

## РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ МАТЕРИ ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

**И.Е. Валитова**<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> *Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина, г. Брест, Республика Беларусь*

<sup>2</sup> *Брестский областной центр медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями «Тонус», г. Брест, Республика Беларусь*

**Аннотация.** Актуальной проблемой в системе помощи детям с отклонениями в развитии является активное включение родителей в систему помощи, что определяет потребность исследования активности матери в реабилитации ребенка. **Цель:** содержательно обосновать понятие «реабилитационная активность матери» в отношении ребенка с неврологическим заболеванием в период раннего возраста, выявить уровни реабилитационной активности матери и обуславливающие их факторы. **Материалы и методы.** Исследование проводилось в Центре медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями. Использовался метод экспертных оценок, в качестве экспертов выступали 20 специалистов центра. Эксперты заполняли бланк, в котором указаны показатели реабилитационной активности матери в двух блоках (в Центре – восемь показателей, в межкурсовой период – пять показателей), оценивая в баллах частоту их проявления от нуля до трех. Дополнительно использовались методы клинической беседы, опросники и видеонаблюдение. Получены профили экспертных оценок реабилитационной активности матерей (N = 132), дети которых проходили курсы реабилитации в центре; средний возраст детей – 25,4 месяца, неврологические диагнозы – детский церебральный паралич, перинатальное поражение центральной нервной системы. **Результаты.** В выборке равномерно представлены высокий, средний и низкий уровни реабилитационной активности матери, которая не различается по отношению к детям с разной степенью нарушений развития и разного возраста. Высокая активность в реабилитации связана с низким уровнем психологической защиты, с оценкой себя как хорошей матери, но с низким уровнем безусловного принятия ребенка. Повышение реабилитационной активности матери сопряжено со снижением собственной активности и продуктивности ребенка в совместной деятельности с матерью. Уровень реабилитационной активности матери определяется совокупностью факторов, отражающих отношение матери к ребенку, отношение к себе как к матери, отношение к болезни ребенка. **Заключение:** Впервые обоснован и содержательно определен концепт реабилитационной активности матери, и показано, что наиболее благоприятным является средний уровень ее реабилитационной активности. Ограничение исследования – оценка реабилитационной активности матери в случае прохождения реабилитации ребенка в центре, что не позволяет распространить данные на другие категории матерей.

**Ключевые слова:** медицинская реабилитация, неврологическая патология, дети раннего возраста, реабилитационная компетентность родителей, реабилитационная активность матери.

### Введение

Проблемы обеспечения полноценного психофизического развития и оказания комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья привлекают все большее внимание в научных кругах и среди практиков. Ранний период развития ребенка является сензитивным и максимально благоприятным для преодоления дефицитарности, возникшей вследствие неврологической пато-

логии. Актуальной тенденцией в системе оказания ранней помощи детям с отклонениями в развитии разной этиологии и нозологической принадлежности является включение родителей ребенка как полноценных участников и партнеров, профессионалов в процесс реабилитации ребенка.

В литературе содержатся рекомендации считать семью и ближайшее окружение ребенка участниками реабилитационного про-

песса, так как они обеспечивают социализацию и непрерывность комплексной реабилитации [1], а при условии раннего включения семьи в процесс реабилитации ребенка и обучения родителей технологиям работы с ребенком создается наиболее благоприятная социальная ситуация развития ребенка [2].

Придание родителям функций и качеств профессионалов в реабилитации ребенка предполагает изменение отношений между ними и специалистами. К. Каннингхэм считает необходимым перейти от представлений о родителях как учителях своего ребенка и как помощниках врача к представлению о них как о партнерах, когда родители становятся полноценными участниками реабилитации<sup>1</sup>.

Роль родителей и семьи в целом, как подчеркивает О.Г. Приходько [3], состоит в организации реабилитационного процесса в домашних условиях. Важным направлением работы считается раннее включение семьи ребенка с ДЦП в реабилитационный процесс и обучение родителей коррекционно-развивающим технологиям.

Попытки оценить степень участия и активности родителей в процессе реабилитации ребенка предпринимала Е.Д. Красильникова [4], которая использует понятие степени конструктивной активности в лечебно-реабилитационном процессе и описывает ее специфику относительно разных видов дизонтогенеза у детей. Однако Е.В. Грошева (2008) подчеркивает, что поведение родителей детей с психическими расстройствами в лечебно-реабилитационном процессе не зависит от клинических характеристик расстройства, оно определяется личностными особенностями родителей и степенью соответствия представлений родителей о психическом расстройстве ребенка клиническим данным [5].

Возможности целенаправленного обучения родителей как участников реабилитации детей с отклонениями в развитии рассматриваются в зарубежных исследованиях; оценивается влияние обучающих программ для родителей не только на ребенка [6, 7], но и на уровень стресса родителей и их родительскую компетентность [8, 9]. Популярной темой исследования является самоэффективность матерей, которая определяется как уверенность

в себе и чувство собственной компетентности в отношении ребенка. Доказано влияние самоэффективности матери не только на ребенка, но и на саму себя: у нее отмечается уменьшение уровня стресса и повышение уровня эмоционального самочувствия и благополучия [8].

Определяющая роль родителей и обеспечение развития и коррекции его отклонений у ребенка в естественной среде является ключевым принципом системы раннего вмешательства [10, 11]. Семейно-центрированный подход, который нацелен на оказание эффективной помощи ребенку посредством повышения способности семьи к воспитанию и реабилитации, может быть успешно реализован при использовании результатов проведенного под руководством Ю.А. Разенковой цикла исследований взаимодействия матери и ребенка раннего возраста с разными видами отклонений в развитии [12].

При рассмотрении роли родителей как профессионалов используется понятие абилитационной компетентности родителей, которая определяется как система специальных знаний, умений, навыков, а также личностных качеств, характеризующих родителя как субъекта абилитации своего ребенка [13]. К значимым показателям абилитационной компетентности относятся сформированность взглядов на проблему нетипичности, способность к рефлексии, типы эмоционального реагирования на сигналы ребенка, социальная информированность и активность, коммуникативная компетентность, воспитательная эффективность. В структуре компетентности родителей К. Ziemen (2002) выделяет эмоциональную, познавательную и социальную составляющие, отмечая важность их понимания не только как способности к воспитанию и обучению ребенка с отклонениями в развитии, но и как возможность решать возникающие в семье противоречия [14].

Структуру (ре)абилитационной компетентности матери составляют следующие компоненты: 1) информационно-когнитивный – знания и представления матерей о процессе реабилитации, о способах лечения (вмешательства), о методиках реабилитации, о показаниях к их назначению и оценке результативности; 2) поведенческий: умение организовать процесс (ре)абилитации в домашних условиях; владение методиками проведения занятий и процедур в домашних условиях;

<sup>1</sup> Каннингхэм К.К., Глен С.М. Помощь родителям. Раннее вмешательство в развитие // Современные подходы к болезни Дауна / под ред. Д. Лейна и Б. Стрэтфорда. М.: Педагогика, 1991. С. 251–264.

3) конструктивное, или комплаентное поведение матери в отношениях со специалистами.

Дети раннего возраста с детским церебральным параличом (ДЦП) и последствиями раннего органического поражения ЦНС (ПРОП ЦНС) получают комплексную медицинскую реабилитацию, которая невозможна без участия матери прежде всего из-за тесной связи матери и ребенка. Участие матери в реабилитации маленького ребенка вносит существенный вклад в построение отношений в системе «родитель – специалист», в том числе может порождать конфликтные отношения.

Указанные проблемы не могут быть решены без рассмотрения феноменологии непосредственного участия матери ребенка раннего возраста, ее активности в процессе его реабилитации. В доступных нам исследованиях мы не нашли описаний того, как матери организуют реабилитацию и лечение детей раннего возраста при наличии у них неврологической патологии.

**Цель:** содержательно обосновать понятие реабилитационной активности матерей, которая проявляется в отношении лечения и реабилитации ребенка с неврологическим заболеванием в период раннего возраста, выявить уровни реабилитационной активности матери и обуславливающие их факторы.

Рассматривая (ре)абилитационную компетентность матерей детей раннего возраста, мы понимаем ее в узком значении – как набор компетенций матери, необходимых для ее участия в процессе реабилитации ребенка, а степень ее участия в реабилитации обозначаем понятием реабилитационной активности матери.

Основываясь на принципах реабилитации при неврологической патологии у детей<sup>2</sup>, мы определили *критерии реабилитационной активности матери*: стремление получить информацию о методах реабилитации и их эффективности; стремление получить информацию о ребенке, его заболевании и возможных исходах; осознанное отношение к реабилитации: понимание ее сущности, возможностей и ограничений; желание получить максимально возможный эффект реабилитации; активное включение в процесс занятий и процедур; овладение методами и приемами работы с ребенком в домашних условиях; организация

<sup>2</sup> Валитова И.Е. Закономерности развития ребенка в раннем периоде онтогенеза как основа раннего вмешательства // Ученые записки БрГУ им. А.С. Пушкина. 2007. С. 104–114.

реабилитационного процесса в домашних условиях; расширение спектра возможностей реабилитации ребенка.

На основе данных критериев определены *показатели реабилитационной активности матери*, которые объединены в два блока в соответствии с организацией процесса реабилитации. Так как реабилитация организована по курсовому принципу, ребенок участвует в ней по циклической схеме «Центр – межкурсовой период – Центр», целесообразно выделить РАМ в Центре реабилитации (РАМ(Ц) и РАМ в межкурсовой период, в том числе в домашних условиях (РАМ(Д)). РАМ(Ц) включает следующие показатели: требовательно подходит к выбору специалиста на курсе лечения; требует максимально возможного количества процедур и занятий; активно включается в процесс занятий с ребенком; интересуется результатами работы ребенка на занятиях; интересуется, для чего и с какой целью назначаются процедуры и занятия для ребенка; строго следует рекомендациям специалистов; обращается к специалистам при возникновении у нее проблем с ребенком; задает специалистам вопросы о состоянии ребенка, о симптомах заболевания, о способах лечения, о прогнозе. РАМ(Д) включает следующие показатели: ищет информацию о других возможностях реабилитации ребенка; просит рекомендации по работе с ребенком в домашних условиях; выполняет в домашних условиях рекомендации специалистов; привлекает частным образом других специалистов к занятиям с ребенком (в межкурсовой период); получает реабилитацию в других учреждениях и центрах.

### Материалы и методы

Исследование проводилось на клинической базе учреждения здравоохранения «Брестский областной Центр медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями «Тонус». Все матери при поступлении ребенка на курс реабилитации подписывали информированное согласие на участие и на использование персональных и медицинских данных в научном исследовании.

В качестве основного использовался метод экспертных оценок для выявления степени проявления реабилитационной активности матери. В качестве экспертов в исследовании выступали специалисты разного профиля. Основное требование к компетентности экспертов – участие в клинической диагностике и реабилитации, а

также в консультативной работе с матерями детей раннего возраста. В качестве экспертов выступили 20 специалистов, из них – 6 врачей-неврологов и 14 специалистов психолого-педагогического отделения.

Были получены профили экспертных оценок реабилитационной активности матерей ( $N = 132$ ), дети которых проходили курсы реабилитации в Центре. Средний возраст детей – 25,4 месяца, неврологические диагнозы – ДЦП и ПРОП ЦНС. Экспертные оценки нескольких специалистов по одной матери усреднялись, что обеспечило надежность результатов оценивания за счет нивелирования действия субъективных факторов.

Экспертам предлагалось заполнить бланк с показателями реабилитационной активности матери, оценив в баллах частоту их проявления следующим образом: 3 – всегда или часто; 2 – иногда; 1 – редко; 0 – никогда. Для каждой матери были получены средние значения двух показателей: РАМ(Ц) и РАМ(Д). В качестве дополнительных методик (в контексте данного исследования) использовались: клиническая беседа, опросник «Диагностика отношения к болезни ребенка» (И.Н. Журавлева, В.Е. Каган)<sup>3</sup>, опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия (Е.И. Захарова)<sup>4</sup>. Авторская методика оценки выраженности механизмов психологической защиты у матерей основана на контент-анализе неоконченных предложений и экспертной оценке манифестации механизмов психологической защиты, специфичных для матерей детей раннего возраста (в настоящий момент статья с описанием методики и процесса ее создания находится в печати). Взаимодействие матери и ребенка в организованной игровой ситуации оценивалось с помощью видеонаблюдения, анализ которого проводился по авторской схеме. При анализе результатов исследования, описанного в данной статье, мы использовали только некоторые результаты, полученные с помощью дополнительных методов.

<sup>3</sup> Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР; Каган В.Е., Журавлева И.П.) / Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии: метод. пособие. Под ред. Исаева Д.Н., Каган В.Е. СПб.: ПМИ, 1991.

<sup>4</sup> Лидере А.Г. Психологическое обследование семьи: учеб. пособие-практикум для студ. фак. психологии высш. учеб. заведений. М.: Изд центр «Академия», 2006. 432 с.

Для статистической обработки использовались методы описательной статистики, корреляционный анализ (метод ранговой корреляции Спирмена), статистический  $\chi^2$ -критерий для сравнения групп. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета статистических программ SPSS 17.0.

## Результаты

### Оценка реабилитационной активности матерей

В табл. 1 и на рисунке представлены статистические показатели и полученные усредненные оценки показателей РАМ.

Анализ данных экспертных оценок РАМ показывает, что уровень реабилитационной активности матери в центре выше реабилитационной активности матери в домашних условиях как в целом, так и по отдельным показателям. Высокие значения коэффициента корреляции между показателями РАМ(Ц) и РАМ(Д) ( $r = 0,562$ ,  $p = 0,000$ ) свидетельствуют о наличии общей тенденции соответствия между этими показателями у матерей: каждую мать характеризует определенный общий уровень реабилитационной активности.

Корреляционный анализ (с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена) позволил установить взаимосвязи значений РАМ(Ц) и РАМ(Д) с другими показателями отношения матери к ребенку и его заболеванию (табл. 2).

Анализ данных показывает, что более высокий уровень РАМ в Центре и в домашних условиях наблюдается у матерей с низким уровнем выраженности психологической защиты. Матери, оценивающие себя как «хорошую мать», отличаются более высоким уровнем реабилитационной активности в межкурсовой период, а матери, оценивающие себя как «недостаточно хорошую мать» – более низким уровнем РАМ(Д).

Более высокий уровень реабилитационной активности обнаруживают матери с низкими показателями по шкале безусловного принятия ребенка. При высоких показателях РАМ дети демонстрируют меньшую степень вовлеченности и большую степень пассивности и безучастности, а также меньшую продуктивность в совместной деятельности с матерью.

Получены данные об отсутствии связи между показателями РАМ и показателями всех шкал опросника ДОБР, которые отражают разные компоненты отношения матери к

Статистические показатели реабилитационной активности матери  
Statistical indicators of mother rehabilitation activity

Статистическая характеристика Statistics	РАМ (Ц) MAR (C)	Уровень / Level		РАМ (Д) MAR (H)	Уровень / Level		
N	133			129			
Среднее / Mean	2,27			1,97			
Стандартная ошибка среднего / Standard error of mean	0,049			0,062			
Медиана / Median	2,3100			2,0000			
Мода / Mode	3,00			2,00			
Стандартное отклонение / Standard deviation	0,556			0,705			
Минимальное значение / Minimum value	0,17			0,00			
Максимальное значение / Maximum value	3,00			3,00			
Процентили / Percentile	25	2,0	0,17–2,12	Низкий / Low	1,50	0–1,70	Низкий / Low
	50	2,31	2,14–2,50	Средний / Average	2,00	1,75–2,37	Средний / Average
	75	2,71	2,56–3,00	Высокий / High	2,50	2,4–3,0	Высокий / High

болезни ребенка раннего возраста (уровень-р от 0,26 до 0,7). Вероятно, активность матери в реабилитации ребенка не зависит от восприятия тяжести его заболевания, от того, связывает ли она его возникновение с внешними причинами или с собственным влиянием, а также с тем, насколько ее тревожит и беспокоит заболевание ребенка.

Также не обнаружены значимые связи показателей РАМ с возрастом ребенка, со сроком его появления на свет: родился раньше срока или в срок (уровень-р от 0,27 до 0,65). Это означает, что уровень реабилитационной активности матери одинаковый по отношению к детям разного возраста, к доношенным и недоношенным детям.

**Уровни реабилитационной активности матери** определялись на основе статистических значений процентилей (см. табл. 1); частота встречаемости уровней РАМ представлена в табл. 3.

Высокий, средний и низкий уровни РАМ встречаются с одинаковой частотой. При сравнении уровней РАМ(Ц) и РАМ(Д) у одной и той же матери в 47 % случаев наблюдается их

совпадение, а в 53 % случаев – несовпадение. Анализ различий уровней РАМ в разных условиях дает возможность описать особенности реабилитационной активности матери с разных сторон и выделить ее различные варианты.

Для проверки гипотезы о наличии связи уровня РАМ и степени тяжести нарушений развития у детей проведен корреляционный анализ (по Спирмену), а также оценка распределения уровней РАМ в группах детей с разной степенью тяжести нарушений развития с помощью критерия  $\chi^2$ . Установлено отсутствие связи реабилитационной активности матери и степени тяжести нарушений развития у детей (значения р от 0,69 до 0,201).

Материалы клинической беседы с матерями, а также данные корреляционного анализа различных показателей позволяют составить психологическую характеристику матерей, отнесенных к разным уровням РАМ.

*Группа «высокий уровень РАМ(Ц) – высокий уровень РАМ(Д)».* Матери из этой группы фактически всю свою жизнь и жизнь ребенка превращают в сплошной поток реабилитационных мероприятий. Ребенок проходит



Структура реабилитационной активности матери (средние значения)  
Structure of mother rehabilitation activity (average values)

Таблица 2  
Table 2

Корреляционные связи показателей реабилитационной активности матери  
Correlations of indicators of mother rehabilitation activity

Показатели Indicator	РАМ(Ц) MAR (C)	РАМ(Д) MAR (H)
Выраженность психологических защит Psychological defense	$r = -0,260$ $p = 0,015$	$r = -0,301$ $p = 0,005$
Оценка себя как хорошей матери Perception of oneself as a good mother		$r = 0,232$ $p = 0,031$
Оценка себя как недостаточно хорошей матери Perception of oneself as a not enough good mother		$r = -0,278$ $p = 0,025$
Безусловное принятие ребенка Unconditional acceptance of a child	$r = -0,257$ $p = 0,016$	$r = -0,263$ $p = 0,014$
Активность и вовлеченность ребенка Activity and involvement of a child	$r = -0,297$ $p = 0,033$	$r = -0,296$ $p = 0,033$
Пассивность и безучастность ребенка Inactivity and indifference of a child		$r = 0,304$ $p = 0,029$
Продуктивность ребенка Productivity of a child	$r = -0,345$ $p = 0,012$	

Уровни реабилитационной активности матери  
The levels of mother rehabilitation activity

Уровень РАМ MAR level	РАМ(Ц) MAR (C)	РАМ(Д) MAR (H)
Низкий / Low	43	44
Средний / Average	45	42
Высокий / High	44	46
Итого / Total	132	132
Совпадение уровней РАМ / Total matches	–	Несовпадение уровней РАМ / MAR mismatches
Низкий-низкий / low-low	27	–
Средний-средний / average-average	13	–
Высокий-высокий / high-high	22	
Всего / Total	62 (47,0 %)	70 (53, 0 %)

реабилитацию регулярно, сменяя центры, получая услуги частных специалистов, занимаясь в домашних условиях с мамой. Высокий уровень РАМ характерен для матерей, имеющих детей как легкой, так и тяжелой степени нарушений развития. При наличии ребенка с третьей степенью нарушений развития высокая активность матери объясняется стремлением матери максимально использовать возможности помочь ему, не упустить время. При наличии ребенка с первой степенью нарушений развития высокий уровень РАМ можно объяснить крайне высоким уровнем тревожности матери по отношению к ребенку (С.А.: «Слишком много кошмаров было!»<sup>5</sup>), выраженным стремлением преодолеть отставание и достичь нормы, убежденностью в том, что эффективность реабилитации напрямую зависит от ее интенсивности, личностными особенностями матери (перфекционизм). (С.Л.: «А у меня просто выбора нет... если мы идем куда-нибудь или едем, куда нам нужно ехать, и, если я не занималась один час, я чувствую в себе вину. То есть меня это гложет, меня это беспокоит. Мне стыдно перед дочерью»).

Высокий уровень РАМ характерен для матерей, не признающих нарушения тяжелой степени у ребенка, у которых наблюдается высокий уровень напряженности психологической защиты; матери уверены, что им удастся исправить нарушения у ребенка, буквально сделать его здоровым, но для этого надо много работать и использовать все предлагаемые возможности. Высокий уровень РАМ можно рассматривать как избыточную активность,

<sup>5</sup> Здесь и далее – высказывания матерей в клинической беседе, обозначены инициалы матери.

которая приводит к высокой эмоциональной напряженности матери (С.Н.: «В том-то и дело, что у меня терпения уже особо и не хватает. Я уже изнемогаю. Да? (обращаясь к ребенку). Скажи, все устали, все устали!»). При высоком уровне РАМ появляются и признаки эмоционального неблагополучия ребенка (С.Н.: «Единственное, что она уже устала... Ну, к китайцам мы сейчас месяц ходили. У нас было такое, что ей уже только просто трусы переодевает. Встанешь – и она сразу – уээ! Такой дикий ор!»).

Группа «средний уровень РАМ(Ц) – средний уровень РАМ(Д)». В этой группе преобладают матери детей с первой и второй степенями нарушений развития. Относительно невысокая степень РАМ матерей объясняется не столь выраженными нарушениями развития у детей: матери более спокойно относятся к реабилитации ребенка, менее активно участвуют в ней сами, организуют разумный ритм жизнедеятельности ребенка. Часть матерей из этой группы характеризуются гипонозогнозией в отношении нарушений у своего ребенка, в том числе идеализируя его, прилагают меньше усилий в реабилитации ребенка. Например, В.В. считает, что ребенок практически не отличается от здоровых детей, так как он самостоятельно ходит и даже бегает, при этом она не замечает выраженных поведенческих нарушений ребенка с признаками гиперактивности и симптомами расстройства аутистического спектра. В.Ш. не признает наличие у ребенка тяжелой степени гемипареза, она убеждена во временном характере нарушения и не считает нужным много работать с ребенком. Средний уровень РАМ можно объяснить некоторой усталостью матери от предыдущих интенсивных курсов реабилитации.

Группа «низкий уровень РАМ(Ц) – низкий уровень РАМ(Д)». В данной группе одинаково представлены матери детей с нарушениями всех трех степеней, однако эта группа неоднородна.

Подгруппа 1. Матери реализуют по отношению к детям гипоопеку как стиль родительского отношения, поэтому они пассивны и равнодушны относительно состояния их детей, а занятия в Центре посещают по настоятельной рекомендации врача по месту жительства.

Подгруппа 2. Матери отличаются гипозногией (агнозией) в отношении степени тяжести неврологической патологии у детей (В.С.: «Я считала, что она немного отстаёт, ну, из-за того, что она долго лежала... Все эти гипсы-шинки, все это, как бы, тормозит... Мы считали, что, может быть, от этого, что она от этого не ходила, не ползала долго»).

Подгруппа 3. Матери участвуют в реабилитации недостаточно активно из-за общей семейной ситуации и сосредоточенности на других проблемах (в семье трое маленьких детей младше трех лет; мама беременна следующим ребенком; сложные семейные отношения). Уменьшение активности в реабилитации связано с тяжелым эмоциональным состоянием матери (апатия) и даже с нервнопсихическими расстройствами (депрессия, зависимости), в том числе вследствие отсутствия результатов от реабилитации (Н.Е.: «Потом уже после диагноза ДЦП, уже нам ничего не хотелось, ну, можно сказать, забросили. Ну, сейчас тоже как-то, знаете, вот, курс от курса, можно сказать, ничего не меняется»).

Группа «высокий (средний) уровень РАМ(Ц) – низкий уровень РАМ(Д)». Матери более активно включаются в реабилитацию ребенка в Центре, при этом в домашних условиях их активность снижается, они редко привлекают частных специалистов и не получают услуги в других учреждениях. Этим матерям вполне достаточно получить реабилитацию ребенка в одном Центре с периодичностью два-три раза в год, дома они стараются организовать для ребенка обычную для его возраста среду и воспитание.

Группа «низкий уровень РАМ(Ц) – высокий (средний) уровень РАМ(Д)». Матери демонстрируют низкий уровень активности и включенности в процесс реабилитации в Центре, при этом активно участвуют в реабилита-

ции ребенка в межкурсовый период и в домашних условиях. Эта группа матерей неоднородна с точки зрения мотивации матери. Некоторые матери полностью доверяют специалистам и полагают, что их участие нежелательно или в нем нет необходимости. Низкий уровень РАМ в Центре объясняется также нежеланием матери получать информацию о сущности процедур и занятий, которые полагают, что это не влияет на результат ребенка. Матери уверены в своих возможностях, в своих умениях и способностях заниматься дома с ребенком (М.Н.: «Я сама массаж научилась делать, ЛФК, я ж медсестра; заканчиваю учиться в педуниверситете, накупила игрушек развивающих, посмотрела, как тут занимаются, и я уже все могу дома сама делать»).

Другие матери намеренно и сознательно увеличивают свою активность в домашних условиях, специально готовят себя к этому, повышают уровень своих знаний и умений, знакомятся с достижениями других матерей, общаясь в социальных сетях (Г.А.: «Это бесконечная работа, не всегда хватает... Вообще большие специалисты работают, но это неправильно. Должна я больше. 90 процентов Дашиного состояния, т. е. то, чего я добьюсь, зависит от меня. Блин, кто-то за меня это сделает? Ну, правда, потому что мне очень тяжело! В первую очередь, я работала сама с собой»).

Отдельные матери из этой группы устанавливают некомплаентные отношения со специалистами Центра, считая неправильными действия специалистов, поэтому ведут себя довольно пассивно и даже недружелюбно, однако занимаются с ребенком в домашних условиях.

### Обсуждение

Матери детей раннего возраста с неврологической патологией проявляют разный уровень активности по организации реабилитации и лечению ребенка. Более высокий уровень реабилитационной активности матерей наблюдается в реабилитационном центре по сравнению с межкурсовым периодом, хотя для каждой матери характерен общий уровень РАМ, отличающий ее от других матерей. Высокий, средний и низкий уровни РАМ представлены в выборке равномерно.

Активность матери в реабилитации ребенка не различается по отношению к детям с разной степенью нарушений развития, разно-



го возраста, а также статуса ребенка как доношенного/недоношенного. Матери проявляют свою активность в реабилитации ребенка также независимо от их общего отношения к заболеванию ребенка (тревожность, нозогнозия и интернальный контроль болезни). При этом высокая активность в реабилитации напрямую связана с низким уровнем выраженности психологической защиты, с оценкой себя как хорошей матери, но с низким уровнем безусловного принятия ребенка. Матери повышают уровень своей активности в реабилитации ребенка, признавая реальность тяжелой патологии у него, но считая, что хорошая мама должна активно заниматься реабилитацией ребенка.

При высокой реабилитационной активности матери не склонны к безусловному принятию ребенка, они стремятся улучшить его функции и качества, не принимая ребенка таким, каков он есть. Дети, чьи матери отличаются высоким уровнем реабилитационной активности, в общении и совместной деятельности с ними чаще демонстрируют пассивность и безучастность, отсутствие интереса в совместной игре и низкую результативность и продуктивность. Таким образом, повышение реабилитационной активности матери сопряжено со снижением собственной активности ребенка.

Уровень реабилитационной активности матери определяется совокупностью факторов: оценка матерью степени тяжести заболевания ребенка, представления о качествах эффективной матери и оценка самоэффективности, опыт реабилитаций и оценка их результативности, общее эмоциональное отношение к ребенку, особенности семейной ситуации. Все перечисленные факторы укладываются в трехмерную модель материнской позиции относительно ребенка раннего возраста с неврологической патологией: отношение матери к ребенку, отношение к себе как к матери, отношение к болезни ребенка.

### Заключение

В исследовании обоснован и содержательно определен концепт реабилитационной активности матери, включающий два компонента, выявлены уровневые характеристики активности матери в реабилитации. Реабилитационная активность матери, направленная на ребенка раннего возраста с неврологической патологией, впервые получила разносто-

ронную характеристику. Значимым в прикладном аспекте является вывод о том, что самым благоприятным является реабилитационная активность матери среднего уровня, так как она позволяет решать задачи коррекции дефицитарности ребенка, но с учетом достижения эмоционального благополучия ребенка и самоэффективности матери. Полученные в исследовании данные могут представлять интерес для профессионалов, работающих в системе ранней помощи детям: методика оценки реабилитационной активности может использоваться в консультативной работе с родителями, а описанные феномены и закономерности активности матерей в реабилитации могут помочь в установлении комплаентных отношений родителей и профессионалов.

### Конфликт интересов

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### Литература

1. Зелинская Д.И. Основы детской реабилитологии // *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. 2012. Т. 91, № 3. С. 15–20. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=17797510>
2. Половинкина О.Б. Педагогическая поддержка семьи в процессе комплексной реабилитации ребенка с органическим поражением центральной нервной системы в условиях стационара // *Дефектология*. 2005. № 1. С. 14–20.
3. Приходько О.Г. Ранняя помощь детям с церебральным параличом в системе комплексной реабилитации: моногр. СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2008. 208 с.
4. Красильникова Е.Д. Психологические особенности семей, воспитывающих детей с различными вариантами нарушений психического развития // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2012. Т. 12, № 2. С. 29–36. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21176852>
5. Грошева Е.В. Задачи психологического сопровождения семьи психически больного ребенка в условиях психиатрического стационара // *Известия Российского государственного педагогического университета имени А.И. Герцена*. 2008. № 34 (74), ч. 2. С. 109–112. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=12361991>

6. Kim D.J., Kim Y.J. *Effects of the parenting efficacy improvement program for mothers as primary caregivers of children with cerebral palsy under rehabilitation // Journal of Exercise Rehabilitation. 2019. Vol. 15, № 6. P. 763–768. DOI: 10.12965/jer.1938654.327.*
7. Whittingham K., Wee D., Boyd R. *Systematic review of the efficacy of parenting interventions for children with cerebral palsy // Child: care, health and development. 2011. Vol. 37, № 4. P. 475–483. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2011.01212.x.*
8. Kim M.K., Kwon I.S. *Influence of self-esteem, family function and social support on wellness of mothers of children with disabilities // Child Health Nursing Research. 2016. Vol. 22, № 1. P. 1–10. DOI: 10.4094/chnr.2016.22.1.1.*
9. Kwok S., Wong D. *Mental health of parents with young children in Hong Kong: The roles of parenting stress and parenting self-efficacy // Child and Family Social Work. 2000. Vol. 5, № 1. P. 57–65. DOI: 10.1046/j.1365-2206.2000.00138.x*
10. Guralnick M.J. *Early Intervention for Children with Intellectual Disabilities: An Update // Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2017. Vol. 30 (2). P. 211–229. DOI: 10.1111/jar.12233*
11. Pretis M. *Families' first in early childhood intervention. A theoretical approach towards parent's involvement and increase of efficiency of the early childhood intervention // Journal of special education and rehabilitation. 2012. 13 (1-2). P. 7–18. DOI: 10.2478/v10215-011-0015-5*
12. Разенкова Ю.А. *Об идеологических противоречиях в отечественной практике ранней помощи // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2017. № 4. С. 3–8. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29441698>*
13. Тюрина Н.Ш. *Социально-педагогические условия формирования абилитационной компетентности родителей, имеющих детей с нарушениями психофизического развития младенческого и раннего возраста // Современные исследования социальных проблем. 2010. № 4 (1). С. 202–209. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=15508670>*
14. Ziemer K. *Die Situation von Eltern behinderter Kinder unter Berücksichtigung der Kompetenzen // Die neue Sonderschule. 2002. № 4. P. 277–290. [https://www.competens.de/pdf/2002\\_neueSoschuSitEltern.pdf](https://www.competens.de/pdf/2002_neueSoschuSitEltern.pdf)*

**Валитова Ирина Евгеньевна**, профессор кафедры социальной работы, кандидат психологических наук, доцент, Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина (Республика Беларусь, 224016, Брест, бул. Космонавтов, 21); ведущий психолог, Брестский областной центр медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями «Тонус» (Республика Беларусь, Брест), irvalitova@yandex.ru, ORCID: 0000-0003-0751-8534

*Поступила в редакцию 21 мая 2020 г.; принята 3 ноября 2020 г.*

DOI: 10.14529/jpps210108

## MOTHER REHABILITATION ACTIVITY IN CASE OF NEUROLOGICAL PATHOLOGY IN EARLY AGE CHILDREN

**I.E. Valitova**<sup>1,2</sup>, irvalitova@yandex.ru, ORCID: 0000-0003-0751-8534

<sup>1</sup> Brest State A.S. Pushkin University  
(21 Kosmonavtov Blvd., Brest 224016, Republic of Belarus)

<sup>2</sup> Brest Regional Centre of Medical Rehabilitation for Children  
with Psychoneurological Diseases 'Tonus', Brest, Republic of Belarus

**Abstract.** The active involvement of parents into the rehabilitation process is a crucial problem in assistance to children with developmental disabilities, which determines the need to study the activity of mothers in the rehabilitation of their children. **Aim: the paper aims** to substantiate the concept of mother rehabilitation activity (MAR) in early age children with neurological

pathologies and to identify both the levels of MAR and the factors that determine it. **Materials and methods:** The study was conducted in the Center of Medical Rehabilitation for Children with psychoneurological diseases. The method of expert assessment was used; 20 specialists of the Center were chosen as experts. The experts filled out a form describing the indicators of mother rehabilitation activity based on two blocks (MAR in the Center – 8 indicators, MAR between treatment courses – 5 indicators), estimating the frequency of their manifestation from 0 to 3 points. In addition, the methods of clinical conversation, questionnaires and video-observation were used. The expert assessment of post-treatment mother rehabilitation activity (N=132) was obtained; the average age of children is 25.4 months, neurological diagnoses – Cerebral Palsy, Perinatal Lesion of the Central Nervous System. **Results:** The sample is equally represented by high, average and low levels of MAR, which does not vary in terms of severity of developmental disorders and age. High rehabilitation activity is associated with a low level of psychological defense, identifying oneself as a good mother, and a low level of unconditional acceptance of the child. An increase of mother rehabilitation activity is associated with a decrease of child's own activity and productivity in joint activities with the mother. The level of mother rehabilitation activity is determined by a combination of factors: mother-child relation, perception of oneself as a mother, attitude to the child's disease. **Conclusion:** For the first time, the concept of mother rehabilitation activity is justified and meaningfully defined. It is shown that the most favorable level of rehabilitation activity is the average one. The limitation of the study is the assessment of mother rehabilitation activity in the Center, which does not allow the data to be applied to mothers of other groups.

**Keywords:** medical rehabilitation, neurological pathology, early age children, parents' rehabilitation competence, mother rehabilitation activity.

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

### References

1. Zelinskaya D.I. Fundamentals of child rehabilitation. *Pediatrics. Journal in G.N. Speranskogo = "Pediatrics" named after G.N. Speransky*. 2012; 91 (3): C. 15–20. (in Russ.). <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=17797510>
2. Polovinkina O.B. Pedagogical support of the family in the process of complex rehabilitation of a child with an organic lesion of the central nervous system in a hospital. *Defektologiya = Defectology*. 2005; 1: 14–20. (in Russ.).
3. Prikhodko O.G. Early help for children with cerebral palsy in the system of complex rehabilitation. St. Petersburg. Publishing House of the Herzen State Pedagogical University. 2008: 208. (in Russ.).
4. Krasilnikova E. D. Psychological features of families raising children with various variants of mental development disorders. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov = Mental health issues for children and adolescents*. 2012; 12 (2): 29–36. (in Russ.). <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21176852>
5. Grosheva E.V. Problems of psychological support for the family of a mentally ill child in a psychiatric hospital. *Izvestiya Rossiiskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta imeni A.I. Gertsena = Izvestia: Herzen University Journal of Humanities & Sciences*. 2008; 34 (74 part 2): 109–112. (in Russ.). <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=12361991>
6. Kim D.J., Kim Y.J. Effects of the parenting efficacy improvement program for mothers as primary caregivers of children with cerebral palsy under rehabilitation. *Journal of Exercise Rehabilitation*. 2019; 15 (6): 763–768. DOI: 10.12965/jer.1938654.327
7. Whittingham K., Wee D., Boyd R. Systematic review of the efficacy of parenting interventions for children with cerebral palsy. *Child: care, health and development*. 2011; 37 (4): 475–483. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2011.01212.x
8. Kim M.K., Kwon I.S. Influence of self-esteem, family function and social support on wellness of mothers of children with disabilities. *Child Health Nursing Research*. 2016; 22 (1): 1–10. DOI: 10.4094/chnr.2016.22.1.1

9. Kwok S., Wong D. Mental health of parents with young children in Hong Kong: The roles of parenting stress and parenting self-efficacy. *Child and Family Social Work*. 2000; 5 (1): 57–65. DOI: 10.1046/j.1365-2206.2000.00138.x
10. Guralnick M.J. Early Intervention for Children with Intellectual Disabilities: An Update. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2017; 30 (2): 211–229. DOI: 10.1111/jar.12233
11. Pretis M. Families' First in Earlychildhood Intervention. A Theoretical Approach Towards Parent's Involvement and Increase of Efficiency of the Early Childhood Intervention. *J Spec Educ Rehab*. 2012; 13 (1-2): 7–18. DOI: 10.2478/v10215-011-0015-5
12. Razenkova Yu.A. Ideological contradictions in russian early intervention system. *Vospitanie i obuchenie detei s narusheniyami razvitiya = Education and training of children with developmental disorders*. 2017; 4: 3–8. (in Russ.). <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29441698>
13. Tyurina N. Socially-pedagogical conditions of formation habilitation competence of the parents having infant and child early age with children with developmental disabilities. *Sovremennye issledovania socialnyh problem = Modern Studies of Social Issues*. 2010; 4 (1): 202–209. (in Russ.). <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=15508670>
14. Ziemer K. Die Situation von Eltern behinderter Kinder unter Berücksichtigung der Kompetenzen. *Die neue Sonderschule*. 2002; 4: 277–290. [https://www.competens.de/pdf/2002\\_neueSoschuSitEltern.pdf](https://www.competens.de/pdf/2002_neueSoschuSitEltern.pdf)

*Received 21 May 2020; accepted 3 November 2020*

---

**ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ**

Валитова, И.Е. Реабилитационная активность матери при неврологической патологии ребенка раннего возраста / И.Е. Валитова // Психология. Психофизиология. – 2021. – Т. 14, № 1. – С. 76–87. DOI: 10.14529/jpps210108

**FOR CITATION**

Valitova I.E. Mother Rehabilitation Activity in Case of Neurological Pathology in Early Age Children. *Psychology. Psychophysiology*. 2021, vol. 14, no. 1, pp. 76–87. (in Russ.). DOI: 10.14529/jpps210108