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 30. – С. 102–106.

Публикации в других научных изданиях

3. Тюлюпо С.В. Мать и ребёнок: общение в свете психосоматической парадигмы / С.В. Тюлюпо // Сибирский психологический журнал – 2001. – № 14-15. – С. 77 – 85.
4. Тюлюпо С.В. Детство: опыт жизни или опыт болезни / С.В. Тюлюпо / Поиск идентичности – экзистенциальный опыт в образовании. – Томск : Спринт, 2001. – С. 348–387.
5. Тюлюпо С.В. Врач и пациент: герменевтические аспекты интерактивного процесса. Введение в исследование / С.В. Тюлюпо // Актуальные вопросы психиатрии : материалы IX научной отчетной сессии ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. – Томск, 2003. – С. 114–116.
6. Тюлюпо С.В. Психологическое обеспечение педиатрической курации в условиях детской участковой поликлиники / С.В. Тюлюпо // Профориентация и психологическая поддержка населения : теория и практика : материалы пятой межрегиональной научно-практической конф., 20 мая 2003 г. – Томск, 2003. – С. 192–196.
7. Тюлюпо С.В. Субъективный телесный опыт: онтогенетический аспект / С.В. Тюлюпо // Ананьевские чтения – 2004 : материалы науч.-практ. конф. – СПб., 2004. – С. 296–298.
8. Тюлюпо С.В. Формы родительского запроса в системе психологического сопровождения врачебной курации в первичной педиатрической сети / С.В. Тюлюпо // Профориентация и психологическая поддержка : теория и практика : материалы Всерос. науч.-практ. конф., 4 мая 2004 года. – Томск, 2004. – С. 271–277.
9. Тюлюпо С.В. Экзистенциальные аспекты детско-родительских отношений в контексте формирования психосоматических расстройств детского возраста / С.В. Тюлюпо // Психические нарушения в детском и подростковом возрасте (Клинические, терапевтические и соц-реаб. аспекты) : материалы НПК. Сентябрь 2004. Томск / под эгидой ГУ НИИ ПЗ РАМН СО ТНЦ и ТОКПБ. – Томск : РАСКО, 2004. – С. 181–191.
10. Тюлюпо С.В. Сомато-психическое развитие личности: возможности прогноза и превенции девиаций в детском возрасте / С.В. Тюлюпо // Методологические проблемы современной психологии: иллюзии и реальность : материалы

- Сибирского психологического форума 16–18 сентября 2004 г. – ТГУ. – С. 472–478.
11. Тюлюпо С.В. Субъективный телесный опыт: динамика в пространстве общения ребёнка и взрослого / С.В. Тюлюпо // Сибирский психологический журнал. – 2005. – № 22. – С. 55–65.
 12. Тюлюпо С.В. Перинатальная травма центральной нервной системы как конституциональное основание интегральной индивидуальности / С.В. Тюлюпо, О.А. Стонога // Активность – индивидуальность – субъект : материалы Всероссийской научной конференции с международным участием, посвящённой 110-летию со дня рождения В.С. Мерлина. 2–4 октября 2008 г. – Пермь, 2008. – С. 201–203. (доля авторского участия 70 %)
 13. Тюлюпо С.В. Социально-психологическая структура клинического взаимодействия в участковой педиатрической сети / С.В. Тюлюпо // Познание в структуре общения / под ред. В.А. Барабанщикова, Е.С. Самойленко. – М., 2008. – С. 91–98.
 14. Тюлюпо С. В. Субъектная активность матери как детерминанта здоровья ребёнка / С.В. Тюлюпо // Активность и ответственность личности в контексте жизнедеятельности : материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 15-летию фак. психологии Омск. гос. ун-та им. Ф. М. Достоевского, 9–10 октября 2008 года. – Омск, 2008. – С. 207–212.
 15. Тюлюпо С. В. Мультипрофессиональное взаимодействие на базе детской участковой поликлиники: поиск подходов / С.В. Тюлюпо // Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья : материалы IV Международного Конгресса. Киров, 22-24 сентября 2009 г. – М. : ЗЕТ-СТИЛ, 2009. – С. 153–154.

Подписано в печать 06.04.2011 г.
1,5 п.л. Тираж 100 экз.
Отпечатано в ООО «Позитив-НБ»
634050 г. Томск, пр. Ленина 34а