

УДК 159.922.76

**И. Е. Валитова**

канд. психол. наук, доц., проф. каф. социальной работы  
Брестского государственного университета имени А. С. Пушкина  
e-mail: irvalitova@yandex.ru

## **ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИНСКОГО ОТНОШЕНИЯ К ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ**

*Рассматриваются особенности отношения матери к ребенку раннего возраста, которое понимается как система чувств по отношению к ребенку и поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним. В эмпирическом исследовании выявлены особенности типов родительского отношения матери к ребенку раннего возраста с неврологической патологией и без неврологического диагноза. Материнское отношение к маленьким детям характеризуется как отношение принятия, матери выражают стремление к близости с ребенком, к сотрудничеству с ним в совместной деятельности, проявляют искренний интерес и участие в его делах. Наличие у ребенка раннего возраста неврологической патологии не оказывает существенного влияния на материнское отношение к нему, которое характеризуется как принимающее и заинтересованное. Полученные данные свидетельствуют о существенных различиях материнского отношения к детям с отклонениями развития раннего возраста по сравнению с матерями детей более старших возрастов.*

### **Введение**

Среди целей устойчивого развития на период до 2030 г. ООН определила обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте. Важнейшей современной проблемой на пути решения этой задачи, по определению Всемирной организации здравоохранения, является психическое здоровье матери, актуальность которой явилась основанием для учреждения Международного дня здоровья и прав матери. Благополучное развитие детей в раннем возрасте невозможно без благополучия в отношениях матери и ребенка.

В соответствии с основными положениями программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 гг. общенациональными задачами в социальной политике государства являются поддержка семей с детьми и укрепление института семьи. Современный этап деятельности служб помощи детям в раннем периоде онтогенеза в Республике Беларусь характеризуется разработкой стандартов раннего вмешательства и его нормативного обеспечения. Реализация семейно-центрированного подхода к раннему вмешательству требует методических разработок для реализации идеи семейного контекста в возникновении и преодолении нарушений развития маленьких детей. В этой связи теоретические исследования и практические разработки в области раннего детства являются актуальными и практически значимыми в соответствии с реализацией национальных задач в области семьи, охраны материнства и детства.

Ранний возраст – период от одного года до трех лет – традиционно рассматривается как сензитивный период для развития ребенка, отличающийся высоким темпом психофизического развития; ребенок в этом возрасте легко подвергается вредоносному воздействию биологических и психологических факторов. В то же время ранний период онтогенеза получил название диадного возраста, что означает неразрывную связь ребенка и матери (или другого близкого взрослого), а также существенную роль матери в обеспечении благополучного развития ребенка [1].

В психологических исследованиях детско-родительские отношения, в том числе отношения матери и ребенка, рассматриваются широко и многоаспектно. В исследованиях родительства и родительской любви в качестве основного психологического понятия используется понятие родительской/материнской позиции (А. Б. Айвазян, Е. И. Захарова,

С. Е. Иневаткина, А. С. Спиваковская), которая понимается как позиция посредника в освоении ребенком культуры и социально-исторического опыта. Материнская позиция реализуется на фоне высокой эмоциональной насыщенности и значимости отношений матери и ребенка, она характеризуется особой субъективностью и предвзятостью к успешности развития ребенка с одной стороны и стремлением обеспечить его эмоциональное благополучие с другой стороны. «Родительская позиция, понимаемая как система установок в отношении к социальной позиции родителя, содержит несколько векторов направленности. Так, она содержит отношение к ребенку, к себе в роли матери и, наконец, к самой материнской роли, задаваемой социальной позицией родителя» [2, с. 73].

В разных психологических школах рассматривается дихотомия, или полярность, отношения матери к ребенку, которая определяется Е. О. Смирновой и М. В. Соколовой как личностное и предметное начало родительского отношения. «С одной стороны, главной характеристикой родительского отношения является любовь, которая определяет доверие к ребенку, радость и удовольствие от общения с ним, стремление к его защите и безопасности, безусловное принятие и внимание, ценностное отношение к нему. С другой стороны, родительское отношение характеризуется требовательностью и контролем» [3, с. 84]. По мере взросления ребенка представленность личностного начала в материнском отношении к ребенку уменьшается, а значимость предметного начала, наоборот, возрастает. Это означает, что при сохранении личностного начала материнского отношения возрастают требования к ребенку, увеличиваются ожидания определенных действий, поступков, достижений, становится более дифференцированной оценка его качеств и развития его способностей.

Родительское отношение понимается как система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера и личности ребенка, его поступков. В родительском отношении А. Я. Варга [4] выделяет три структурных компонента: интегральное принятие или отвержение ребенка, межличностная дистанция, форма и направление контроля за поведением ребенка. На основе данного определения А. Я. Варга и В. В. Столин [5] разработали диагностическую методику, оценивающую родительское отношение по трем основным компонентам:

1) степень эмоционального отношения к ребенку, которое может быть как положительным (эмоциональное принятие, отражающее уважение и признание его личности), так и отрицательным (эмоциональное отвержение, выражающееся в раздражении, злости на ребенка, который воспринимается неприспособленным и неудачливым);

2) стремление родителя к партнерским отношениям с ребенком, заинтересованность в его делах и планах, а также поощрением самостоятельности и инициативы ребенка;

3) уровень межличностной дистанции в общении с ребенком: постоянная тревога за ребенка, стремление удовлетворить все его потребности, оградить от трудностей и неприятностей.

Авторами были определены несколько типов родительского отношения к ребенку: принятие, непринятие, кооперация, симбиоз, контроль, инфантилизация.

Особенности материнского отношения определяются характеристиками как матери, так и ребенка. Как подчеркивает А. Я. Варга, существует две группы причин нарушения отношений между родителями и детьми: «первые касаются в основном ребенка, его психологических особенностей и поведения в семье; вторые относятся прежде всего к родителям, к их поведению, манере обращения и воспитания ребенка» [4, с. 4]. Возникает предположение о наличии сложного рисунка взаимодействия материнского фактора и фактора ребенка в установлении отношений между ними, поэтому при реали-

зации возрастных особенностей ребенка и при наличии у него отклонений в развитии материнское отношение к ребенку будет характеризоваться существенной спецификой.

В ряде работ описываются особенности материнского отношения к ребенку с разными видами отклонений в развитии. Отношение матери к ребенку с интеллектуальной недостаточностью отличается от отношения матерей к нормально развивающимся детям: чаще всего диагностируются такие виды родительского отношения, как потворствующая гиперопека, эмоциональное отвержение, недостаточная отзывчивость. Эмоциональное неприятие ребенка является основным стилем дисгармоничного родительского отношения в семьях с детьми с проблемами в интеллектуальном развитии [6]. Отношение матери к ребенку, имеющему интеллектуальные нарушения, является противоречивым: ребенок с интеллектуальной недостаточностью эмоционально отвергается матерью, он воспринимается как инфантильный, личностно и социально несостоятельный, неприспособленный и неумелый. Такое отношение матери нередко выливается в раздражение, нетерпимость, унижение достоинства ребенка [7]. По данным О. Б. Чаровой [8], матери детей с интеллектуальной недостаточностью, с одной стороны, эмоционально отвергают ребенка, а с другой стороны, устанавливают симбиотические отношения с ним.

У матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, по мере взросления детей происходит изменение когнитивной и эмоциональной составляющих материнской позиции, как установила О. Л. Романова [9]. Если в первые три года жизни ребенка материнская позиция представляет собой принятие ребенка за счет защитного переживания дефекта и неполного представления о нем, то с течением времени она перестраивается в сторону отвержения ребенка. Принятие ребенка, по мнению автора, не является признаком уважения к личности ребенка, а представляет собой следствие вытеснения переживаний и анозогнозического отношения к нарушению у ребенка.

Большинство исследований, в которых анализировалось материнское отношение к ребенку с отклонениями в развитии, проведены на детях дошкольного и школьного возрастов. Особенности материнского отношения к детям раннего возраста анализируются лишь в единичных исследованиях. С. А. Синдяк установлено, что у большинства матерей, имеющих детей 2–3 лет с резидуально-органическим поражением ЦНС, наблюдаются отрицательные чувства и тревожность, они неадекватно оценивают особенности психофизического развития ребенка, что проявляется в существовании противоречивого отношения к детям [10].

А. Б. Айвазян и Г. Ю. Одиноква [11] характеризуют отношение матери к ребенку раннего возраста с синдромом Дауна как преимущественно эмоционально позитивное или амбивалентное, и оно задается личностными особенностями матери, в частности содержанием ее ценностно-смысловой сферы, смыслами материнства и ценностью ребенка. Таким образом, исследователи чаще говорят о наличии противоречивого отношения матерей к детям раннего возраста с отклонениями в развитии.

Цель исследования, представленного в данной статье – выявить особенности материнского отношения к ребенку раннего возраста с неврологической патологией. В качестве методического инструмента был использован «Опросник родительского отношения» (ОРО), разработанный А. Я. Варгой и В. В. Столиным [5]. Этот опросник является наиболее известным и используемым методом диагностики в отечественной психологии [3], что рассматривается авторами как доказательство его валидности и надежности. Однако опросник разрабатывался для выявления родительского отношения к детям в условиях нормотипичного развития, и он не предназначен для родителей, имеющих детей с нарушениями развития, хотя и нередко используется в таких случаях.

Модификация опросника осуществлена И. Н. Галасюк и О. В. Митиной [12] с целью адаптации данного опросника к работе с родителями детей, имеющих преиму-

щественно ментальные нарушения. В процессе адаптации опросника в качестве респондентов выступали родители, имеющие детей с нарушениями развития в возрасте от 2 лет и старше. Опросник состоит из 30 вопросов, ответы на которые позволяют определить 5 типов родительского отношения: принятие, кооперация, симбиоз, контроль, инфантилизация. По сравнению с оригинальным опросником, который позволяет определить шесть типов родительского отношения, вопросы, относящиеся к шкале непринятия, при обработке были объединены с вопросами, относящимися к шкале принятия. Данный опросник мы использовали для выявления типов родительского отношения у матерей, имеющих детей раннего возраста.

В нашей работе в качестве респондентов выступали матери детей раннего возраста, которые были разделены на две группы. 1-я группа – 114 матерей детей с неврологической патологией (НП): неврологические диагнозы включали последствия раннего органического поражения центральной нервной системы (G98.9, 98.8), детский церебральный паралич (G80). Все дети проходили курсы реабилитации в Брестском областном центре медицинской реабилитации «Тонус». 2-я группа – 94 матери, имеющие нормотипичных детей (НТ), без неврологического диагноза. Отбор матерей осуществлялся методом простой случайной выборки, в том числе в дошкольных учреждениях и в детских поликлиниках г. Бреста. Матерям предлагали заполнить бланк опросника, работа проводилась индивидуально. В каждой группе выделены три возрастные подгруппы, и анализ результатов проводился по шести подгруппам детей разного возраста, имеющих и не имеющих неврологических расстройств (данные представлены в таблице 1).

Таблица 1. – Количественный состав подгрупп детей

Возрастные подгруппы	Дети с неврологической патологией (НП)*	Дети без неврологического диагноза, или нормотипичные дети (НТ)*
1 год – 1 год 11 месяцев	НП <sub>2</sub> – 45	НТ <sub>1</sub> – 25
2 года – 2 года 6 месяцев	НП <sub>4</sub> – 30	НТ <sub>3</sub> – 30
2 года 7 месяцев – 3 года	НП <sub>6</sub> – 39	НТ <sub>5</sub> – 39
Итого	114	94

Примечание – \* – Номер подгруппы обозначается нижним индексом.

*Характеристика детей с неврологической патологией.* Дети с неврологической патологией (детский церебральный паралич, последствия раннего органического поражения центральной нервной системы) характеризуются сложным комплексом нарушений развития в разных областях: вследствие раннего органического поражения нервной системы гипоксического, травматического, инфекционного, токсического генеза у детей в первые годы жизни возникает задержка нервно-психического развития как комплексное нарушение разных сфер [13].

Оценка уровня развития детей осуществлялась нами с помощью Мюнхенской функциональной диагностики развития детей от одного года до трех лет [14]. У детей оценивалось развитие тонкой моторики (ручные умения), перцепции (познавательное развитие), понимания речи, активной речи, самообслуживания и социального развития. По каждой из сфер определялся возраст развития, значения которого затем сравнивались с показателями хронологического возраста. Полученное значение разницы позволяет оценить степень отставания ребенка в развитии (ОХВ). Результаты диагностики представлены в таблицах 2 и 3.

Таблица 2. – Средние значения показателей возраста развития детей с ДЦП (G.80) по Мюнхенской функциональной диагностике развития

Возрастная группа	НП <sub>2</sub> : от 1 года до 2 лет	НП <sub>4</sub> : от 2 до 3 лет	НП <sub>6</sub> : от 1 года до 3 лет
Хронологический возраст	18,1	30,3	24,4
Ручные умения	13,6	20,1	16,7
ОХВ	4,6	10,2	7,7
Перцепция	14,2	21,7	17,9
ОХВ	4	8,6	6,5
Понимание речи	16,4	23,0	19,25
ОХВ	3,4	7,9	6,1
Речь	14,5	20,5	17,2
ОХВ	3,7	10,3	7,5
Самообслуживание	15,4	20,0	17,4
ОХВ	4,6	10,8	8,1
Социальное развитие	14,9	20,8	17,5
ОХВ	3,3	9,5	6,9

*Примечание – ОХВ – показатель отставания от хронологического возраста: разница между хронологическим возрастом и возрастом развития.*

Таблица 3. – Средние значения показателей возраста развития детей с ПРОП ЦНС (G.96.8, 96.9) по Мюнхенской функциональной диагностике развития

Возрастная группа	НП <sub>2</sub> : от 1 года до 2 лет	НП <sub>4</sub> : от 2 до 3 лет	НП <sub>6</sub> : от 1 года до 3 лет
Хронологический возраст	17,8	29,2	23,8
Ручные умения	14,1	20,5	17,5
ОХВ	3,7	8,9	6,5
Перцепция	15,1	21,6	18,4
ОХВ	2,7	7,5	5,4
Понимание речи	16,0	22,5	19,2
ОХВ	2,8	6,6	4,9
Речь	14,1	20,6	17,5
ОХВ	3,9	8,5	6,4
Самообслуживание	15,2	20,2	17,5
ОХВ	4,2	9,0	6,8
Социальное развитие	14,9	21,4	18,3
ОХВ	2,9	7,7	5,5

*Примечание – ОХВ – показатель отставания от хронологического возраста: разница между хронологическим возрастом и возрастом развития.*

Данные, представленные в таблицах 2 и 3, свидетельствуют о наличии существенных отставаний в развитии детей от возрастных нормативных показателей. Так, дети с церебральным параличом отстают в развитии в среднем от 6,1 до 8,1 месяца, а дети с ПРОП ЦНС – от 4,9 до 6,8 месяца. У детей с ДЦП наибольшее отставание отмечается в развитии ручных умений, самообслуживания и речи, у детей с ПРОП ЦНС отставание в развитии носит более равномерный характер. Учитывая возрастные особенности детей, в том числе высокий темп развития ребенка в этот период, можно говорить о наличии умеренно выраженного и выраженного отставания в развитии детей с неврологической патологией, матери которых принимали участие в нашем исследовании.

*Определение типа родительского отношения.* Полученные от матерей заполненные опросники обрабатывались следующим образом. Подсчитывалось количество положительных ответов по каждой шкале, которое соотносилось с общим количеством вопросов по данной шкале: в результате деления первого на второе получалось числовое значение, означающее степень выраженности данного типа отношения. Максимально возможное значение показателя равно 1, поэтому полученные эмпирические значения отражают степень приближения к максимальному значению. Полученные усредненные по группам данные представлены в таблице 4.

Таблица 4. – Представленность типов родительского отношения (средние значения)

Типы Группы	Категории детей	Типы родительского отношения					Значимые различия
		При- нятие	Коопе- рация	Сим- биоз	Конт- роль	Инфанти- лизация	
Возраст (1;0–2;0)	НТ <sub>1</sub>	0,96	0,95	0,84	0,94	0,01	Принятие: $t_{1\text{ и }3} = 2,314; p = 0,05$ $U = 168,5; p = 0,05$ Инфантилизация: $t_{1\text{ и }3} = -2,59; p = 0,05$ $U_{1,2}=433; p = 0,05$
	НП <sub>2</sub>	0,94	0,93	0,80	0,91	0,09	
Всего (1;0–2;0)	НТ <sub>1</sub> и НП <sub>2</sub>	0,95	0,94	0,82	0,925	0,05	Принятие: $t_{1+2, 3+4} = 2,82; p = 0,01$ $U_{1+2,3+4} = 1342; p = 0,05$
Возраст (2;1–2;6)	НТ <sub>3</sub>	0,89	0,95	0,80	0,91	0,12	Принятие: $U_{4\text{ и }6}=413; p=0,05$
	НП <sub>4</sub>	0,90	0,89	0,78	0,91	0,03	
Всего (2;1–2;6)	НТ <sub>3</sub> и НП <sub>4</sub>	0,895	0,92	0,79	0,91	0,075	
Возраст (2;7–3;0)	НТ <sub>5</sub>	0,92	0,94	0,84	0,95	0,06	Инфантилизация: $t_{1\text{ и }5} = -2,32; p = 0,05$
	НП <sub>6</sub>	0,94	0,94	0,75	0,94	0,05	
Всего (2;7–3;0)	НТ <sub>5</sub> и НП <sub>6</sub>	0,93	0,94	0,795	0,945	0,055	Симбиоз: $t_{5,6} = 2,106; p = 0,05$
Итого по всем группам	НТ <sub>1,3,5</sub>	0,92	0,95	0,83	0,93	0,06	Симбиоз: $t = 2,354; p = 0,05$ $U = 4454; p = 0,05$
	НП <sub>2,4,6</sub>	0,92	0,92	0,78	0,92	0,06	
	Всего	0,925	0,933	0,801	0,926	0,06	

*Примечание* – НТ – нормотипичные дети, НП – дети с неврологической патологией; НТ<sub>1,3,5</sub> – возрастные подгруппы нормотипичных детей. НП<sub>2,4,6</sub> – возрастные подгруппы детей с неврологической патологией.

Значимость различий между результатами матерей, чьи дети включены в разные выборки, определялась с помощью t-критерия Стьюдента и U-критерия Манна – Уитни, которые использовались в зависимости от количественного состава группы.

*Описание результатов.* Данные, представленные в таблице 4, показывают высокие значения по всем типам родительского отношения, кроме инфантилизации. Средние значения по всем группам находятся в интервале от 0,933 до 0,801, при этом самые высокие значения получил тип «кооперация», а самые низкие – «симбиоз». Эти данные свидетельствуют о преобладании у матерей детей исследуемых групп таких типов родительского отношения, как принятие, кооперация, контроль и симбиоз. Значения по типу «инфантилизация» приближаются к нулю (от 0,01 до 0,12), что свидетельствует о его низкой представленности в исследуемой выборке.

Статистически значимые различия между группами НТ и НП обнаружались только по шкалам принятия, симбиоза и инфантилизации, причем различия оказались значимы как между группами детей с отклонениями в развитии и без отклонений, так и между группами детей разного возраста.

Результаты матерей всей выборки по шкале принятия для наглядности представлены на рисунке 1. По шкале принятия статистически значимые различия между матерями нормотипичных детей и детей с неврологической патологией отсутствуют. Обнаружены статистически значимые различия между группами матерей НТ детей второго и третьего года жизни (0,96 и 0,89), матерей детей второго года жизни и первого полугодия третьего года жизни (0,95 и 0,895). По шкале принятия различаются также результаты матерей НП детей разного возраста: 0,90 и 0,94 в группе детей первого и второго полугодий третьего года жизни.

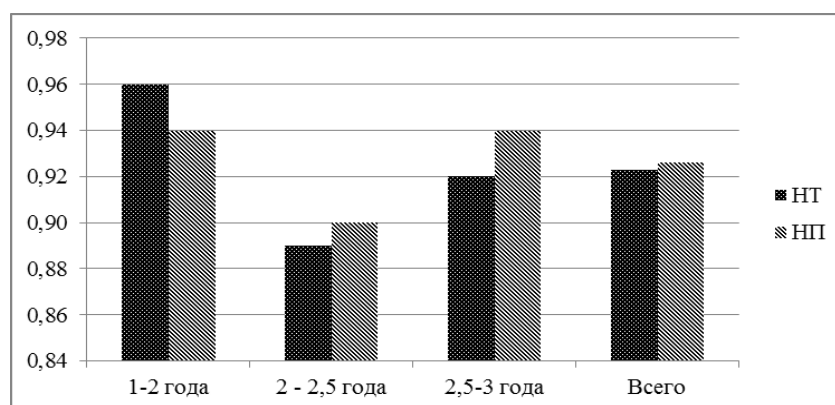


Рисунок 1. – Показатели опросника родительского отношения по шкале принятия

По шкале инфантилизации различия между группами НТ и НП детей в целом не обнаружены, статистически значимые различия имеются лишь в возрастной группе детей второго года жизни. По данной шкале обнаружены статистически значимые различия между матерями нормотипичных детей разного возраста и матерями детей с неврологической патологией разного возраста. Результаты по шкале симбиоза представлены на рисунке 2.

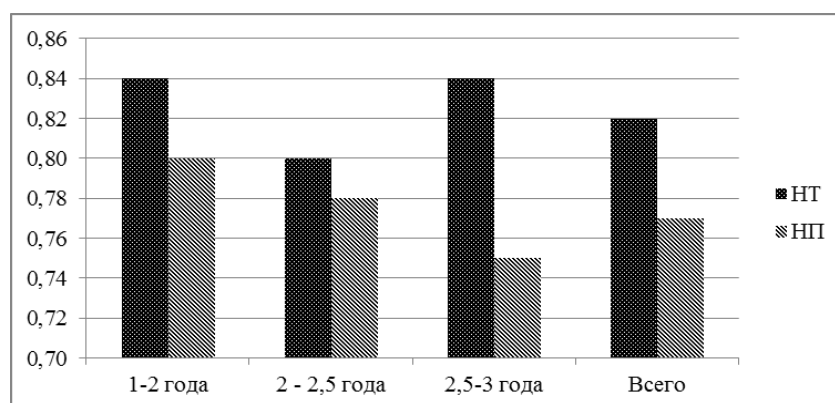


Рисунок 2. – Показатели опросника родительского отношения по шкале симбиоза

Анализ результатов, представленных на рисунке 2, показывает наличие существенных различий по шкале симбиоза между группами матерей нормотипичных детей и матерей детей с неврологической патологией (значения показателей 0,83 и 0,78 соот-

ветственно), и эти различия статистически значимы. Более тесные отношения матери и ребенка характерны для ситуации нормотипичного развития детей, и особенно яркими эти различия являются у матерей, имеющих детей в возрасте от двух с половиной до трех лет (0,84 и 0,75 соответственно). Показатели симбиоза в группе НТ детей выше во всех возрастных группах по сравнению с группой НП детей, и наиболее значимые различия относятся к возрасту старше 2,5 лет (значения показателей 0,82 и 0,77 соответственно).

*Обсуждение результатов.* В группе матерей, воспитывающих детей раннего возраста, преобладают отношения принятия ребенка, кооперации и симбиоза, а также контроля. Наличие очень высоких значений показателей родительского отношения по всем этим шкалам свидетельствует о тесной связи матери и ребенка, которая выражается в ярко выраженном принятии ребенка, эмоционально положительном отношении к нему, в стремлении к близости, к сотрудничеству и совместности, в проявлении искреннего интереса. Высокие показатели по шкале родительского контроля свидетельствуют о стремлении матери держать под контролем жизнь маленького ребенка, влиять на его поведение. Практическое отсутствие такого типа родительского отношения, как инфантилизация, свидетельствует о том, что интересы и чувства ребенка раннего возраста кажутся матери серьезными, она не игнорирует их, а неудачи ребенка она считает случайными и верит в него.

Данные типы родительского отношения определяются независимо от наличия или отсутствия нарушений развития у ребенка, что дает основания объяснить столь специфическую картину родительского отношения возрастом детей. Эти результаты соответствуют признакам личностного начала родительского отношения [3], которое характеризуется радостью и удовольствием от общения с ребенком, его безусловным принятием и ценностным отношением к нему и которое преобладает в раннем возрасте над предметным началом как проявлением требовательности и контроля. Высокие показатели контроля как типа родительского отношения можно объяснить стремлением матери защитить маленького ребенка и уберечь его от опасностей (например, «Я тщательно слежу за состоянием здоровья моего ребенка»), что позволяет рассматривать контроль скорее как личностное начало родительского отношения. С другой стороны, высокие значения по шкале контроля могут свидетельствовать о наличии гиперопекающего поведения матери, препятствующего проявлению детской самостоятельности как возрастнo-специфической потребности ребенка раннего возраста (например, «Я считаю своим долгом знать все, о чем может думать мой ребенок, что он чувствует»).

Обращает на себя внимание изменение показателей принятия ребенка матерями при изменении возраста ребенка: по всей выборке показатели принятия наиболее высоки по отношению к детям второго года жизни, в начале третьего года жизни эти показатели снижаются, причем наиболее значимыми являются различия показателей принятия именно между этими группами. Во второй половине третьего года жизни показатели принятия вновь повышаются. Эта картина типична как по отношению к нормотипичным детям, так и по отношению к детям с неврологической патологией. Вероятно, эти данные могут быть объяснены возрастными особенностями ребенка и трудностями его воспитания родителями. Возраст два года в литературе называют «ужасным двухлетием», обозначая тем самым особые сложности для родителей. Показатели принятия ребенка матерями могут уменьшаться ввиду этих сложностей. Во второй половине третьего года жизни ребенок становится более разумным и способным воспринять требования родителей, хотя симптомы кризиса трех лет к концу этого периода могут вновь затруднять принятие ребенка матерями.

Для матерей нормотипичных детей характерны более высокие показатели такого типа родительского отношения, как симбиоз, по сравнению с матерями детей с невро-



логической патологией. Эти данные свидетельствуют о большей слитности и единстве матери и НТ ребенка (например, «Мой ребенок и я – это одно целое»). В то же время меньшие значения показателей симбиоза у матерей детей с неврологической патологией, вероятно, могут рассматриваться как свидетельство меньшей степени идентификации матери со своим больным ребенком, некоторого отчуждения от него (например, «Все проблемы моего ребенка – это прежде всего мои проблемы»). Рассматривая различия между матерями по шкале симбиоза, следует акцентировать внимание на высоких показателях по данной шкале у матерей всех групп детей – минимальное значение составляет 0,75, т. е. 75 % от максимально возможного значения.

Более высокие значения показателей по шкале кооперации и симбиоза у матерей, имеющих нормотипичных детей, могут быть объяснены более высоким уровнем способности ребенка к сотрудничеству с матерью, по сравнению с детьми с отклонениями в развитии, которые вследствие имеющихся нарушений демонстрируют более низкий уровень способности к сотрудничеству. Это в свою очередь может приводить и к снижению уровня кооперации и стремления к близости с ребенком у матери.

### **Заключение**

В статье установлены особенности материнского отношения к детям раннего возраста с неврологической патологией по сравнению с детьми без неврологического диагноза. Полученные данные свидетельствуют о преобладании у матерей исследуемых групп таких типов родительского отношения, как принятие, кооперация, контроль и симбиоз. Доказано, что материнское отношение к маленьким детям характеризуется как эмоционально положительное отношение принятия, матери выражают стремление к близости с ребенком, к сотрудничеству с ним, проявляют искренний интерес и участие в его делах. Наличие у ребенка раннего возраста неврологической патологии не оказывает существенного влияния на материнское отношение к нему, которое характеризуется как принимающее и заинтересованное.

Полученные данные свидетельствуют о существенных отличиях материнского отношения к детям с нарушениями развития раннего возраста по сравнению с детьми более старших возрастов. Ранее в литературе получены данные о противоречивости отношения матери к ребенку дошкольного и младшего школьного возраста с отклонениями в развитии, сочетающего отвержение с симбиозом, со стремлением обеспечить безопасность ребенку, опекать и контролировать его.

Обнаруженную специфику материнского отношения к ребенку раннего возраста мы объясняем возрастными особенностями раннего возраста: маленькие дети вызывают у матери эмоционально насыщенное принимающее отношение, желание устанавливать с ним близкие отношения и оберегать его. Наличие у ребенка неврологической патологии является дополнительным фактором в установлении его отношений с матерью, но наличие у ребенка отклонений в развитии не перекрывает его возрастных характеристик, которые являются определяющими.

Неврологическая патология у ребенка может приводить к ухудшению показателей совместной деятельности матери и ребенка из-за уменьшения возможностей ребенка как субъекта действия, а также к повышению уровня родительского контроля. Эти предположения нуждаются в дополнительной проверке в исследовании взаимодействия матери и ребенка посредством наблюдения.

Полученные данные могут использоваться в работе психологов по сопровождению развития детей раннего возраста в системе раннего вмешательства.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Филиппова, Г. Г. Психология материнства : учеб. пособие / Г. Г. Филиппова. – М. : Изд-во Ин-та Психотерапии, 2002. – 239 с.
2. Захарова, Е. И. Психология освоения родительства : науч. монография / Е. И. Захарова. – М. : ИИУ МГОУ, 2014. – 258 с.
3. Смирнова, Е. О. Методика диагностики структуры родительского отношения и его динамики в онтогенезе ребенка / Е. О. Смирнова, М. В. Соколова // Психол. наука и образование. – 2005. – № 4. – С. 83–91.
4. Варга, А. Я. Структура и типы родительского отношения : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / А. Я. Варга. – М., 1986. – 206 л.
5. Варга, А. Я. Тест-опросник родительского отношения : практикум по психодиагностике. Психодиагностические материалы / А. Я. Варга / под ред. А. Я. Варги, В. В. Столина. – М. : Изд-во МГУ, 1988. – 128 с.
6. Зайцева, Е. С. Психологическое сопровождение родителей, воспитывающих детей с интеллектуальной недостаточностью : дис. ... канд. психол. наук / Е. С. Зайцева. – СПб., 2005. – 183 л.
7. Родители и дети: Психология взаимоотношений / под ред. Е. А. Савиной, Е. О. Смирновой. – М. : Когито-Центр, 2003. – 230 с.
8. Чарова, О. Б. Особенности материнского отношения к ребенку с интеллектуальным недоразвитием / О. Б. Чарова, Е. А. Савина // Дефектология. – 1999. – № 5. – С. 34–39.
9. Романова, О. Л. Психологическое исследование особенностей материнской позиции женщин, дети которых страдают церебральным параличом / О. Л. Романова // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1988. – № 9. – С. 109–114.
10. Синдяк, С. А. Организационно-педагогические условия коррекции психофизического развития детей раннего возраста с резидуально-органическим поражением центральной нервной системы в условиях специализированного медицинского учреждения : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / С. А. Синдяк. – Екатеринбург, 2007. – 186 с.
11. Айвазян, Е. Б. Материнство: варианты переживания и поведения / Е. Б. Айвазян, Г. Ю. Одиноква // Синдром Дауна. XXI век. – 2010. – № 2 (5). – С. 14–20.
12. Галасюк, И. Н. Модификация Опросника родительского отношения А. Я. Варги, В. В. Столина для семьи, воспитывающей особого ребенка / И. Н. Галасюк, О. В. Митина // Клин. и спец. психология. – 2017. – Т. 6. – № 2. – С. 109–129.
13. Лебедев, Б. В. Невропатология раннего детского возраста : рук. для врачей / Б. В. Лебедев, Ю. И. Барашнев, Ю. А. Якунин. – Л. : Медицина, 1981. – 351 с.
14. Мюнхенская функциональная диагностика развития: второй и третий год жизни / Т. Хельбрюгге [и др.] ; под ред. Т. Хельбрюгге. – Минск : Открытые двери, 1997. – 123 с.

Рукапіс паступіў у рэдакцыю 06.11.2019

**Valitova I. Ye. The Peculiarities of Mothers' Relation to Early Age Children with Disabilities**

*The article discusses the peculiarities of mother relation to an early age child, which is understood as a system of feelings in relation to the child and behavioral stereotypes practiced in communicating with him/her. An empirical study revealed the features of mothers' parental relationship types to early age children with a neurological pathology and without a neurological diagnosis. Maternal relation towards young children is characterized as an attitude of acceptance, mothers express a desire for intimacy with the child, for cooperation with him/her in joint activities, they show sincere interest and participation in his/her affairs. The presence of a neurological pathology in a young child does not significantly affect the maternal attitude towards it, which is characterized as accepting and interested. The data obtained indicate significant differences in maternal relation towards early age children with developmental disabilities compared with older children.*