

# Материнское отношение к болезни ребенка раннего возраста (на примере неврологической патологии)

Maternal Attitude to the Disease of a Young Child  
(on the Example of Neurological Pathology)

---

## Резюме

---

В статье обоснована необходимость изучения отношения матери к неврологической патологии ребенка с позиций концепции внутренней картины болезни. Отношение к болезни (расстройству, нарушению) у ребенка анализируется в структуре целостного отношения матери к ребенку.

**Методы исследования.** Опросник «Диагностика отношения к болезни ребенка» (В.Е. Каган и И.П. Журавлева) позволяет выявлять 5 компонентов в структуре отношения к болезни ребенка: интернальность, тревожность, нозогнозия, контроль активности, общая напряженность.

**Выборка исследования.** В исследовании участвовали 2 группы матерей, имеющих детей в возрасте от 1 года до 3 лет. В основную группу вошли матери детей с неврологической патологией (n=118), имеющих неврологические диагнозы: последствия раннего органического поражения центральной нервной системы, детский церебральный паралич, другие неврологические расстройства. В контрольную группу вошли матери детей раннего возраста, не имеющих неврологического диагноза (n=159).

**Результаты и обсуждение.** В структуре материнского отношения к болезни ребенка отмечается средний уровень тревожности и общей напряженности; склонность к экстеральному контролю болезни; склонность преувеличивать степень тяжести болезни, но не ограничивать активность ребенка. Степень тяжести болезни ребенка оценивается матерью на основе оценок его здоровья и ума. При объективно более тяжелых нарушениях у ребенка матери склонны к гипернозогнозии.

Психологические защиты матери по отношению к ребенку и его заболеванию не предохраняют ее от высокого уровня тревожности и общего напряженного отношения к болезни ребенка, но способствуют недооценке матерью степени тяжести неврологической патологии у ребенка.

Отношение матери к болезни ребенка раннего возраста тесно связано с ее общим отношением к ребенку: мать менее напряженно относится к болезни ребенка и воспринимает болезнь ребенка как менее тяжелую, если она хорошо понимает ребенка, причины его поведения и состояния, а также эмоционально принимает его.

**Ключевые слова:** дети раннего возраста, неврологическая патология, материнское отношение, отношение к болезни, внутренняя картина болезни, нозогнозия, интернальность, тревожность, психологическая защита.

---

**Abstract**

---

The article substantiates the need to study the mother's attitude to the neurological pathology of the child from the perspective of the concept of the internal image of the disease. The attitude to the disease (disorder, violation) of the child is analyzed in the structure of mother's integral attitude to the child.

**Methods.** The questionnaire "Diagnostics of attitude to the child's illness" (V.E. Kagan and I.P. Zhuravleva) lets to identify 5 components in the structure of mother's attitude to the child's illness: internality, anxiety, nosognosia, activity control, general tension. The study involved 2 groups of mothers with early age children (1–3 years). The main group included mothers of children with neurological pathology (n=118) having neurological diagnoses: consequences of early organic damage of the central nervous system, cerebral palsy, and other neurological disorders. The control group included mothers of early age children, who does not have a neurological diagnosis (n=159).

**Results.** In the structure of maternal attitude to the child's illness, there is an average level of anxiety and general tension in connection with the child's illness; the tendency to external control of the disease; the tendency to hypernosognosia, but not to limitation of the child's activity. The severity of a child's illness is assessed by the mother on the base of assessments of his/her health and intelligence. Having the child with objectively more severe disorders, mothers tend to overestimate the severity of the neurological pathology of a child.

Mother's psychological defense in relation to the child and their disease does not protect her from a high level of anxiety and general tension towards the child's illness, but contributes to the mother's hyponosognosia.

The mother's attitude to the illness of a young child is closely related to her general attitude to a child: the mother is less stressed about the child's illness and perceives the child's illness as less severe if she understands the child, the reasons of his/her behavior and condition, and also accepts it emotionally.

**Keywords:** early age children, neurological pathology, maternal attitude, attitude to the disease, internal image of the disease, nosognosia, internality, anxiety, psychological defense.

---

## ■ ВВЕДЕНИЕ

Материнское отношение к заболеванию ребенка проявляется не только во взаимодействии с ним, но и влияет на организацию лечения и реабилитации ребенка. Физическая и психологическая связь и зависимость ребенка от матери требуют целостного анализа отношений в диаде «мать – ребенок» в разных жизненных ситуациях, в том числе в ситуации болезни ребенка, при наличии у ребенка отклонений в развитии. В последнее время интересы исследователей сосредоточены на изучении роли семейных факторов и детско-родительских отношений в педиатрической практике, в системе раннего вмешательства. Родители должны занимать активную позицию по отношению к лечению ребенка и быть компетентными в проблемах ребенка, чтобы успешно справляться с ними, что удачно обозначается термином «параспециалист».

Отношения личности и болезни традиционно являются предметом исследования в клинической психологии; для их анализа используются такие термины, как переживание болезни, реакция личности на болезнь, концепция болезни, отношение к болезни (В.В. Ковалев, В.Н. Мясищев, А.В. Ташлыков, К. Харди и др.). Наиболее популярным стал

термин «внутренняя картина болезни» (ВКБ), который используется для описания целостного субъективного отражения больным различных аспектов своего заболевания (Р.А. Лурия, В.В. Николаева).

В структуре ВКБ В.В. Николаева [1] предлагает выделять чувственный, эмоциональный, когнитивный и мотивационный уровни. Мотивационный уровень отражает отношение человека к своему заболеванию, а также изменения поведения и образа жизни человека в условиях болезни, его деятельность по преодолению болезни и восстановлению здоровья. Мотивационный уровень включает также понятие личностного смысла болезни, которое предложено А.Ш. Тхостовым: «Значение болезни неоднозначно включается в мотивационную систему и может наполняться различным смыслом» [2, с. 266].

В детской медицинской психологии изучается не только ВКБ у детей с различными заболеваниями, но и отношение родителей к болезни ребенка [3], причем последнее преимущественно рассматривается применительно к детям младшего возраста, выявить отношение которых к собственной болезни затруднительно ввиду ограниченных возможностей ребенка к пониманию и рефлексии своего состояния. Устоявшиеся представления о содержании и структуре внутренней картины болезни зачастую напрямую переносятся на описание содержания родительского отношения к болезни ребенка; исключение составляет лишь чувственный компонент, так как родители не могут испытывать весь комплекс ощущений, свойственных детям. Стремясь преодолеть неоднозначность прямого переноса содержания ВКБ применительно к собственному заболеванию на содержание родительского отношения к заболеванию ребенка, мы предложили термин «внутренняя картина болезни ребенка у родителей» (ВКБРР) [4]<sup>1</sup>, хотя в данной работе мы используем термин «материнское отношение к болезни ребенка» как более простой.

## ■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить особенности отношения матерей к болезни детей в возрасте от одного года до трех лет.

В раннем возрасте дети отличаются типичными возрастными особенностями, а при наличии у ребенка отклонений в развитии материнское отношение реализуется в условиях относительно непродолжительного периода совладания с трудностями и проблемами развития, воспитания и лечения ребенка, в сочетании с убежденностью в их преодолении в будущем.

Исследования отношения родителей к болезни ребенка проводятся в нескольких направлениях. Во-первых, анализируется отношение родителей к заболеваниям детей из разных нозологических групп: (психо)соматические заболевания [6], неврологические заболевания [7, 8], расстройства нейроразвития [9–11]. Во-вторых, рассматривается либо отношение родителей к ребенку с определенным заболеванием/расстройством [9, 11], либо отношение к самому заболеванию/

---

<sup>1</sup> Позднее такой же термин был предложен в работе Э.И. Мещеряковой и В.С. Ивановой [5].

расстройству [6, 10, 12]. Более продуктивным, на наш взгляд, является анализ целостного отношения матери к ребенку, в структуре которого выделяется отношение к болезни (расстройству, нарушению) у ребенка. Такая идея реализована С.М. Хорош [13], которая предложила классификацию отношений родителей к незрячему ребенку, основанную на сочетании отношения к ребенку и отношения к его дефекту: принятие ребенка и принятие его дефекта, принятие ребенка и непринятие его дефекта, принятие дефекта и непринятие ребенка, непринятие дефекта и непринятие ребенка. В нашем исследовании [14] выявлены два взаимосвязанных вида направленности матери ребенка раннего возраста с неврологической патологией: направленность на ребенка как представителя раннего возраста с целью обеспечить его благополучное развитие и направленность на ребенка как носителя неврологической патологии с целью излечения ребенка и преодоления дефекта.

## ■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Отношение родителей к болезни ребенка в ряде исследований [5, 6, 15] диагностируется с помощью разработанного В.Е. Каганом и И.П. Журавлевой опросника «Диагностика отношения к болезни ребенка» (ДОБР) [16], в основу которого положены авторские представления о структуре этого конструкта, обозначенные в названиях шкал. Сложный конструкт «отношение к болезни ребенка» включает пять компонентов, фактически отражающих указанную выше структуру внутренней картины болезни.

В опроснике ДОБР эмоциональный компонент ВКБ отражается в шкале тревожности, которая выявляет степень тревоги и беспокойства родителей в связи с болезнью ребенка. Относительно нейтральное отношение к болезни ребенка проявляется в незначительном отрицании тревоги по поводу болезни. Крайне низкие значения тревоги объясняются действием защитных механизмов вытеснения (вытеснение тревоги), так как это не соответствует общепринятым нормам отношения родителей к болезни ребенка.

Когнитивный компонент ВКБ отражается в двух шкалах – интернальности и нозогнозии. Интернальность трактуется как понимание внешних или внутренних причин возникновения заболевания: при экстернальном родительском контроле родители не считают себя ответственными за болезнь ребенка; при интернальном родительском контроле родители считают ответственными себя. Нозогнозия – оценка степени тяжести заболевания ребенка – описывает крайние степени оценки: гипонозогнозия и анозогнозия – преуменьшение родителями тяжести болезни ребенка; гипернозогнозия – преувеличение родителями тяжести болезни ребенка. При гипернозогнозии родители считают, что здоровье ребенка хуже, чем говорят врачи, болезнь серьезнее, чем кажется со стороны, болезнь ребенка тяжелая и ребенок нуждается в более серьезном лечении.

Мотивационный компонент ВКБ отражается в шкале контроля активности, которая измеряет уровень тенденции родителей устанавливать на время болезни максимальные ограничения активности ребенка («покой лечит») в противовес тенденции недооценки необходимых ограничений активности.

Шкала общей напряженности – суммарное значение четырех показателей – отражает степень напряженности отношения родителей к заболеванию ребенка. Высокие показатели по шкале общей напряженности характеризуют эмоционально-напряженное отношение к заболеванию ребенка.

Так как авторы опросника не приводят нормативных показателей по шкалам, указывая лишь на верхнюю и нижнюю границы шкалы в интервале от –30 до +30, предлагая сравнивать между собой несколько значений в терминах «чем больше» и «чем меньше», анализ полученных эмпирических данных возможно проводить только в сравнительном аспекте, сопоставляя результаты использования опросника в разных группах испытуемых.

В качестве дополнительных методов исследования использовался опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия (Е.И. Захарова [17]), модифицированная нами шкала изучения самооценки Т. Дембо – С.Я. Рубинштейн [18], а также разработанная нами методика измерения выраженности психологических защит у матерей [19].

Статистическая обработка данных (корреляционный, регрессионный, факторный анализ) осуществлялась с помощью программы SPSS (17.0).

**Выборка исследования.** В исследовании участвовали 2 группы матерей, имеющих детей раннего возраста (1–3 года). В основную группу вошли матери детей с неврологической патологией (НП) (n=118), имеющих неврологические диагнозы: последствия раннего органического поражения центральной нервной системы (G98.9, G98.8), детский церебральный паралич (G80.0, G80.1, G80.2, G80.3, G80.4), другие неврологические расстройства (G83.2, G90). Все дети проходили курсы реабилитации в ГУ «Брестский областной центр медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями «Тонус». Дети имеют отставания в двигательном, познавательном, речевом и социальном развитии разной степени тяжести. На основании результатов психодиагностических методик и экспертных оценок врачей и психологов дети были разделены на три группы в зависимости от степени тяжести: 3 – выраженные нарушения, 2 – умеренные нарушения, 1 – легкие нарушения. В контрольную группу вошли матери детей раннего возраста, не имеющих неврологического диагноза (n=159); матери отбирались на основе простой случайной выборки и обследовались при посещении детьми дошкольного учреждения или детской поликлиники в г. Бресте и Брестской области.

## ■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В табл. 1 представлены данные, полученные разными исследователями с помощью опросника ДОБР.

Анализ данных в табл. 1 свидетельствует о широком разбросе и даже о противоречиях значений по разным шкалам, представленных в различных исследованиях. В целом установлено, что у матерей, имеющих детей с ДЦП, по сравнению с родителями, имеющими здоровых детей, наблюдается достоверное увеличение значений показателей по всем шкалам, кроме шкалы контроля активности [7]. У матерей

Таблица 1

**Значения шкал опросника ДОБР по данным разных исследований (среднее значение  $\pm$  стандартное отклонение)**

Table 1

Values of the DOBR questionnaire scales, according to different studies (average value  $\pm$  standard deviation)

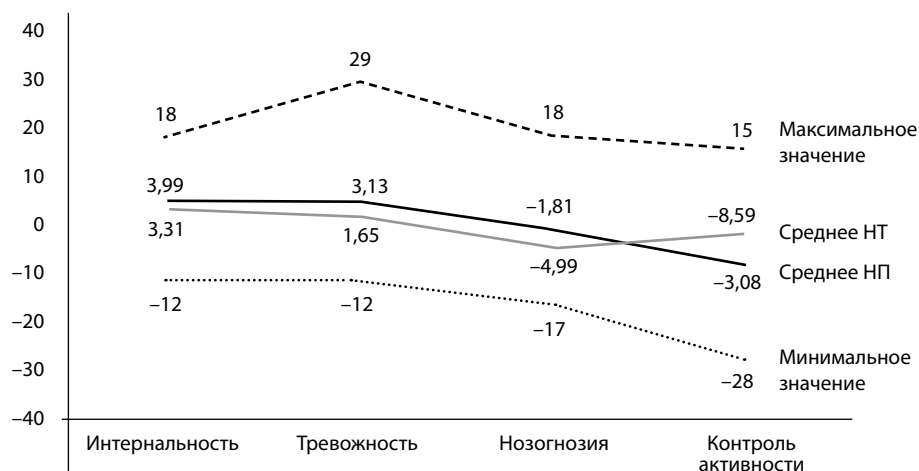
Группы детей	Интер- нальность	Тревож- ность	Нозогно- зия	Контроль активно- сти	Общий показа- тель
Дети раннего возраста с неврологической патологией, НП*	3,99 $\pm$ 5,64	3,14 $\pm$ 7,80	-1,81 $\pm$ 6,84	-8,59 $\pm$ 7,75	-0,81 $\pm$ 4,04
Дети раннего возраста без неврологического диагноза, НТ*	1,91 $\pm$ 5,47	1,66 $\pm$ 8,02	-5,00 $\pm$ 5,79	-1,11 $\pm$ 4,56	-3,08 $\pm$ 8,52
Значимость различий НП и НТ – критерий Стьюдента	p=0,002	p=0,101	p=0,000	p=0,000	p=0,435
Дети 5–11 лет, ДЦП [7]	-0,17 $\pm$ 8,23	7,77 $\pm$ 5,82	0,87 $\pm$ 9,00	8,43 $\pm$ 7,00	4,58 $\pm$ 4,84
Дети 5–11 лет, НТ [7]	-4,4 $\pm$ 5,65	4,53 $\pm$ 5,63	-5,17 $\pm$ 5,99	6,97 $\pm$ 4,11	0,50 $\pm$ 3,50
Дети дошкольного возраста с нарушениями речи [15]	2,5 $\pm$ 2,73	2,3 $\pm$ 2,43	1,4 $\pm$ 2,57	-4,8 $\pm$ 2,91	-0,2 $\pm$ 2,17
Дети НТ дошкольного возраста [15]	0,9 $\pm$ 2,81	-0,4 $\pm$ 3,36	-1,6 $\pm$ 2,47	-11,0 $\pm$ 2,86	-2,5 $\pm$ 2,28
Дети дошкольного возраста, ДЦП [8]	4,05	-2,28	1,24	-14,66	-2,93

Примечание: \* данные автора статьи – И.В.

преобладают тревожные реакции на болезнь ребенка, напряженное отношение к заболеванию ребенка и к ситуации реабилитации. Родители детей с ДЦП, адекватно воспринимая тяжесть заболевания и сложность восстановительного лечения, часто переживают состояние беспомощности, так как они уверены, что тяжесть состояния ребенка не позволяет влиять на результаты реабилитации. По данным В.С. Тихомировой [8], у матерей детей с ДЦП выражен экстернальный родительский контроль болезни; отрицательные значения показателя шкалы «контроль активности» означают низкий уровень управления ребенком. Показатель общей напряженности соответствует низкому уровню проявления тревоги в отношении болезни, что автор объясняет действием психологических защит у матерей, и это подтверждается невысокими значениями по шкале тревожности.

По данным В.А. Калягина [15], родители детей дошкольного возраста с нарушениями речи имеют более высокие показатели по всем шкалам опросника по сравнению с родителями детей без нарушений речи. В большей степени их тревожит нарушение речи у детей, они называют внешние причины нарушения у ребенка, склонны переоценивать степень тяжести нарушений. Высокие показатели дисперсии показателей методики свидетельствуют об индивидуальной вариативности отношения родителей к нарушению речи у своего ребенка.

Анализ данных в табл. 1 свидетельствует о существенных отличиях показателей всех шкал опросника от данных других авторов, что позволяет говорить о специфике материнского отношения к болезни детей раннего возраста с неврологической патологией. На рисунке представлены полученные нами эмпирические данные. Средние значения показателей по всем шкалам находятся в середине возможного предела: от -9 до +4, внутри предела: от -30 до +30, хотя разброс значений внутри



### Статистические показатели по шкалам опросника ДОБР

Statistical indicators of the DOBR questionnaire scales

каждой шкалы существенный (минимальные значения показателей – от –28 до –12, максимальные значения – от +13,75 до +29).

Обращают на себя внимание существенные различия между матерями, имеющими детей раннего возраста с неврологической патологией и детей раннего возраста без неврологического диагноза. Рассматривая заболевание своего ребенка, матери детей с НП ориентировались на неврологическое нарушение, то есть на устойчивое патологическое состояние ребенка. Матери НТ детей ориентировались на острые текущие заболевания, исход которых предполагает выздоровление ребенка. Между группами матерей показатели по шкале тревожности статистически незначимы, хотя средние значения тревожности несколько выше в группе матерей детей с НП ( $3,14 \pm 7,80$  и  $1,66 \pm 8,02$ ). Общий показатель напряженности в связи с болезнью ребенка также выше в группе матерей детей с НП, хотя статистически значимых различий не наблюдается ( $-0,81 \pm 4,04$  и  $-3,08 \pm 8,52$ ).

Между группами матерей детей раннего возраста существуют значимые различия (табл. 1) по шкалам интернальности, нозогнозии и контроля активности ( $p=0,000$  и  $p=0,002$ ).

Матери детей с НП в большей степени склонны видеть внешние причины возникновения заболевания ребенка по сравнению с матерями НТ детей, они чаще воспринимают причины болезни как нечто от них не зависящее, возникновение болезни они не могут контролировать и не могут ею управлять (показатели по шкале интернальности  $3,99 \pm 5,64$  в группе НП и  $1,91 \pm 5,47$  в группе НТ). Матери детей с НП склонны преувеличивать тяжесть заболевания ребенка по сравнению с матерями НТ детей, склонными преуменьшать тяжесть их заболевания. Различия между матерями двух групп высокозначимы (показатели по шкале нозогнозии  $3,14 \pm 7,80$  в группе НП и  $1,66 \pm 8,02$  в группе НТ).

Матери НТ детей по сравнению с матерями детей с НП склонны устанавливать на время болезни максимальные ограничения активности

ребенка («покой лечит»). Матери детей с НП в меньшей степени ограничивают активность своего ребенка (показатели по шкале контроля активности  $-8,59 \pm 7,75$  в группе НП и  $-3,08 \pm 8,52$  в группе НТ).

Расчет коэффициентов корреляции (по Спирмену) между шкалами опросника ДОБР показал, что значения коэффициентов корреляции статистически значимы только между шкалами нозогнозии и тревожности ( $r=0,284$ ,  $p \leq 0,01$ ). Гипернозогнозия у матери прямо связана со степенью тревожности в отношении болезни ребенка: чем более тяжелой мать считает болезнь ребенка, тем более тревожно она к ней относится.

Коэффициенты корреляции шкал опросника ДОБР с показателем «степень тяжести нарушения у ребенка» незначимы по всем шкалам, кроме шкалы нозогнозии. Матери одинаково, независимо от степени тяжести нарушения ребенка, приписывают ответственность себе или внешним факторам за все проявления болезни ребенка, они в одинаковой степени тревожатся по поводу болезни ребенка; матери не склонны ограничивать активность ребенка независимо от степени тяжести его нарушения; степень эмоционально-напряженного отношения к заболеванию ребенка также не связана со степенью тяжести нарушений.

Обнаружена слабая корреляция показателя нозогнозии и степени тяжести нарушения у ребенка ( $r=0,197$ ,  $p \leq 0,05$ ): гипернозогнозия чаще наблюдается при более выраженных нарушениях у ребенка. Другими словами, чем тяжелее объективно нарушение у ребенка, тем больше мать склонна переоценивать степень тяжести и воспринимать заболевание ребенка как тяжелое.

Коэффициенты корреляции Спирмена шкал опросника с показателем «возраст ребенка в месяцах» имеют низкие значения (от  $-0,051$  до  $0,159$ ,  $p \geq 0,1$ ), что свидетельствует об отсутствии различий отношения матерей к неврологической патологии детей разного возраста в период от одного года до трех лет.

Далее проведен факторный анализ методом главных компонент с Варимакс-вращением, нормализация Кайзера. В качестве переменных для факторизации выступали шкалы опросника ДОБР (табл. 2).

В группе матерей детей с неврологической патологией выделены два фактора. Фактор 1 «Нозогнозия» (33,46% дисперсии) описывает восприятие степени тяжести болезни ребенка (факторная нагрузка 0,805)

**Таблица 2**  
**Результаты факторного анализа**

Table 2  
The results of factor analysis

Переменные	Группа НП		Группа НТ	
	компонента (61,23% общей дисперсии)		компонента (70% общей дисперсии)	
	1 (33,46% дисперсии)	2 (27,77% дисперсии)	1 (42,8% дисперсии)	2 (27,2% дисперсии)
Интернальность	,622			,784
Тревожность	,359	,739	,773	,407
Нозогнозия	,805	,154	,221	,737
Контроль активности		,796	,892	



в сочетании с суждениями о том, кто виноват в болезни (факторная нагрузка 0,622), и степень тревожности по этому поводу (факторная нагрузка 0,359). Фактор 2 «Контроль активности» (27,77% дисперсии) описывает контроль активности (факторная нагрузка 0,796) в сочетании с высокой тревожностью (факторная нагрузка 0,739).

В группе матерей детей, не имеющих неврологического диагноза, также выделены два фактора. Фактор 1 «Контроль активности» (42,8% дисперсии) описывает контроль активности (факторная нагрузка 0,892) в сочетании с тревожностью (факторная нагрузка 0,773), но с небольшим вкладом переменной нозогнозии, то есть оценки степени тяжести болезни (факторная нагрузка 0,737). Фактор 2 «Интернальность» (27,2% дисперсии) описывает интернальность (факторная нагрузка 0,784) в сочетании с нозогнозией (факторная нагрузка 0,737) и тревожностью (факторная нагрузка 0,407), при этом отсутствие вклада контроля активности (факторная нагрузка -0,128).

Таким образом, матери детей с НП и НТ детей различаются по направленности. Для матерей детей с НП на первый план выступает оценка степени тяжести болезни ребенка, понимание того, кто или что влияет на ее возникновение, и это вызывает тревожность; на втором плане – контроль активности ребенка в сочетании с тревожностью по поводу болезни. У матерей НТ детей наблюдается противоположная картина: на первом плане контроль активности в сочетании с тревожностью, на втором плане – суждения о том, кто виноват в болезни ребенка, оценка ее тяжести и тревожность по этому поводу.

Для выявления факторов, влияющих на оценку матерью степени тяжести неврологической патологии у ребенка, проведен регрессионный анализ (линейная регрессия) (табл. 3). В качестве зависимой переменной выступает показатель нозогнозии, в качестве независимых – оценки матерью ребенка по шкалам здоровья, ума и счастья ребенка.

Результаты регрессионного анализа позволяют утверждать, что на показатели нозогнозии влияют оценки матерью ума и здоровья ребенка. Таким образом, оценка матерью степени тяжести болезни ребенка основывается на оценках его здоровья и ума.

С целью выявления дополнительных факторов отношения матери к болезни ребенка был проведен корреляционный анализ. Сопоставлялись показатели по шкалам опросника ДОБР и опросника детско-родительского эмоционального взаимодействия (ОДРЭВ) [17], а также

**Таблица 3**  
**Результаты регрессионного анализа**

Table 3  
The results of regressive analysis

Зависимая переменная: нозогнозия	Коэффициенты				
	Нестандартизованные коэффициенты		Стандарт. коэффициенты	t	Знач.
	B	Стд. ошибка	Бета		
Модель (Константа)	6,184	2,397		2,580	,012
Здоровье ребенка	-1,262	,359	-,390	-3,514	,001
Модель (Константа)	4,618	2,614		1,767	,082
Ум ребенка	-,862	,334	-,296	-2,578	,012

**Таблица 4**  
**Результаты корреляционного анализа**

Table 4  
The results of correlational analysis

Шкалы ОДРЭВ	Шкалы ДОБР		
	шкала нозогнозии	шкала контроля активности	шкала общей напряженности
Шкала 1 – способность воспринимать состояние ребенка	-0,234* (1)		-0,182* (4)
Шкала 2 – понимание причин поведения ребенка	-0,300** (2)		-0,190* (5)
Блок 2 – эмоциональное принятие ребенка	-0,214* (3)		
Степень выраженности психологической защиты	-0,182* (6)	0,201* (7)	

Примечание: p – двусторонняя значимость; \* p≤0,05; \*\*p≤0,01.

показатели степени выраженности психологических защит у матери. В табл. 4 представлены статистически значимые корреляционные связи.

Представляем интерпретации выявленных корреляционных связей:

- 1) чем лучше мать воспринимает эмоциональное состояние ребенка, тем больше она склонна преуменьшать степень тяжести болезни ребенка; при лучшем понимании ребенка мать воспринимает болезнь ребенка как менее тяжелую, то есть она склонна к гипнозогнозии;
- 2) чем лучше мать понимает причины поведения и состояния ребенка, тем больше она склонна преуменьшать степень тяжести болезни ребенка; при лучшем понимании причин состояния ребенка мать воспринимает болезнь ребенка как менее тяжелую;
- 3) чем выше показатели эмоционального принятия ребенка, тем в большей степени мать склонна преуменьшать степень тяжести болезни ребенка, то есть она склонна к гипнозогнозии;
- 4) чем лучше мать понимает состояние ребенка, тем ниже показатели общей напряженности по отношению к болезни; лучше понимая состояние ребенка, мать относится к болезни менее напряженно;
- 5) чем лучше мать понимает причины поведения и состояния ребенка, тем ниже показатели общей напряженности по отношению к болезни;
- 6) чем выше степень выраженности психологических защит, тем выше контроль активности ребенка матерью, то есть мать ограничивает активность ребенка;
- 7) чем выше степень выраженности психологических защит, тем больше мать недооценивает степень тяжести нарушения у ребенка, то есть склонна к гипнозогнозии.

Показатели психологической защиты не связаны со значениями показателей по следующим шкалам:

- шкала интернальности: приписывание причин заболевания внешним факторам не связано с выраженностью психологических защит у матери;
- шкала тревожности: коэффициент корреляции  $r=0,000$ , психологическая защита не охраняет мать от высокого уровня тревоги в связи с болезнью ребенка;

- общий показатель напряженности: психологическая защита не способствует уменьшению общей напряженности матери.

## ■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В исследовании эмпирически установлены и доказаны факты и закономерности, характеризующие отношение матерей к неврологической патологии ребенка раннего возраста.

Отношение матери к болезни ребенка раннего возраста имеет существенные отличия в количественных показателях при сравнении отношения матерей детей более старшего возраста. В структуре материнского отношения к болезни ребенка раннего возраста отмечается средний уровень тревожности и общей напряженности в связи с болезнью ребенка; склонность к экстернальному контролю болезни, понимание своих ограниченных возможностей влиять на возникновение болезни; склонность преувеличивать степень тяжести болезни ребенка, но не ограничивать активность ребенка. Гипернозогнозия у матери сочетается с повышенной тревожностью по поводу наличия у ребенка неврологической патологии.

Степень тяжести болезни ребенка оценивается матерью на основе оценок его здоровья и ума. При объективно более тяжелых нарушениях у ребенка матери склонны переоценивать тяжесть неврологической патологии у ребенка.

Эмоциональное отношение, восприятие и понимание заболевания, общее напряжение и контроль активности ребенка у матерей не различаются при наличии детей разного возраста в период от одного года до трех лет.

Для матерей детей раннего возраста с неврологической патологией более значима оценка степени тяжести болезни ребенка и понимание внешних или внутренних причин заболевания, что и вызывает тревожность; но менее значима возможность их влияния на активность ребенка.

Психологические защиты матери по отношению к ребенку и его заболеванию не предохраняют ее от высокого уровня тревожности и общего напряженного отношения к болезни ребенка, но способствуют гипонозогнозии относительно неврологической патологии у ребенка.

Отношение матери к болезни ребенка раннего возраста тесно связано с ее общим отношением к ребенку: мать менее напряженно относится к болезни ребенка и воспринимает болезнь ребенка как менее тяжелую, если она хорошо понимает ребенка, причины его поведения и состояния, а также эмоционально его принимает.

Полученные с помощью опросника ДОБР данные о структуре отношения матерей к болезни ребенка раннего возраста (при неврологической патологии) свидетельствуют о широком разбросе показателей когнитивного, эмоционального и мотивационного компонентов, при том что средние значения этих показателей находятся в середине возможного диапазона. Наличие вариативности показателей может быть объяснено другими переменными, которые данный опросник не выявляет. В частности, речь идет о ценностном отношении или о личностном смысле болезни ребенка для матери, а также о содержании самосознания матери, которые могут определять восприятие и понимание симптомов болезни ребенка и эмоциональное отношение к нему.

Понимание и оценка матерью симптомов заболевания ребенка, степени его тяжести оказывает влияние на взаимоотношения матери со специалистами, определяя комплаентное или некомплаентное поведение, что может составлять предмет дальнейших исследований.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The author declares no conflict of interest.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Nikolaeva V.V. (1987) *Vliianie khronicheskoi bolezni na psikhiku* [The impact of chronic illness on the psyche]. M.: Izd-vo MGU, 168 p. (in Russian)
- Tkhostov A.Sh. (2002) *Psikhologiya telesnosti* [The psychology of corporeality]. M.: Smysl, 287 p. (in Russian)
- Isaev D.N. (1996) Otnoshenie roditel'ei i bolezni' rebenka. *Psikhosomaticheskaja meditsina detskogo vozrasta*. [Attitude of parents and disease of child. Psychosomatic medicine for children]. SPb.: Spetsial'naia literature, pp. 341–344. (in Russian)
- Valitova I.E. (2005) Vnutrenniaia kartina bolezni rebenka u roditel'ei [Internal image of the child's illness in parents]. *Uluchshenie, sokhranenie i reabilitatsiia zdorov'ia v kontekste mezhdunarodnogo sotrudnichestva: materialy mezhdunar. nauch.–prakt. konf.* Brest: Akademiia, pp. 26–28.
- Meshcheriakova E.I., Ivanova V.S. (2016) *Uchet otnoshenii roditel'ei k zabolevaniu rebenka DTsP v psikhologicheskom soprovozhdenii sem'i: monografiia* [Taking into account the attitude of parents to the disease of a child with intellectual disability in the psychological support of the family: monograph]. Tomsk: Izd-vo Tom. un-ta, 164 p. (in Russian)
- Karnelovich M.M., Prorvich M.P. (2017) Otnoshenie materi k zabolevaniu neurologicheskogo i infektsionnoi profilia u rebenka [Mother's attitude to a neurological and infectious disease in a child]. *Aktual'nye problemy meditsiny: materialy ezhegodnoi itogovoi nauchno-prakticheskoi konferentsii*. Grodno: Izd-vo GGMU, pp. 360–364.
- Piatkova G.V., Mamaichuk I.I., Umnov V.V. (2017) Psikhologicheskie zashchitnye mekhanizmy u detei s DTsP v kontekste materinskogo otnoshenii k bolezni rebenka [Psychological defense mechanisms in children with cerebral palsy in the context of maternal attitude to the child's disease]. *Ortopediia, travmatologija i vosstanovitel'naia khirurgija detskogo vozrasta*, vol. 5, Vyp. 3, pp. 58–65.
- Tikhomirova V.S. (2012) Vliianie stepeni tiazhesti detskogo tserebral'nogo paralicha u detei doskol'nogo vozrasta na emotsional'no-lichnostnye osobennosti ikh materei [Influence of the severity of cerebral palsy in preschool children on the emotional and personal characteristics of their mothers]. *Psikhologicheskie issledovaniia*, vol. 5, no 26, pp. 11. URL: <http://psystudy.ru> (data obrashcheniia: 17.08.2018)
- Vysotina T.N. (2013) *Osobennosti roditel'skogo otnoshenii k detiam s atipichnym autizmom* [Features of parental attitude to children with atypical autism]: Diss. kand. psikhol. nauk. [PhD thesis]. SPb, 162 p. (in Russian)
- Grosheva E.V. (2009) *Otnoshenie roditel'ei k psikhicheskomu rasstroistvu u rebenka (v sviazi s zadachami psikhologicheskogo soprovozhdenii sem'i)* [The attitude of parents to the child's mental disorder (in connection with the tasks of psychological support of the family)]. Avtoreferat diss. ... kand. psikhol. nauk. [PhD thesis]. SPb, 24 p.
- Pechnikova L.S. (1997) *Osobennosti materinskogo otnoshenii k detiam s rannim detskim autizmom*: Diss. kand. psikhol. nauk. [Features of maternal attitude to children with early childhood autism: PhD thesis]. M., 183 p.
- Steshenko E.A. (2016) Rezul'taty izucheniia otnoshenii materi k bolezni ee rebenka, stradiushchego detskim tserebral'nym paralichom [Results of studying the mother's attitude to the disease of her child suffering from cerebral palsy]. *Pedagogicheskoe obrazovanie v Rossii*, no 10, pp. 112–119.
- Khorosh S.M. (1991) Vliianie pozitsii roditel'ei na rannee razvitie slepogo rebenka [Influence of parents' position on the early development of a blind child]. *Defektologija*, no 3, pp. 88–93.
- Valitova I.E. (2020) Soderzhanie emotsional'noi sfery v strukture materinskoj pozitsii zhenshchin, imeiushchikh detei rannego vozrasta s otkloneniami v razvitii [The content of the emotional sphere in the structure of the maternal position of women with young children with developmental disabilities]. *Vesnik Brestskago universiteta. Seryia 3. Filalogija. Pedagogika. Psikhologija*, no 1, pp. 239–249.
- Kaliagin V.A. Ovchinnikova T.S. (2006) *Logopsikhologija: ucheb. posobie* [Logopsychology: textbook]. M.: Akademiia, 320 p. (in Russian)
- Kagan V.E., Zhuravleva I.P. (1991) Metodika diagnostiki otnoshenii k bolezni rebenka. *Psikhodiagnosticheskie metody v pediatrii i detskoj psikhonevrologii. Metodicheskoe posobie* [Methods of diagnostics of attitude to child's disease. Psychodiagnostic methods in pediatrics and pediatric psychoneurology. Methodical manual]. Pod red. D.N. Isaeva, V.E. Kagana. SPb: Izd-vo PMU, pp. 30–34.
- Zakharova E.I. (1997) Oprosnik dlia issledovaniia emotsional'noi storony detsko-roditel'skogo vzaimodeistvii [Questionnaire for the study of the emotional side of child-parent interaction]. *Semeinaia psikhologija i semeinaia terapiia*, no 1, pp. 67–77.
- Rubinshtein S.Ia. (2004) *Ekspierimental'nye metodiki patopsikhologii i opyt ikh primeneniia v klinike* [Experimental methods of pathopsychology and experience of their application in the clinic]. M.: Aprel'-Press, izd-vo Instituta psihoterapii, 224 p. (in Russian)
- Valitova I.E. (2021) Psikhologicheskaja zashchita v strukture materinskogo otnoshenii k rebenku rannego vozrasta s otkloneniami v razvitii [Psychological protection in the structure of maternal attitude to a young child with developmental disabilities]. *Zhurnal Belorusskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofija. Psikhologija*, no 1, pp. 52–66.

Подана/Submitted: 06.07.2020

Принята/Accepted: 01.01.2021

Контакты/Contacts: irvalitova@yandex.ru