

УДК 159.922.73:616.89-008.481

ТРУДНЫЕ ЖИЗНЕННЫЕ СИТУАЦИИ И СТРАТЕГИИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Н.И. Цыганкова

Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования

Рассмотрены трудные жизненные ситуации и стратегии совладающего поведения у детей 9–10 лет с гиперкинетическим расстройством (неврологический диагноз «минимальная мозговая дисфункция, синдром дефицита внимания с гиперактивностью»). Определены их взаимосвязи с особенностями личности детей, копинг-стилем и воспитательной практикой матерей.

***Ключевые слова:** совладающее поведение, гиперкинетическое расстройство, минимальная мозговая дисфункция, синдром дефицита внимания с гиперактивностью.*

Дети с гиперкинетическим расстройством (F90.0) имеют определенные особенности в развитии, носящие типологический характер и наиболее ярко проявляющиеся с началом интенсивной интеллектуальной деятельности в школе. Невнимательность, гиперактивность и импульсивность затрудняют адаптацию такого ребенка к стрессогенной ситуации школьной жизни, проявляясь в нарушениях их учебной деятельности и социального функционирования [8, с. 3; 10, с. 11].

Важнейшим адаптационным процессом адаптации личности к стрессу является совладающее поведение [6, с. 19; 9, с. 121–123]. Шансы ребенка стать здоровым, независимым и ответственным во многом зависят от того, насколько конструктивно он преодолевает трудности и справляется с внутренним напряжением и дискомфортом. Выбор стратегий совладающего поведения у детей связан с их индивидуально-психологическими особенностями, а также их отношением к членам семьи и другим близким людям.

Несмотря на то, что успешное личностное и социальное функционирование младших школьников прямо взаимосвязаны с особенностями их совладающего поведения, данные психологические характеристики у детей с гиперкинетическим расстройством изучены недостаточно. Это обуславливает актуальность и цель настоящего исследования – исследовать стратегии совладающего поведения у детей 9–10 лет с гиперкинетическим расстройством; определить их взаимосвязи с особенностями личности, межличностных отношений

детей, а также воспитательной практикой и стилями совладающего поведения их матерей.

Нами были исследованы дети с гиперкинетическим расстройством, которым неврологом был установлен диагноз: «минимальная мозговая дисфункция (ММД), синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)». В настоящее время ММД рассматривают как следствие 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. Один из важных сопутствующих признаков ММД – СДВГ. Нарушения внимания и гиперактивность наблюдаются более чем у 80 % детей с ММД [4, с. 46].

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) при наличии информированного согласия родителей. 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 не различались. Группы риска и контрольная были сформированы на основе анализа авторской анкеты Н-И (невнимательность – импульсивность), которую заполнили 13 учителей (всего ими были охарактеризованы 294 учащихся). Данная анкета разработана на основе диагностических критериев МКБ-10 и предназначена для выявления детей группы риска школьной и социальной дезадаптации с симптомами невнимательности и импульсивности (F-90).

Для исследования стратегий совладающего поведения детей использовался опросник копинг-стратегий школьного возраста SCSИ (Schoolager's Coping Strategies Inventory), адаптированный Н.А. Сиротой и В.М. Ялтонским, а затем упрощенный И.М. Никольской [6, с. 490].

Свойства личности детей изучались с помощью адаптированного модифицированного варианта детского личностного вопросника Р. Кеттелла [2, с. 72], система отношений – с помощью проективной методики «Межличностные отношения ребенка» Р. Жилия [1, с. 3–9]. Для оценки воспитательной практики матерей применялся опросник АСВ («Анализ семейных взаимоотношений») [11, с. 73], для оценки

копинг-стилей – опросник «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» Н.С. Эндлера и Д.А. Паркера в адаптации Т.Л. Крюковой [3, с. 43].

Статистический анализ результатов осуществлялся с помощью лицензионного пакета SPSS СПбГУ и включал вычисление средних величин, различий между выборками с применением критерия Шеффе, оценку влияния независимых факторов, корреляционный и двухфакторный дисперсионный анализ.

Таким образом, настоящее исследование выполнено 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 и социальные аспекты болезни и здоровья [5, с. 161–162].

Результаты исследования

С помощью опросника копинг-стратегий школьного возраста были определены типы трудных и неприятных для детей жизненных ситуаций; стратегии совладающего поведения, которые они осознанно используют в таких ситуациях, и виды стратегий, которые им действительно помогают справляться с трудностями.

Среди трудных и неприятных жизненных ситуаций, на которые указали дети сравниваемых групп, условно можно выделить три типа: ситуации, связанные с учебой, ситуации, связанные с межличностными отношениями, различные кризисные ситуации. Выявлено, что у детей группы ММД-СДВГ больше проблем в межличностных отношениях (56 %), чем в группе риска (22 %) и контрольной (22 %). Детей контрольной группы меньше всего беспокоят проблемы с учебой (5 %), однако они чаще, чем дети сравниваемых групп, указывают на ситуации, которые можно отнести к кризисным (75 %).

Перечисленные учебные и межличностные проблемы в трех группах сравнения отличаются по своему содержанию. Так, для группы ММД-СДВГ характерны проблемы с выполнением домашних заданий, прогулами, конфликтами с мамой по поводу учебы, поведением на уроках, переживания по поводу двоек, перевода в следующий класс, вызова матери в школу. У детей группы риска доминируют переживания по поводу плохих оценок и конфликтов, возникающие из-за этого с родителями. Основная проблема детей контрольной группы – получение отрицательной оценки.

Межличностными проблемами детей с ММД-СДВГ являются конфликты, драки, травмы в результате конфликтов, оскорбления со стороны сверстников, напряженные взаимоотношения с родителями, бабушкой. Для детей группы риска – драки, наказания, ссоры с друзьями, родителями, бабушкой, конфликты между родителями. В

контрольной группе отмечаются проблемы с оскорблениями со стороны сверстников, «обзывательства», ссоры с родителями, переживания по поводу предательства и воровства. Кризисные ситуации в группах исследования практически не различаются.

Средние значения общего числа стратегий совладающего поведения, используемых детьми трех сравниваемых групп в трудных и неприятных жизненных ситуациях, приведены в табл. 1.

Таблица 1

Средние значения общего количества используемых стратегий совладающего поведения в группах исследования

Группы	Среднее значение	Стандартное отклонение	N
Группа СДВГ	14,79	5,241	40
Группа риска	14,08	4,963	40
Контрольная группа	9,36	4,911	30

Из таблицы видно, что дети группы ММД-СДВГ и группы риска используют по сравнению с детьми контрольной группы значительно большее количество стратегий совладающего поведения.

Средние значения количества помогающих стратегий совладающего поведения в сравниваемых группах отражены в табл. 2.

Таблица 2

Средние значения общего количества помогающих стратегий совладающего поведения в группах исследования

Группы	Среднее значение	Стандартное отклонение	N
Группа СДВГ	10,16	5,454	40
Группа риска	9,32	4,371	40
Контрольная группа	4,91	2,388	30

Данные этой таблицы показывают, что детям групп ММД-СДВГ и риска, в отличие от детей контрольной группы, значительно большее количество стратегий совладающего поведения, из числа используемых, помогает справляться с трудностями.

Статистический анализ подтвердил, что школьники групп ММД-СДВГ ($p < 0,000$) и риска ($p < 0,000$) достоверно чаще прибегают к использованию стратегий совладающего поведения, чем дети

контрольной группы. Кроме того, детям группы ММД–СДВГ ($p < 0,005$) и группы риска ($p < 0,001$), по сравнению с детьми контрольной группы, достоверно большее количество копинг-стратегий также помогает справиться с трудностями.

Применение перекрестного анализа методом кросс-табуляции выявило асимпатические значения частот встречаемости стратегий совладающего поведения детей в группах исследования.

В трудной ситуации дети группы ММД–СДВГ, по их мнению, чаще всего стараются ее забыть, играют во что-нибудь, рисуют, пишут или читают (81,6 %), гуляют вокруг дома или по улице, едят или пьют (71,1 %), смотрят телевизор, слушают музыку (68,4 %). Реже всего дети группы ММД–СДВГ бьют, ломают, швыряют вещи (31,6 %), дразнят кого-нибудь (31,6 %), борются или дерутся с кем-нибудь (50,0 %). Дети группы ММД–СДВГ чаще, чем дети группы риска, избирают социально неодобряемые стратегии поведения: «Бью, ломаю, швыряю вещи» (в 6 раз), «Дразню кого-нибудь» (в 4 раза), «Делаю что-то подобное» (в 2 раза), «Борюсь или дерусь с кем-нибудь» (в 2 раза), «Стараюсь забыть о неприятной ситуации» (1,4 раза). В то же время они реже, чем дети группы риска, применяют стратегии поведения «Бегаю или хожу пешком», «Сплю», «Говорю с кем-нибудь», «Смотрю телевизор, слушаю музыку».

Детям групп ММД–СДВГ чаще всего помогают совладать с трудными ситуациями стратегии «Стараюсь забыть» (73,7 %), «Рисую, пишу или читаю что-нибудь» (71,1 %), «Играю во что-нибудь» (68,4 %). По сравнению с детьми группы риска детям ММД–СДВГ чаще помогают стратегии «Рисую, пишу или читаю что-нибудь», «Стараюсь забыть», реже «Гуляю, бегаю, катаюсь на велосипеде», «Гуляю вокруг дома или по улице».

С помощью дисперсионного анализа определено влияние фактора «диагноз» на стратегии совладающего поведения детей. Фактор «диагноз» влияет на количество используемых (знач. 0,004) и помогающих (знач. 0,001) стратегий совладающего поведения. Это означает, что наличие верифицированного диагноза «ММД, СДВГ» определяет, что ребенок сознательно использует большее количество стратегий совладания и большее количество этих стратегий помогает ему справиться с напряжением и дискомфортом.

Выявлены корреляционные взаимосвязи стратегий совладающего поведения детей сравниваемых групп с особенностями их личности и межличностных отношений, стилями совладающего поведения и воспитательной практикой матерей. У детей с ММД–СДВГ количество используемых ими стратегий совладающего поведения обратно взаимосвязано с напряженностью, фрустрированностью ($r = - 0,585^{**}$), копингом матерей, ориентированным на избегание

($r = - 0,514^{**}$). Это означает, что чем больше стратегий совладания используют дети, тем менее они напряжены и фрустрированы и тем реже для их матерей характерен копинг-стиль, направленный на избегание, отвлечение от проблем.

Общее количество стратегий поведения, помогающих детям с ММД–СДВГ справляться с трудностями и неприятностями, также обратно взаимосвязано с их напряженностью, фрустрированностью ($r = - 0,660^{**}$).

У детей группы риска количество используемых стратегий совладающего поведения прямо взаимосвязано со стремлением к уединению ($r = 0,451^{**}$). Общее количество помогающих им стратегий имеет прямые корреляционные связи с независимостью, напористостью детей ($r = 0,430^{**}$), использованием матерями социального отвлечения в трудных ситуациях ($r = 0,417^{**}$) и обратные корреляционные связи с низкой степенью сформированности интеллектуальных функций ($r = - 0,476^{**}$), конфликтностью ($r = - 0,313^{**}$), предпочтением матерями в ребенке детских качеств ($r = - 0,441^{**}$). Это означает, что большее число копинг-стратегий в своем арсенале имеют дети, стремящиеся к автономии. Детям независимым, напористым, с хорошей степенью сформированности интеллектуальных функций, неконфликтным, воспринимаемым матерями в соответствии с их реальным возрастом, имеющих матерей, умеющих получать социальную поддержку, большее число копинг-стратегий позволяет снять напряжение.

Количество помогающих стратегий совладающего поведения детей контрольной группы имеет прямые корреляционные связи с их добросовестностью и ответственностью ($r = 0,498^{**}$).

На основе полученных данных можно сделать следующие выводы.

1. Для исследованных детей младшего школьного возраста трудными являются ситуации, связанные с учебой, межличностными отношениями, различные кризисные ситуации. У детей группы ММД–СДВГ больше проблем в межличностных отношениях, чем в группе риска и контрольной. Содержательное наполнение ситуаций, связанных с учебой и межличностными отношениями, по перечисленным трудностям в группе ММД–СДВГ более разнообразное, чем в группах сравнения.

2. Дети групп ММД–СДВГ и риска достоверно чаще прибегают к использованию стратегий совладающего поведения, чем дети контрольной группы, и достоверное большее число копинг-стратегий им помогает справляться с трудностями. Вместе с тем школьники с ММД–СДВГ чаще, чем в группе риска, используют стратегии совладания, являющиеся социально неодобряемыми.

3. Наличие верифицированного диагноза «ММД, СДВГ» определяет, что ребенок сознательно использует большее количество

стратегий совладания и большее количество этих стратегий помогает ему справиться с напряжением и дискомфортом. Чем больше стратегий совладания использует ребенок с ММД–СДВГ и чем больше стратегий ему помогает, тем менее он напряжен и фрустрирован.

4. Выявлены взаимосвязи совладающего поведения детей с копинг-стилем их матерей и их воспитательной практикой.

Проведенное исследование показывает, что основными мишенями психологической коррекции нарушений социального функционирования детей с гиперкинетическим расстройством должны стать социально неодобряемые стратегии совладающего поведения, препятствующие детям конструктивно разрешать трудные для них учебные и межличностные ситуации. Помимо детей, в психологической коррекции должны быть задействованы их матери, поскольку профилактика школьной дезадаптации прямо зависит от гармоничного воспитания ребенка в семье и использования ее саногенного эффекта в преодолении проблем ребенка с гиперкинетическим расстройством.

Список литературы

1. Гильяшева И.Н., Игнатъева Н.Д. Методика исследований межличностных отношений ребенка: метод. пособие. М.: Фолиум, 1994. Вып. 7. 64 с.
2. Дифференциальная диагностика нарушений психического развития детей, пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС: метод. рекомендации для психолого-медико-педагогических комиссий. СПб.: Образование, 1992. 105 с.
3. Крюкова Т.Л. Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы. Кострома: Авантитул, 2007. 60 с.
4. Лохов М.И., Фесенко Ю.А., Рубин М.Ю. Плохой хороший ребенок: Проблемы развития, нарушения поведения, внимания, письма и речи. 2-е изд. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005. 320 с.
5. 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: материалы межрегион. науч.-практ. конф. (Санкт-Петербург, 21–22 апреля 2011 г.) / под общ. ред. Е.Н. Барышникова, О.В. Эрлиха. СПб.: Изд-во Политехн. Ун-та, 2011. С. 161–167.
6. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. СПб.: Речь, 2001. 507 с.
7. Политика О.И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. СПб.: Речь, 2006. 208 с.

8. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. М.: ТЦ «Сфера», 2002. 128 с. (Сер. «Практическая психология»).
9. Цыганкова Н.И. Особенности совладающего поведения детей младшего школьного возраста с минимальной мозговой дисфункцией // Психология совладающего поведения: материалы II Междунар. науч.-практ. конф. (Кострома, 23–25 сент. 2010 г.). Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. С. 121–123.
10. Шарапановская Е.В. Воспитание и обучение детей с ММД и ПОШП. М.: ТЦ «Сфера», 2005. 96 с. (Библиотека практического психолога).
11. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учеб. пособие для врачей и психологов. 2-е изд., испр. и доп. СПб.: Речь, 2006. 352 с.

DIFFICULT SITUATIONS AND STRATEGIES FOR COPING BEHAVIOR OF JUNIOR SCHOOLCHILDREN WITH HYPERKINETIC DISORDERS

N.I. Tsygankova

St. Petersburg Academy of Postgraduate Teacher Education

Considered difficult life situations and strategies for coping behavior of 9-10 years old children with hyperkinetic disorder (neurological diagnosis: "minimal brain dysfunction, attention deficit disorder with hyperactivity"). Defined connection of personality characteristics of children, their coping behavior style, and their mothers' educational practices.

Keywords: *Coping behavior, hyperkinetic disorder, minimal brain dysfunction, attention deficit disorder with hyperactivity.*

Об авторах:

ЦЫГАНКОВА Наталия Игоревна – старший преподаватель кафедры социально-педагогического образования ГОУ ДПО (повышения квалификации) специалистов Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования (191002, г. Санкт-Петербурга, ул. Ломоносова, 11–13), e-mail: ser588@mail.ru