

© Н.И. ЦЫГАНКОВА, И.М. НИКОЛЬСКАЯ

ser588@mail.ru, nikolskaya_mapo@inbox.ru

УДК 159

МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

АННОТАЦИЯ. Представлены результаты исследования межличностных отношений детей 9-10 лет с диагнозом «минимальная мозговая дисфункция, синдром дефицита внимания с гиперактивностью» и их взаимосвязей с воспитательной практикой матерей по сравнению с детьми группы риска с симптомами невнимательности и импульсивности и контрольной группы. Определены задачи психологической коррекции.

SUMMARY. The article offers the research results of interpersonal relations of 9-10-year old children with the diagnosis «The minimum brain dysfunction, a syndrome of deficiency of attention with hyperactivity» and their interrelations with educational practice of mothers in comparison with children of the risk group with inattention and impulsiveness symptoms and control group. Problems of psychological correction are defined.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА. Гиперкинетическое расстройство, межличностные отношения ребенка, семейное воспитание, психологическая коррекция.

KEY WORDS. Hyperkinetic frustration, interpersonal relations of the child, family education (education practice), psychological correction.

Своеобразие психического развития детей с гиперкинетическим расстройством (F90.0), выражающееся в невнимательности, гиперактивности и импульсивности, отражается в нарушениях их учебной деятельности и социального функционирования. Наиболее ярко данные нарушения проявляются у младших школьников, в период усвоения требований, предъявляемых новой социальной ситуацией развития [1], [2], [3], [4], [5], [6], [7].

Увеличение нагрузки на нервную систему приводит к расстройствам поведения в виде упрямства, непослушания, негативизма, к развитию волевой неустойчивости, легкости возникновения, бурному протеканию, заостряемости и неуправляемости аффектов, отсутствию гибкости во взаимоотношениях. Первичные поведенческие нарушения, делающие ребенка неприспособленным к выполнению общепринятых стандартов и социальных требований, служат источником непонимания и недовольства со стороны окружающих взрослых и сверстников. Частые конфликты еще больше ухудшают поведение за счет вторичных адаптационных реакций протеста, отказа, оппозиции, гиперкомпенсации [8].

Физическое и психическое состояние любого ребенка прямо связано с гармоничностью воспитания родителями. Многие гиперактивные дети находятся под неослабным контролем матери, поэтому у них недостаточно развиты независимость и самостоятельность. Контролируя, матери дают много указаний, но

менее ласковы к детям, мало поощряют и хвалят их. Получая больше негативных, чем позитивных воспитательных воздействий, дети с гиперактивностью могут провоцировать родителей к резко агрессивным реакциям, особенно если они неуравновешенны и неопытны.

Следствием дефицита физического и эмоционального контакта гиперактивного ребенка с матерью могут стать эмоциональные нарушения: тревожность, неуверенность, возбудимость, негативизм [9]. Проведенное нами изучение матерей детей с гиперкинетическим расстройством показало, что для них чаще, чем в группах сравнения, характерна гипопротекция: ребенок находится на периферии внимания, матери «не до него», она обращается к ребенку, только когда случается что-то серьезное [10].

Все изложенное диктует необходимость более подробного изучения межличностных отношений младших школьников с гиперкинетическим расстройством в связи с задачами определения мишеней психологической коррекции и улучшения социального функционирования. Нами исследованы дети, которым неврологом был установлен диагноз: «минимальная мозговая дисфункция (ММД), синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)». В настоящее время ММД рассматривают как последствие ранних локальных повреждений мозга, выражающееся в возрастной незрелости отдельных высших психических функций и их дисгармоничном развитии. При этой патологии имеет место задержка в темпах развития функциональных систем мозга, обеспечивающих реализацию речи, внимания, памяти, восприятия, мышления, произвольной регуляции [11]. Симптомы могут быть выражены в различной степени проявлений и сочетаний, интенсивность их тоже может меняться. Один из важных сопутствующих признаков ММД — СДВГ. Нарушения внимания и гиперактивность наблюдаются более чем у 80% детей с ММД.

Цель настоящего исследования — изучить у младших школьников с диагнозом «минимальная мозговая дисфункция, синдром дефицита внимания с гиперактивностью» характеристики межличностных отношений со взрослыми и сверстниками в их взаимосвязи с воспитательной практикой матерей (в связи с задачами психологической коррекции).

Экспериментальная часть. Исследование проведено в г. Санкт-Петербурге на базах психолого-педагогических медико-социальных центров. Всего обследовано 110 школьников 3-4 классов общеобразовательных школ (22 девочки и 88 мальчиков) и их матери. Дети были разделены на три группы сравнения. В первую группу вошли 40 школьников с диагнозом ММД-СДВГ, установленным врачом-неврологом. Во вторую — 40 детей с отдельными симптомами невнимательности и импульсивности (группа риска школьной и социальной дезадаптации). В третью — 30 детей, у которых данных симптомов не отмечалось (контрольная группа). По полу и возрасту группы сравнения были сходными. Во всех случаях получено информированное согласие родителей на участие в исследовании. Группы риска и контрольная были сформированы на основе анализа авторской анкеты Н-И (невнимательность — импульсивность), которую заполнили 13 учителей. Анкета разработана на основе диагностических критериев МКБ-10 и предназначена для выявления детей группы риска школьной и социальной дезадаптации с симптомами невнимательности и импульсивности.

Для исследования межличностных отношений использовалась визуально-вербальная проективная методика «Межличностные отношения ребенка» Р. Жилы, адаптированная И.Н. Гильяшевой и Н.Д. Игнатьевой [12]. Она оценивает переменные, характеризующие конкретно-личностные отношения ребенка с другими людьми, и переменные, отражающие ряд поведенческих характеристик и черт личности детей, проявляющихся в отношениях с окружающими. Изучение воспитательной практики матерей проводилось с помощью опросника АСВ «Анализ семейных взаимоотношений» [9].

Статистический анализ результатов осуществлялся с помощью лицензионного пакета SPSS Санкт-Петербургского государственного университета и включал вычисление средних величин и различий между выборками, корреляционный и дисперсионный анализ.

Результаты исследования. На рис. 1 представлены средние значения показателей межличностных отношений детей сравниваемых групп.



Рис. 1. Средние значения показателей межличностных отношений детей сравниваемых групп (в процентах)

На рис. 1 показано, что у детей с ММД-СДВГ наиболее выражены отношения к другу, родителям, воспринимаемым как родительская чета, к матери. У детей группы риска наиболее выражены отношения к родителям, матери, к братьям и сестрам, к другу. В контрольной группе наряду с отношениями к родителям и к матери также выражено отношение к братьям и сестрам. Статистический анализ показал, что отношение к матери менее выражено в группах ММД-СДВГ ($p < 0,006$) и риска ($p < 0,018$), чем в контрольной. Отношение к другу более выражено в группах ММД-СДВГ ($p < 0,001$) и риска ($p < 0,005$), чем в контрольной. Отношение к учителю более выражено в группе ММД-СДВГ ($p < 0,050$), чем в контрольной.

С помощью дисперсионного анализа определено влияние фактора «диагноз» на межличностные отношения. Наличие верифицированного диагноза ММД-СДВГ определяет, что для такого ребенка друг и учитель являются эмоционально значимыми фигурами (знач. 0,000).

На рис. 2 представлены усредненные показатели поведенческих характеристик детей, проявляющихся в отношениях с окружающими.

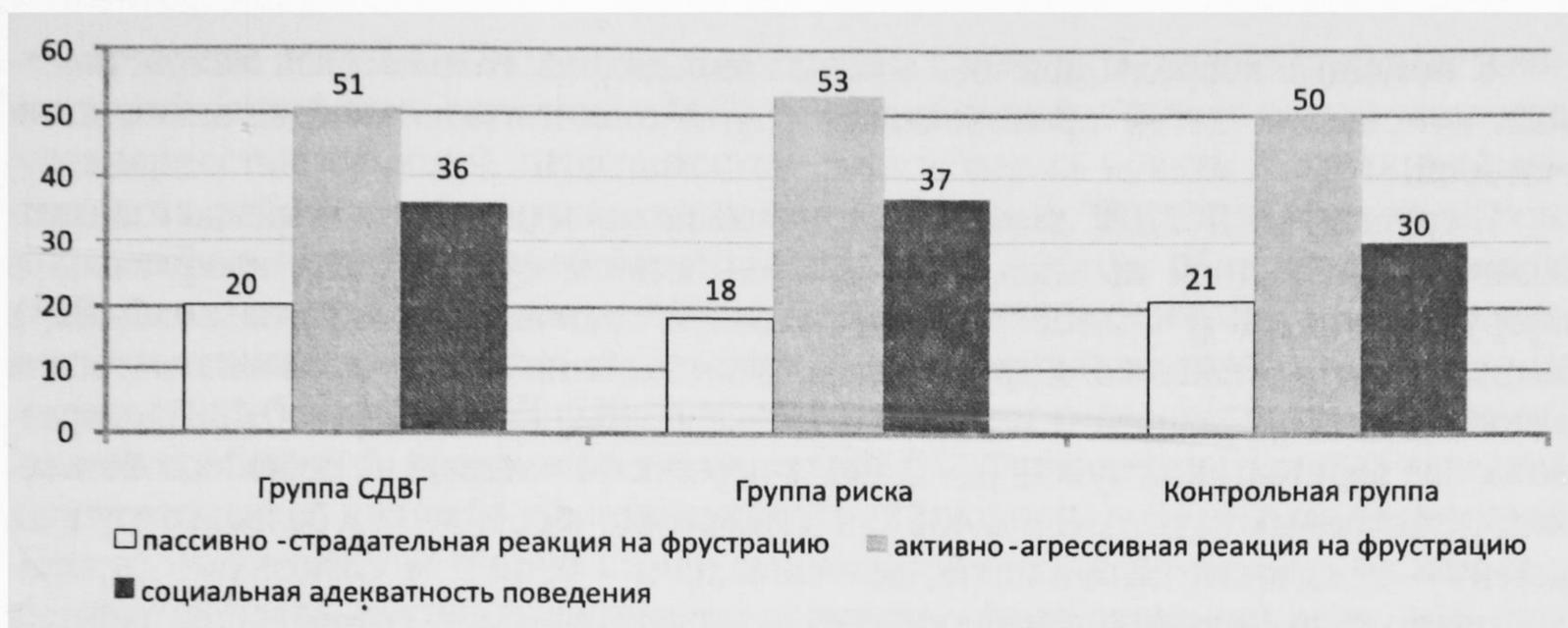


Рис. 2. Средние значения показателей поведенческих характеристик детей, проявляющиеся в отношениях с окружающими (в процентах)

Рисунок показывает, что у детей всех групп в ситуации фрустрации больше выражена активно-агрессивная реакция («кричать», «обзывать», «протестовать», «бить» и др.) и меньше выражена пассивно-страдательная реакция («плакать», «обидеться», «надуться»). В группе риска пассивно-страдательная реакция прослеживается реже, чем в контрольной ($p < 0,013$).

На рис. 3 даны усредненные показатели личностных особенностей детей сравниваемых групп, проявляющиеся в отношениях с окружающими.

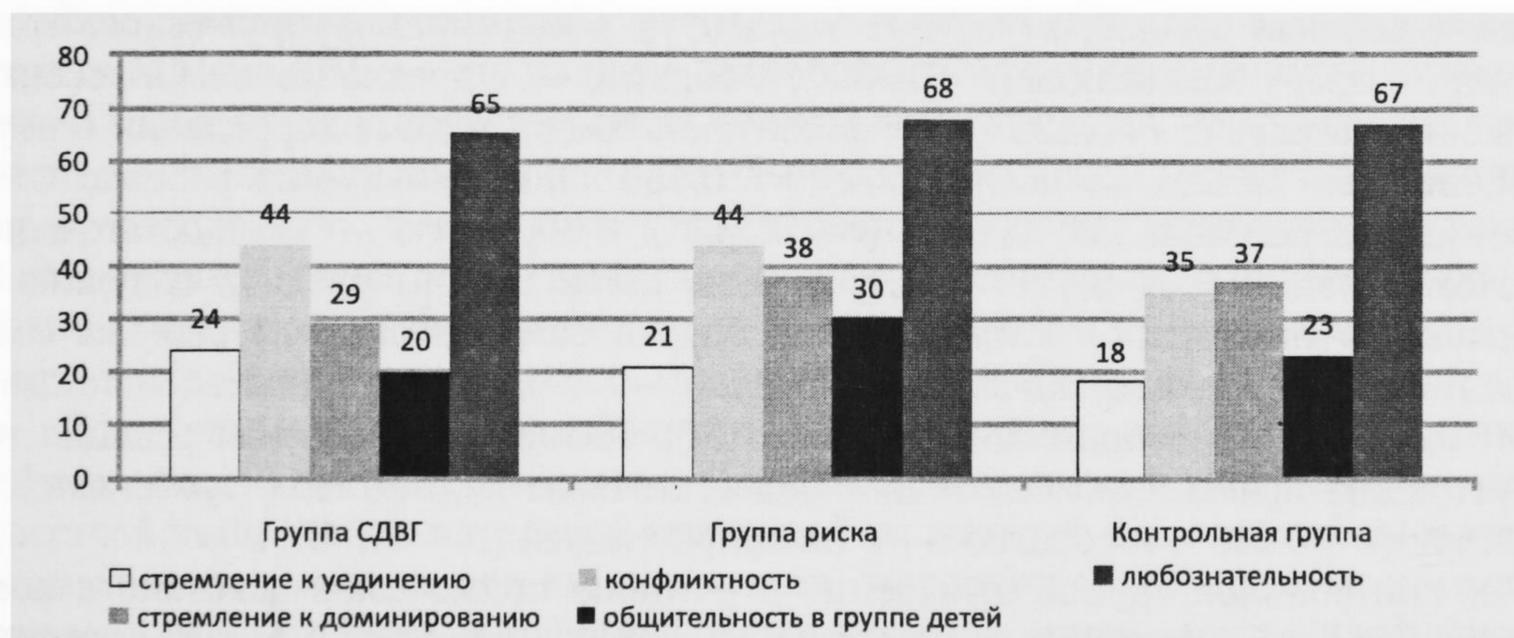


Рис. 3. Средние значения показателей личностных особенностей детей, проявляющиеся в отношениях с окружающими (в процентах)

На рис. 3 можно увидеть, что в личностных характеристиках детей, связанных с общением, во всех трех группах более всего выражена любознательность как близость к рассказывающему что-то взрослому, ведомость взрослым, социальная адекватность поведения [13]. В группах ММД-СДВГ и риска на втором месте по степени выраженности находится конфликтность, в контрольной — стремление к доминированию. Менее всего в группе ММД-СДВГ выражено стремление к общению в больших группах детей, в группах риска и контрольной — стремление к уединению. Статистический анализ подтвердил, что дети группы ММД-СДВГ реже стремятся к общению в больших группах, чем дети группы риска ($p < 0,015$).

С помощью корреляционного анализа определены взаимосвязи межличностных отношений детей сравниваемых групп с воспитательной практикой их матерей.

В группе ММД-СДВГ выраженность отношения к родителям обратно взаимосвязана с личностной проблемой матери «вынесение супружеских конфликтов в сферу воспитания» ($r = -0,402^{**}$) и недостаточным количеством запретов ($r = -0,482^*$). Выращенность отношения к другу прямо взаимосвязана с чрезмерным количеством запретов, гипопротекцией ($r = 0,397^*$), чрезмерностью санкций ($r = 0,403^*$), неразвитостью родительских чувств ($r = 0,424^*$), переносом матерью на ребенка собственных нежелательных качеств ($r = 0,435^*$), а стремление к общению в больших группах детей — с недостаточным количеством санкций ($r = 0,498^{**}$). Отношение к учителю прямо взаимосвязано с недостаточным удовлетворением потребностей ребенка ($r = 0,431^*$) и обратно — с воспитательной неуверенностью матери ($r = -0,390^*$). Любознательность обратно ($r = -0,489^*$), а конфликтность ($r = 0,391^*$) и активно-агрессивная реакция на фрустрацию ($r = 0,432^*$) прямо взаимосвязаны с вынесением супружеского конфликта в сферу воспитания.

В группе риска выраженность отношения к родителям прямо взаимосвязана с предпочтением в ребенке детских качеств ($r = 0,488^{**}$), неустойчивым стилем воспитания ($r = 0,340^*$), переносом на ребенка собственных нежелательных качеств ($r = 0,317^*$) и обратно взаимосвязана с недостаточным числом требований ($r = 0,464^{**}$). Отношение к учителю прямо взаимосвязано с неустойчивым стилем воспитания ($r = 0,439^{**}$). Любознательность прямо взаимосвязана с предпочтением в ребенке детских качеств ($r = 0,510^{**}$), вынесением супружеского конфликта в сферу воспитания ($r = 0,330^*$) и обратно — с предпочтением в ребенке мужских качеств ($r = -0,426^*$). Конфликтность имеет прямые корреляции с неустойчивостью семейного воспитания ($r = 0,450^{**}$), переносом на ребенка собственных нежелательных качеств ($r = 0,333^*$), и обратную — с недостаточным числом санкций ($r = -0,409^{**}$). Стремление детей группы риска к общению в больших группах прямо взаимосвязано с переносом матерями на ребенка собственных нежелательных качеств и обратно — с недостаточностью санкций ($r = -0,556^{**}$) и гипопротекцией ($r = -0,313^*$). Активно-агрессивная реакция на фрустрацию прямо взаимосвязана с недостаточным количеством требований к ребенку ($r = 0,318^*$) и обратно — с гиперпротекцией ($r = -0,347^*$).

В контрольной группе отношение к учителю прямо взаимосвязано с воспитательной неуверенностью матери ($r = 0,318^*$) и обратно — с гиперпротекцией ($r = -0,352^*$). Любознательность имеет обратные корреляции с недостаточностью санкций ($r = -0,395^*$) и неустойчивым стилем воспитания ($r = -0,389^*$). Стремление к общению в больших группах прямо взаимосвязано с недостаточным числом санкций ($r = 0,406^*$). Активно-агрессивная реакция на фрустрацию прямо взаимосвязана с чрезмерным удовлетворением потребностей ребенка ($r = 0,450^*$) и неустойчивым стилем воспитания ($r = 0,437^*$).

Таким образом, во всех группах сравнения определены взаимосвязи межличностных отношений детей с особенностями воспитательной практики и личностными проблемами матерей. С учетом того, что было обнаружено влияние фактора «диагноз» на выраженность отношений детей с ММД-СДВГ к другу и учителю, проведено сравнение корреляционных взаимосвязей этих характеристик с показателями шкал опросника АСВ.

В группе ММД-СДВГ отношение к другу имеет пять положительных взаимосвязей со шкалами опросника АСВ: гипопротекцией, чрезмерностью запретов, чрезмерностью санкций, неразвитостью родительских чувств и проекцией матерью на ребенка собственных нежелательных качеств. В группах риска и контрольной ни одной значимой взаимосвязи такого рода не обнаружено. Можно предположить, что когда мать уделяет мало времени воспитанию, у нее не развиты родительские чувства, либо когда она, ограничивая свободу и самостоятельность ребенка с ММД-СДВГ, прибегает к строгим наказаниям за нарушение им требований, приписывает ему несуществующие отрицательные качества, друг становится для ребенка компенсаторной эмоционально значимой фигурой. При этом отношения с друзьями у таких детей в силу их поведенческих особенностей часто не складываются, по-видимому, из-за этого они реже, чем дети группы риска, стремятся к общению в больших группах детей.

Отношение к учителю в группе ММД-СДВГ положительно взаимосвязано с недостаточным удовлетворением матерью потребностей ребенка и отрицательно — с ее воспитательной неуверенностью. В группе риска отношение к учителю положительно коррелирует с неустойчивым стилем воспитания матери. В контрольной группе выявлена положительная взаимосвязь отношения к учителю с воспитательной неуверенностью матери, отрицательная — с гиперпротекцией. Сравнительный анализ обнаруженных взаимосвязей позволяет предположить, что именно для ребенка с ММД-СДВГ фигура учителя особенно важна, т.к. дает ему возможность удовлетворить базисные потребности, фрустрированные матерью.

Еще один момент, который следует акцентировать при анализе корреляций в группе ММД-СДВГ, — это наличие взаимосвязей между переменными, отражающими поведенческие характеристики и черты личности детей, проявляющиеся в их общении, со шкалой опросника АСВ «вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания». С наличием супружеского конфликта прямо взаимосвязаны конфликтность детей, их активно-агрессивная реакция на фрустрацию и обратно взаимосвязаны — любознательность (ведомость взрослым и социальная адекватность поведения) и выраженность отношения к родителям как родительской чете.

Полученные данные констатируют наличие прямых взаимосвязей характеристик межличностных отношений младших школьников с гиперкинетическим расстройством с воспитательной практикой их матерей. Гипопротекция матери, неразвитость у нее родительских чувств, неустойчивость стиля воспитания, чрезмерность санкций и запретов, усугубляемых супружеским конфликтом, ведут к тому, что ребенок с ММД-СДВГ вынужден искать компенсаторно значимые для него эмоционально положительные фигуры для удовлетворения своих базисных потребностей в принятии, одобрении, безопасности, защищенности. Сложность такого замещающего поведения состоит в том, что сверстники, учителя и другие взрослые могут отвергать детей с ММД-СДВГ в силу их поведенческих особенностей, тем самым еще больше снижая их самооценку, уверенность в себе, ухудшая психофизическое состояние в целом [14].

Все это доказывает обоснованность проведения исследований в рамках нового раздела клинической (медицинской) психологии — клинической психологии семьи и детства, базирующейся на парадигме биопсихосоциальной модели, согласно которой следует учитывать не только биологические и психологические, но также социальные аспекты болезни и здоровья [15].

Результаты исследования используются при разработке программ психологической коррекции детей с гиперкинетическим расстройством и их матерей. Важной задачей является обучение детей ММД-СДВГ конструктивному общению сначала в паре (с акцентом на друга) и только затем — в группе сверстников. При этом учитывается, что ведущий группы становится для ребенка значимым взрослым («учителем»). Школьного учителя также привлекают к сотрудничеству, разъясняя ему особенности детей с ММД-СДВГ и его особую роль во взаимодействии с таким ребенком. Отдельная задача — психокоррекционная работа с матерями, направленная на гармонизацию их воспитательной практики и оказание помощи в решении личностных и супружеских проблем.

Таким образом, организация психологической помощи детям с гиперкинетическим расстройством предполагает комплексный мультимодальный подход.

Выводы

1. В системе межличностных отношений детей с ММД-СДВГ наиболее выражены отношения другу, родителям и к матери. В группе риска наиболее выражены отношения к родителям, матери, братьям и сестрам, к другу. В контрольной группе — отношения к родителям, к матери, братьям и сестрам. Отношение к матери менее значимо в группах ММД-СДВГ и риска, чем в контрольной. Отношение к другу более значимо в группах ММД-СДВГ и риска, чем в контрольной. Отношение к учителю более значимо в группе ММД-СДВГ, чем в контрольной.

Наличие верифицированного диагноза ММД-СДВГ определяет, что для такого ребенка друг и учитель являются эмоционально значимыми фигурами.

3. В ситуации фрустрации во всех группах более выражена активно-агрессивная реакция и менее выражена пассивно-страдательная реакция. Дети группы риска достоверно реже проявляют пассивно-страдательную реакцию на фрустрацию, чем дети контрольной группы.

4. У всех детей в личностных характеристиках, связанных с общением, больше всего выражена любознательность. Дети с ММД-СДВГ значительно реже стремятся к общению в больших группах, чем дети группы риска.

5. Во всех группах детей определены взаимосвязи их межличностных отношений с особенностями воспитательной практики и личностными проблемами матерей.

6. В группе ММД-СДВГ: а) отношение к другу как к эмоционально значимой фигуре взаимосвязано с гипопротекцией со стороны матери, неразвитостью ее родительских чувств, чрезмерностью запретов и санкций, проекцией на ребенка собственных нежелательных качеств; б) отношение к учителю как к эмоционально значимой фигуре положительно взаимосвязано с недостаточным удовлетворением матерью потребностей ребенка и отрицательно взаимосвязано с ее воспитательной неуверенностью; в) наличие супружеского конфликта у родителей прямо взаимосвязано с конфликтностью детей, их активно-агрессивной реакцией на фрустрацию и обратно взаимосвязано — с любознательностью и выраженностью отношения к родителям как родительской чете.

7. Определены направления психологической коррекции детей с ММД-СДВГ с целью улучшения их социального функционирования: обучение детей конструктивному общению сначала в паре (с акцентом на друга) и только затем — в группе сверстников; коррекция взаимоотношений мать-ребенок; помощь ма-

терям в решении личностных и супружеских проблем; использование ресурсов ведущего психокоррекционной группы как учителя ребенка; привлечение ресурсов педагогов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоусова Е.Д., Никанорова М.Ю. Синдром дефицита внимания/гиперактивности // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2000. № 3. С. 39-42.
2. Грибанов А.В., Волокитина Т.В., Гусева Е.А. Подоплекин Д.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. М: Академический проект, 2004. 176 с.
3. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: Академия, 2005. 256 с.
4. Лазебник Т.А., Чутко Л.С., Кропотов Ю.Д. Современные аспекты диагностики и лечения синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей: Методическое пособие. СПб., 2002 48 с.
5. Лохов М.И., Фесенко Ю.А., Рубин М.Ю. Плохой хороший ребенок. (Проблемы развития, нарушения поведения, внимания, письма и речи). СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005. 320 с.
6. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. М.: ТЦ «Сфера», 2008. 125 с.
7. Barkley, R.A. ADHD and the nature of self-control. New York, 1997.
8. Зыков В.П., Ширеторова Д.Ч., Чучин М.Ю., Шадрин В.Н., Науменко Л.Л., Комарова И.Б. Лечение заболеваний нервной системы у детей. М.: Триада-Х, 2003. 288 с.
9. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2006. 352 с.
10. Цыганкова Н.И. Гиперактивные дети: воспитательная практика и копинг-стили матерей. // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* 2011. № 3. URL: <http://medpsy.ru>
11. Глезерман Т. Б. Мозговые дисфункции у детей. М.: Наука, 1983. 234 с.
12. Гильяшева И.Н., Игнатьева Н.Д. Методика исследований межличностных отношений ребенка. М.: Фолиум, 1994. 63 с.
13. Лидерс А.Г. Психологическое обследование семьи. М.: Издательский центр «Академия», 2007. 432 с.
14. Цыганкова Н.И. Личность младших школьников с минимальной мозговой дисфункцией // М-лы науч.-практ. конф. «Ананьевские чтения» 2008 // Под ред. Л.А. Цветковой, Н.С. Хрустальной. СПб.: Изд-во С.-Петербургского университета, 2008. С. 503-505.
15. Никольская И.М. Биопсихосоциальная модель болезни и здоровья как теоретико-методологическая основа клинической психологии и психотерапии семьи и детства // *Семья: межинституциональное взаимодействие в социокультурном пространстве Санкт-Петербурга: М-лы межрегион. научно-практ. конф. Санкт-Петербург, 22 апреля 2011 г.* / Под общ. ред. Е.Н. Барышникова, О.В. Эрлиха. 2011 С. 161-167