

**Богуславская В. Ф.,  
Гришина А. В.,  
Коленова А. С.**

**ВЛИЯНИЕ ПРИЗМЫ  
ТРАНСФОРМАЦИИ СМЫСЛОВ МАТЕРИ  
НА ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ  
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ОНКОБОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ**

*В статье рассматриваются особенности ценностно-смысловой и психоэмоциональной сферы матери онкобольного ребенка. Основная часть статьи посвящена эмпирическому исследованию влияния онкопатологии ребенка на эмоциональное отношение матери: дано описание выборки, приведены методики исследования и полученные результаты.*

*Онкозаболевание ребенка оказывает огромное влияние на психоэмоциональное состояние матери. С другой стороны, потребность ребенка в стабильной эмоциональной связи с матерью повышается.*

*Методики, использованные в исследовании: проективная методика тест Г. Роршаха (интегративная система Дж. Экнера), методика представления об идеальном родителе, опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия, термометр эмоций.*

*Приводятся результаты, свидетельствующие о том, что мать, имея базовую способность к эмпатии и достаточно высокий уровень значимости эмоционального компонента взаимодействия с ребенком в условиях его болезни не проявляет должного уровня эмоционального вчувствования. Высокий уровень дистресса обуславливает эмоциональное отношение матери к онкобольному ребенку: уровни депрессии и дистресса обуславливают уровень проявления эмпатии при взаимодействии матери с онкобольным ребенком; чем выше у матери уровень дистресса, тем сильнее проявляется ее эмоциональное отношение в стремлении к телесному контакту во время взаимодействия со своим онкобольным ребенком.*

*Полученные результаты могут успешно использоваться психологами при работе с матерями детей с онкопатологией в онкогематологических отделениях.*

**Ключевые слова:** психоэмоциональная сфера, рак, эмоциональные отношения, дети с онкологией, тест Роршаха, матери онкобольных, дистресс.

**Введение**

Всем известно, что теплые отношения между матерью и ребенком играют важную роль в жизни каждого. Многие отечественные и зарубежные психологи (М. А. Бебчук, Дж. Боулби, А. Я. Варга, Д. В. Винникотт, Р. В. Овчарова, Р. У. Ричардсон, Е. А. Рихмаер, А. С. Спиваковская, Д. Н. Стерн) отмечают, что одним из важных аспектов общения родителей и детей является эмоциональная сторона взаимодействия [4, 6, 9, 10, 11, 14, 15]. Еще не понимая значения слов,

ребенок начинает различать и понимать материнские эмоции, именно с помощью эмоций ребенок сигнализирует матери о своих потребностях и желаниях. Поэтому эмоциональная сторона взаимодействия с матерью является особенно важной для него. Онкозаболевание ребенка оказывает огромное влияние на психоэмоциональное состояние матери, что проявляется во всех сферах ее жизни [7] и обуславливает фон взаимодействия с ребенком. Полностью меняется вся смысловая сфера

женщины, меняются ее роли в жизни, задачи, окружение [1]. При этом, в ситуации жизнеугрожающего заболевания потребность ребенка в стабильной эмоциональной связи с матерью повышается, чем и определяется актуальность нашего исследования.

Проблема онкологических заболеваний в психологической литературе рассматривается либо с точки зрения причины возникновения заболевания, либо изучается личность больного и его реакция на недуг. Стоит отметить, что практически никто не занимается в отечественной литературе вопросами межличностных отношений в семье больного ребенка, таким образом, исследование имеет определенную научную новизну.

**Цель работы заключается в** выявлении особенностей эмоционального взаимодействия матери и ребенка с онкопатологией.

**Предметом исследования** выступают характеристики эмоционального взаимодействия матери и ребенка.

**Объектом исследования** являются 32 женщины в возрасте от 28 до 37 лет, из них:

- матери детей, находящихся на обследовании в детском онкогематологическом центре ГУЗ «Областная Детская Больница» г. Ростова-на-Дону (основная группа: 16 матерей детей в возрасте от 7 до 11 лет);
- матери детей без хронических заболеваний, учащих в МОУ СОШ № 6 станицы Куцевской Краснодарского края (контрольная группа: 16 матерей детей в возрасте от 7 до 11 лет).

Для проведения исследования использовались следующие материалы:

- метод комплексной диагностики: чернильные пятна Г. Роршаха в интерпретации интегративной системы Дж. Экснера [12];
- метод для определения базовых представлений матерей: методика Р. Г. Овчаровой «представление об идеальном родителе» [9];
- метод для выявления особенностей эмоционального взаимодействия матери и ребенка: опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия (ОДРЭВ) Е. И. Захаровой [8];
- метод выявления уровня дистресса матерей: методика «термометр Дистресса», созданная командой паллиативной помощи и онкологии при больнице Хиллингтон.

### **Процедура и результаты исследования**

Исходя из проблемы нашего исследования, мы разделили его процедуру на 3 этапа.

1. Изучить базовую способность к эмпатии матерей детей с онкопатологией и уровень значимости эмоционального компонента взаимодействия с ребенком в их представлении об «идеальном родителе». Инструментарий: метод чернильных пятен Г. Роршаха на основе интегративной системы Дж. Экснера [2]; методика Р. Г. Овчаровой «представление об идеальном родителе» [9].

В исследовании приняли участие 44 матери. Для определения наличия базового уровня эмпатии у матерей мы использовали метод чернильных пятен Г. Роршаха на основе интегративной системы Дж. Экснера [2]. В результате было выявлено, что все матери имеют базовую способность к эмпатии.

Далее нами был выявлен уровень значимости эмоционального компонента во взаимодействии матери с ребенком в ее представлении «об идеальном родителе». Нас интересовало выявление матерей со средним и высоким уровнем значимости в представлении. По итогу проведения методики «представление об идеальном родителе» Р. Г. Овчаровой было выявлено, что у 32-х испытуемых сложилось представление «об идеальном родителе» как о человеке с теплым эмоциональным отношением к ребенку, понимающем, эмоционально поддерживающем и т. д. При этом, у 8 матерей был выявлен высокий уровень значимости эмоционального аспекта во взаимодействии со своим ребенком, а у 24 матерей значения находились в среднем диапазоне (рис. 1).

Следует отметить: при качественном оценивании результатов исследования наибольшее количество баллов в эмоциональном аспекте получили следующие утверждения:

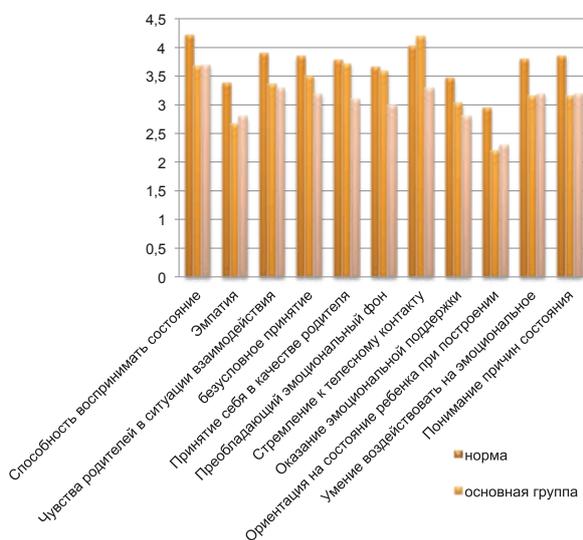
- идеальный родитель – радостный;
- идеальный родитель – мягкий;
- идеальный родитель – жалеющий;
- идеальный родитель – любящий;
- идеальный родитель – не стыдящийся за ребенка.

Таким образом, нами была сформирована исследуемая выборка в количестве 32-х человек, (матери с базовой способностью к эмпатии и с высоким уровнем эмоционального взаимо-

действия в «представлении об идеальном родителе»), разделенная на основную и контрольную группы с точки зрения здоровья ребенка (основная – матери онкобольных детей, контрольная – матери относительно здоровых детей).

2. Выявить особенности эмоционального взаимодействия матерей и детей с онкопатологией. С этой целью был использован опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия (ОДРЭВ) Е. И. Захаровой [8].

Обратимся к Рисунку 1, наглядно представляющему распределение особенностей эмоционального взаимодействия матерей с детьми и соотношение этих параметров с показателями средних и критериальных значений в основной группе.



**Рисунок 1.** Показатели по 11-ти шкалам эмоционального взаимодействия матерей из основной группы в сравнении с нормой и критериальными значениями

Результаты исследования показали, что при рассмотрении показателей в основной выборке всех 11-ти шкал (опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия Е. И. Захаровой (ОДРЭВ) [5]) относительно средних и критериальных значений можно сделать следующие выводы:

По шкале «стремление к телесному контакту» практически у всех матерей онкобольных детей показатели не только заметно выше, чем по всем остальным 10-ти способам проявления эмоционального взаимодействия, но и пре-

вышают значения нормы (ср. балл > 4,05). Это можно интерпретировать как наиболее предпочтительный способ проявления эмоционального тепла в ситуации матерей онкобольных детей. Можно предположить, что если у матери не хватает «душевных сил» дать своему ребенку тепло на эмоциональном уровне, то она заменяет его тактильным компонентом и проявляет эмоциональное тепло на телесном уровне, что и объясняет данные по шкале «стремление к телесному контакту».

Можно отметить, что показатели по шкалам «способность воспринимать состояние», «понимание причин состояния», «умение воздействовать на эмоциональное состояние ребенка» очень близки к показателям критериальных значений, что свидетельствует о приближении данных шкал к дефицитарному порогу (ср. баллы 3,68; 3,16; и 3,16 соответственно). Можно говорить о том, что матери больных детей при эмоциональном взаимодействии со своим ребенком испытывают трудности в восприятии состояния своего чада, и, следовательно, им сложнее понимать причины того или иного состояния своего ребенка. При этом им тяжело воздействовать на эмоциональное состояние ребенка. Данные проблемы можно объяснить самой спецификой заболевания и особенностями его лечения, ведь у детей после химиотерапии возникают проблемы с гормональным фоном, что влечет за собой частые смены настроения, внезапные капризы и т. д.

Следует отметить, что показатели по шкале «ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия» ниже критериальной нормы, что указывает на дефицит данного показателя у матерей онкобольных детей (ср. балл < 2,3). Низкие значения можно объяснить тем, что ребенок, находящийся в условиях онкологического диспансера, часто может «мешать» процессу спасительного лечения (капризничать, отказываться от болезненных процедур и т. д.). Матери в такие моменты не просто не входят в положение своего чада, но и всеми способами пытаются повлиять на своего ребенка, не учитывая его пожелания и состояние.

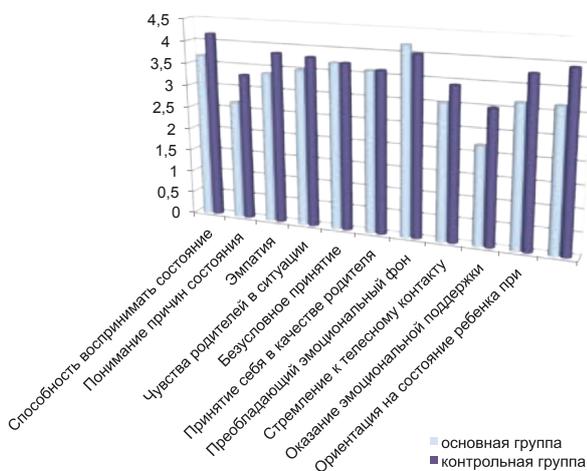
Так, можно говорить о том, что среднegrupповая тенденция в основной исследуемой группе (матери детей с онкологическим заболеванием) находится на уровне ниже средних показателей

нормы, что дает нам право говорить о заниженном эмоциональном «вчувствовании» во время общения со своим ребенком.

В то же время в контрольной группе (матери детей, не страдающих хроническим заболеванием или заболеваниями, угрожающими жизни) основное количество признаков находится на уровне средних значений.

Лишь показатели по шкале «понимание причин состояния» у контрольной группы чуть превышают средние значения (ср. балл > 3,85), что можно интерпретировать как желание и стремление родителей быть ближе к своему ребенку, проявлять соучастность, принимать свое чадо и действовать, обращая внимание на его предпочтения и пожелания.

Результаты исследования показали, что в целом, в исследуемой основной группе (16 матерей с онкобольшими детьми) средний уровень практически по всем 11-ти показателям эмоциональной стороны взаимодействия заметно ниже, чем в контрольной группе (рис. 2).



**Рисунок 2.** Выраженность особенностей детско-родительского эмоционального взаимодействия в исследуемых группах

Таким образом, сравнительный анализ данных основной и контрольной групп показал, что матери больных детей в своем общении с ними в условиях болезни ребенка не проявляют должного уровня эмоционального вчувствования, принятия и тепла. При этом, некоторые аспекты взаимодействия даже находятся на дефицитном и близком к дефицитному уровням. В то же время, матери из контрольной группы, не за-

трудняясь, воплощают в своем взаимодействии с ребенком основные критерии эмоционального общения, транслируют на эмоциональном уровне принятие своего ребенка.

### Определение степени статистической достоверности полученных данных

Для статистической обработки полученных данных использовалась программа Statistica 6.0. Был применен t-критерий Стьюдента для двух выборок.

Статистический анализ показал, что полученные в ходе исследования данные по шкалам: «способность воспринимать состояние», «эмпатия», «чувства родителей в ситуации взаимодействия, стремление к телесному контакту», «оказание эмоциональной поддержки, ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия», «умение воздействовать на эмоциональное состояние ребенка», «понимание причин состояния» имеют доверительную вероятность 96 %,  $t = 4,295$ ,  $p < 0,05$ .

Таким образом, наша гипотеза о том, что у матерей здоровых детей эмоциональный компонент взаимодействия с ребенком может быть выше, чем у матерей онкобольных детей, подтвердилась.

### 3. Выявить уровень дистресса матерей.

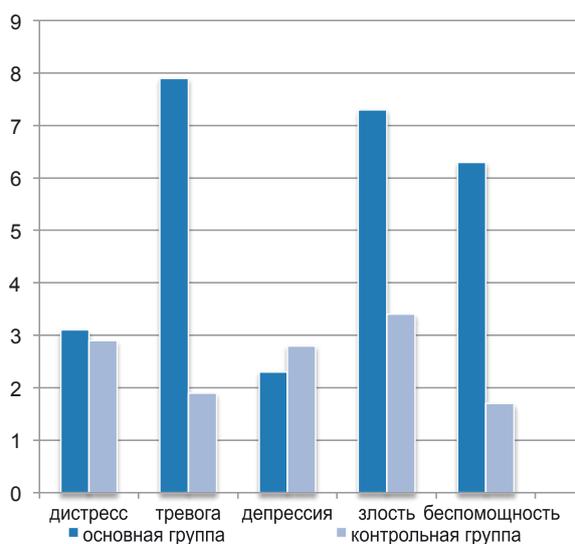
Для достижения поставленной цели была применена методика «термометр Дистресса», созданная командой паллиативной помощи и онкологии при больнице Хиллингтон.

Нами было сделано предположение, что именно уровень дистресса матерей онкобольных детей может влиять на особенности их эмоционального взаимодействия со своими детьми. Поэтому мы исследовали уровень дистресса в основной и контрольной группах. Анализ полученных данных приведен на Рисунке 3.

В результате анализа полученных данных было выявлено, что у матерей онкобольных детей высокие баллы по шкалам:

- «тревога» («сырые» баллы 7,9), что свидетельствует о высокой значимости ситуации, в которой сейчас пребывают мать и онкобольной ребенок. Этот результат дает нам право говорить о том, что мать болезненно реагирует на все, происходящее с ней и ребенком, находится в состоянии постоянного эмоционального напряжения;

- «злость» («сырые» баллы 7,3), что свидетельствует о высоком уровне агрессии. Данный показатель может выражаться в агрессии, направленной на окружающих, на саму ситуацию, и даже на себя (аутоагрессия). Зачастую при личном общении можно услышать такие слова: «за что нам эта болезнь», «судьба от меня отвернулась», «все не ладится, весь мир против нас», «все родители детей в школу отправляют, а я тут», «это у меня тяжелая судьба» и т. д.;
- «беспомощность» («сырые» баллы 6,3), что свидетельствует о невозможности матери качественно повлиять на ситуацию болезни ребенка. Она может только следовать указаниям врачей и надеяться. Но сама не держит ситуацию под контролем и от нее мало что зависит. Для матери такая ситуация, как правило, не знакома. Ведь до болезни состояния ребенка были под ее контролем и она знала, как возможно их изменить.



**Рисунок 3.** Показатели по шкалам дистресса в основной и контрольной группах

При этом на Рисунке 5 мы видим, что в контрольной группе шкала «злость» незначительно выше других (3,4 балла). Данный факт можно отнести как к ситуативной усталости, так и к индивидуальным способам реагирования матерей.

Итак, уровень тревоги, уровень злости и беспомощности у матерей детей, больных онкологическим заболеванием, можно объяснить

общим эмоциональным состоянием, стрессовой ситуацией, возникшей из-за болезни ребенка, постоянным пребыванием в онкологическом диспансере, в ситуации болезненного лечения и угрозы жизни для их детей.

4. Проанализировать взаимосвязь особенностей эмоционального взаимодействия и уровня дистресса у матерей.

Для получения результатов корреляционного анализа по Спирмену использовалась программа Statistica 6.0.

Результаты анализа взаимосвязи особенностей эмоционального взаимодействия матери и ребенка с онкопатологией с уровнем дистресса матери выявили, что во всех исследуемых группах существует:

- положительная взаимосвязь между стремлением к телесному контакту и уровнем дистресса;
- отрицательная взаимосвязь между уровнем проявления эмпатии в общении и уровнем депрессии;
- отрицательная взаимосвязь между уровнем проявления эмпатии в общении и уровнем дистресса.

#### **Обсуждение результатов исследования**

Итак, уровень дистресса влияет на особенности эмоционального взаимодействия матери и ребенка с онкопатологией.

Чем выше уровень дистресса, испытываемого матерью, тем сильнее она проявляет в общении с онкобольным ребенком потребность в телесном контакте.

Чем сильнее у матери проявляются депрессия и дистресс, тем меньше она проявляет эмпатию по отношению к своему ребенку, тем холоднее ее общение с ним и меньше внимания уделяется задаче «вчувствования и понимания» своего чада.

#### **Выводы**

Таким образом, на основе полученных результатов можно сделать следующие выводы:

1. Мать, имея базовую способность к эмпатии и достаточно высокий уровень значимости эмоционального компонента взаимодействия с ребенком в их представлении об «идеальном родителе», в условиях болезни ребенка не проявляет должного уровня эмоционального вчувствования.

2. Высокий уровень дистресса обуславливает эмоциональное отношение матери к онкобольному ребенку: чем выше у матери уровень дистресса, тем ярче проявляется ее эмоциональное отношение в стремлении к телесному контакту во время взаимодействия со своим онкобольным ребенком.

3. Уровни депрессии и дистресса обуславливают уровень проявления эмпатии при взаимодействии матери с онкобольным ребенком. То есть, чем у матери выше уровень дистресса или депрессии, тем меньше она проявляет эмпатии по отношению к своему ребенку.

**Практическая значимость нашего исследования** выражается в том, что полученные результаты могут успешно использоваться в работе с матерями детей с онкопатологией и быть применены в более широких исследованиях данного вопроса.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Абакумова И. В., Кагермазова Л. Ц.* Смыслообразование как фактор инициации ценностно-смысловых установок в процессе формирования антиэкстремистской идеологии // Российский психологический журнал. – 2011. – № 3. – С. 11–20.
2. *Ассанович М. А.* Когнитивная концепция диагностических возможностей формирования ответов при тестировании с помощью метода Г. Роршаха // Вестник клинической психологии. – 2005. – № 1. – С. 19–20.
3. *Ассанович М. А.* Интегративная система психодиагностики методом Г. Роршаха. – М.: Когито-Центр, 2011. – 397 с.
4. *Бакулин А. В.* Ценностно-смысловые барьеры как категория психолого-дидактического анализа // Северо-Кавказский психологический вестник. – 2009. – № 7/2. – С. 11–17.
5. *Бибчук М. А., Рихмаер Е. А.* Практическая психодиагностика семьи: методическое пособие с приложениями. – М.: ИД «Бионика», 2012. – 148 с.
6. *Варга А. Я.* Структура и типы родительского отношения. – М.: Наука, 1986.
7. *Добряков И. В., Защиринская О. В.* Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия. – СПб.: Речь. 2007. – 400 с.
8. *Захарова Е. И., Петрова А. А.* Материнские представления о ребенке и их роль в становлении родительства // Семейная психология и семейная терапия. – 2004. – № 3. – С. 7–12.
9. *Овчарова Р. В.* Психологическое сопровождение родительства. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 319 с.
10. *Ричардсон Р. У.* Силы семейных уз. – СПб.: Питер-пресс, 1994. – 198 с.
11. *Спиваковская А. С.* Как быть родителем? – М.: ТРПСФСР, 1986.
12. *Exner J. E., Asheville Jr.* A Rorschach workbook for the comprehensive system. – North Carolina, 2001. – 232 p.
13. *Parker R.* Mother love / Mother hate: power of maternal ambivalence. – USA: Basic Books, 1995. – 217 p.
14. *Stern D. N.* The first relationship: infant and mother. – Cambridge, Massachusetts, London, England: Harvard university Press, 2002. – 178 p.
15. *Winnicott D. W.* Primary maternal preoccupation. – USA: Basic Books, 1956. – 431 p.