

САМООЦЕНКА МЛАДШИМ ШКОЛЬНИКОМ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

¹Семакова Е.В.

¹ ФГБОУ ВПО «Смоленский государственный университет (СмолГУ)», Смоленск, Россия (214000, г. Смоленск, ул. Пржевальского, 4), e-mail: rectorat@smolgu.ru

Представлены результаты изучения особенностей поведения младших школьников в зависимости от наличия или отсутствия признаков синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Исследование реализовывалось в два этапа. На первом этапе было проведено многоцентровое одномоментное исследование «Поведенческие особенности ребенка» в 10 городах, областных и районных центрах Российской Федерации – Андреаполь (Тверская обл.), Калуга, Кемерово, Рославль, Сафоново (Смоленская обл.), Сергиев Посад (Московская обл.), Смоленск, Череповец, Якутск, Ярославль. Обследование проводилось методом добровольного сплошного анкетирования. При анкетировании были получены эпидемиологические и скрининговые данные об особенностях поведения 573 детей младшего школьного возраста (546 детей без СДВГ и 27 детей с СДВГ). На втором этапе для более углубленного изучения некоторых феноменов были отобраны другие группы (130 детей без СДВГ и 127 детей с СДВГ). Всего в исследовании приняло участие 673 ребенка младшего школьного возраста и их семьи. Средний возраст обследованных составил $8,6 \pm 1,2$ года. В результате анализа полученных данных с использованием статистических параметров: критерия χ^2 (критерий Пирсона), ϕ коэффициента (коэффициент ассоциации Пирсона), коэффициента r_s (коэффициент Спирмена) было установлено, что адаптационное поведение у детей без СДВГ реализуется преимущественно с использованием копинг-стратегий, преимущественно обладающих достаточным адаптационным потенциалом и большой эффективностью. Адаптационное поведение детей с СДВГ в основном реализуется через защитное поведение, обладающее низким адаптационным потенциалом и низкой эффективностью, проявляясь особенно часто через психосоматическое реагирование.

Ключевые слова: адаптация, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, копинг-поведение, психологические защиты, психосоматическое реагирование.

CHARACTERISTICS OF THE PERIOD DOSE TITRATION WARFARIN IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION. RELATIONSHIP WITH CLINICAL FACTORS

¹ Semakova E.V.

¹State University of Smolensk, Smolensk, Russia (214000, Smolensk, street Przevalskoho, 4), e-mail: rectorat@smolgu.ru

Presents the results of studying behavior of pupils of younger age in depending on the presence or absence of signs of attention deficit disorder with hyperactivity. The study was implemented in two stages. At the first stage was conducted multicenter simultaneous study of "Behavioral peculiarities of a child" in 10 cities and towns, region and district centers of the Russian Federation - Andreapol (Tver region), Kaluga, Kemerovo, Roslavl, Safonovo (Smolensk region), Sergiev Posad (Moscow region), Smolensk, Tyumen, Yakutsk, Yaroslavl. The research was conducted by the method of voluntary continuous interviewing. When the questionnaires were obtained epidemiologic and screening data about the peculiarities of behavior 573 children of primary school age (546 children without ADHD and 27 children with ADHD). At the second stage for in-depth study of some phenomena were selected other groups (130 children without ADHD and 127 children with ADHD). The survey has participated 673 children of younger school age and their families. The average age of the examined was 8.6 ± 1.2 years. The analysis of the received data using statistical parameters: criterion χ^2 (Pearson criterion), of ϕ coefficient (Association Pearson), coefficient r_s (Spearman coefficient) has found that adaptive behavior in children without ADHD is implemented mainly with the use of coping strategies, mainly with sufficient adaptive potential and great efficiency. Adaptive behavior of children with ADHD are implemented mainly through protective behaviours that have low adaptive opportunity and low efficiency, manifesting especially often through psychosomatic response.

Keywords: adaptation, attention deficit disorder with hyperactivity, coping behavior, psychological protection, psychosomatic response.

Введение

Развитие личности происходит через усвоение в процессе социализации. Однако необходимо учитывать тот факт, что и индивидуальное личностное развитие, проявляясь в различных сферах жизнедеятельности человека, способно влиять на процесс адаптации к социальной среде и качество непосредственно самой социализации.

Говоря о детском возрасте, мы понимаем, что для младшего школьника наиболее ответственным и значимым в процессе социализации является адаптация к школьной среде. Ведь именно школа на данном возрастном этапе представляет те новые социальные условия, которые должны помочь индивиду обогатиться новым опытом и стать социально более зрелой личностью. Под психологической адаптацией принято понимать процесс приспособления человека к требованиям окружающей среды, который реализуется посредством совладающего адаптивного поведения (копинг-поведение) или с использованием психологических защит. Таким образом, можно говорить о психической адаптации как о выражении системной деятельности многих биологических и психологической подсистем, активной личностной функции, обеспечивающих согласование актуальных потребностей и ценностей индивидуума с требованиями окружения и динамическими изменениями условий жизни [2; 7].

Школа через изменение режима дня, окружения ребенка, появляющуюся необходимость интенсивного коммуницирования с новыми людьми и т.д., оказывает влияние на личность ребенка, инициируя разноуровневую реализацию адаптационного процесса. Необходимо понимать, что адаптация к школе очень сложный процесс. Под школьной адаптацией мы понимаем процесс и результат активного приспособления учащегося к изменяющимся условиям школьной среды, позволяющие индивиду при сохранении здоровья удовлетворить свои актуальные социальные потребности. Социально-психологическая адаптация ученика к школе – сложная и многоплановая проблема, которая включает изучение психофизиологических, эмоциональных, интеллектуальных, психологических, личностных и социальных аспектов. Очевидно, что адаптация детей с психическим дизонтогенезом, к которому относят и синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), и личностной незрелостью будет иметь некоторые отличительные особенности.

Цель исследования: изучение особенностей адаптационного поведения младших школьников с нормальным и отклоняющимся (на модели ребенка с синдромом гиперактивности и дефицита внимания) психическим развитием.

Для достижения поставленной цели необходимо было решить следующие **задачи**.

1. Выявить особенности адаптационного поведения у младших школьников.
2. Определить место и особенности психосоматического реагирования в структуре психологического адаптационного поведения при СДВГ.

3. Сравнить основные исследуемые характеристики в двух детских группах.

Материалы и методы

Опытно-экспериментальное исследование проходило в два этапа. На первом этапе изучали особенности адаптационного поведения у младших школьников, на втором – особенности психосоматического реагирования. Для получения эпидемиологических и скрининговых данных анкетировали 573 семьи. С учетом полученных при анкетировании данных (многоцентровое одномоментное исследование «Поведенческие особенности ребенка» реализовывалось в 10 городах, областных и районных центрах Российской Федерации – Андреаполь (Тверская обл.), Калуга, Кемерово, Рославль, Сафоново (Смоленская обл.), Сергиев Посад (Московская обл.), Смоленск, Череповец, Якутск, Ярославль) было установлено, что истинные расстройства поведения, определяемые МКБ-10 как самостоятельная нозологическая форма СДВГ, регистрировались у 4,7% обследованных. В результате было образовано две группы сравнения. В первую группу вошли 546 детей без СДВГ (контрольная группа), во вторую - 27 детей с СДВГ.

Основным критерием отбора в группу исследования являлся возраст ребенка (7-10 лет) и подтвержденный диагноз СДВГ либо его отсутствие (включались дети без нарушений развития).

Для более углубленного изучения некоторых феноменов составлялись группы с другим соотношением детей: 130 детей без СДВГ (отбор в контрольную группу происходил случайным образом) и 127 детей с СДВГ. Всего в исследовании приняло участие 673 ребенка младшего школьного возраста и их семьи. Средний возраст обследованных составил $8,6 \pm 1,2$ года.

В работе использовали:

1. Теоретический анализ литературы по проблеме исследования.
2. Эмпирические методы:
 - а) анкетирование «Поведенческие особенности ребенка»;
 - б) беседа с матерями;
 - в) беседа с ребенком;
 - г) опросник копинг-стратегий (способов поведения) школьного возраста (И.М. Никольская, Р.М. Грановская);
 - д) тест «Гомункулус» (А.Н. Семенович).
3. Статистические методы: критерий χ^2 (Пирсона), коэффициент ассоциации ϕ (Пирсона), коэффициента r_s (Спирмена).

Результаты исследования и их обсуждение

На первом этапе исследования, реализуемом с использованием анкеты «Поведенческие особенности ребенка», выявлялся факт наличия или отсутствия СДВГ, что было возможно на основании данных анкеты, так как она включала вопросы, составленные с учетом рекомендаций МКБ-10. Также в анкету были внесены вопросы из опросника копинг-стратегий (способов поведения) школьного возраста И.М. Никольской и Р.М. Грановской [6].

Как было указано выше, по данным анкетирования было выделено две группы (дети без СДВГ и дети с СДВГ). В данных группах посредством анализа данных по результатам опросника исследования копинг-стратегий было установлено, что в ситуациях неблагополучия дети в зависимости от наличия или отсутствия СДВГ используют разные способы поведения (стили реагирования). При проблемно-ориентированном реагировании, реализующемся через копинг-стратегии, и используемом преимущественно детьми без СДВГ, ребенок самостоятельно анализирует возникшие проблемы либо обращается за помощью к взрослому и выполняет определенные действия, способные помочь преодолеть возникший дискомфорт. При субъективно-ориентированном реагировании, реализующемся через использование психологического защитного сопротивления, и используемом преимущественно детьми с СДВГ, ребенок на стресс реагирует в большей степени эмоционально, что часто не сопровождается конкретными действиями и проявляется в виде попыток не думать о проблеме, вовлечения других в свои невзгоды, сомато-вегетативного реагирования и т.д., направленных на ослабление внутриличностного напряжения, в том числе и через психосоматические реакции [1; 5].

Коэффициент ассоциации Пирсона позволяет оценить наличие и тесноту связи между различными параметрами. Нами анализировались способы поведения детей в зависимости от наличия или отсутствия СДВГ. Нами учитывались положительные значения коэффициента, которые указывали на то, что обозначенные поведенческие акты используются всегда вместе.

Так, при обобщении показателей было отмечено, что у детей без СДВГ используемые в парах стратегии ($r = 0,429412 - 1,0000$ $p < 0,005$) позволяют достичь среднего уровня социализации, реже высокого и могут рассматриваться как копинг-поведение. Причем, даже если ребенок без СДВГ и использует какую-либо поведенческую защитную реакцию, то его пара (копинг-поведение) переводит такое поведение в категорию поведения, позволяющего достичь уровня социальной адаптации не ниже среднего.

С СДВГ прямая зависимость среди используемых стратегий отмечена преимущественно в парах, организованных низким уровнем социализации, с редким применением поведенческих реакций среднего уровня социализации ($r = 0,39901 - 1,000$, $p < 0,005$).

В изученной нами ситуации у детей младшего школьного возраста наиболее используемые стратегии при стрессе: игра, беседа, прогулка, просмотр телепередач и слушание музыки. Эти поведенческие реакции (копинг-стратегии) способны привести к средней степени социализации. Причем интересен тот факт, что даже если ребенок и использует какую-либо поведенческую реакцию низкого уровня социализации, то его обязательная пара (изучался коэффициент ассоциации Пирсона ϕ) за счет своей принадлежности к формам копинг-поведения позволяет достичь, как указывалось выше, хотя бы среднего уровня социализации. Коэффициент ассоциации Пирсона ϕ для детей без СДВГ в значимом диапазоне по используемым стратегиям расположен от 0,429412 до 1,000000, а по помогающим стратегиям в диапазоне от 0,386364 до 1,000000, при $p < 0,05$.

Среди наиболее часто выбираемых поведенческих реакций детьми с СДВГ доминируют игра, просмотр телепередач, слушание музыки. Это поведенческие реакции, направленные на избегание (психологические защиты), приводящие к низкой степени социализации. Причем обязательные пары поведения у детей с СДВГ также относились к психологическим защитами, коэффициент ассоциации Пирсона ϕ по используемым стратегиям находится в диапазоне от 0,399012 до 1,000000, по помогающим стратегиям - от 0,394011 до 1,000000, при $p < 0,05$.

В обеих группах заявленные стратегии достаточно часто оказывали помощь (дополнительно информация уточнялась при беседе с ребенком). Это подтверждалось при установлении связи между используемыми и помогающими стратегиями с помощью r_s коэффициента Спирмена, который указал на достаточно сильную связь как у детей без СДВГ, так и у детей с СДВГ ($r_s = 0,705853$, $r_s = 0,675642$ при $p < 0,01$, соответственно). Однако матери обследуемых детей (информация получена в ходе беседы) считали иначе, указав в группе детей без СДВГ в 61 (11%) случае на эффективность выбранного в процессе адаптации поведения, а в группе детей с СДВГ всего лишь в 20 (74%) случаях, что указало на наиболее частое использование неэффективных поведенческих стратегий детьми с СДВГ ($\chi^2 = 83,87$, при $p < 0,005$).

Такие психологические механизмы в структуре адаптационного синдрома у детей с СДВГ приводят к психологическим перестройкам, изменениям способов поведения, которые у этих детей преимущественно реализуются через гиперкинетическое и сомато-вегетативное реагирование (Ковалев В.В.) [3]. Для рассмотрения особенностей защитного поведения, достаточно часто реализуемого через психосоматическое реагирование реализовывался второй этап исследования. Последствия неэффективного поведения достаточно часто реализуются на психофизическом уровне. Так, из беседы с матерями, с детьми и посредством анализа предоставляемой медицинской документации (амбулаторная карта ребенка) было

установлено, что в исследуемых группах детей значимые проблемы со здоровьем отмечались у 32 (42 %) детей без СДВГ, у 50 (63%) детей с СДВГ, причем во второй группе дети были вынуждены наблюдаться у врачей гораздо чаще ($\chi^2 = 4,56$, при $p < 0,005$), чем их сверстники.

Практически все дети с СДВГ и их родители предъявляли те или иные жалобы. Часть жалоб родителей связана с особенностями поведения ребенка, проявляющимися повышенной двигательной активностью, невнимательностью и импульсивностью. Однако особо хотелось бы отметить жалобы, указывающие на наличие вегетативной дисрегуляции, являющейся основой соматических дисфункций, таких как неустойчивое АД, метеолабильность, головокружения и т.д., которые в группе детей с СДВГ встречаются гораздо чаще ($\chi^2 = 30,06$, при $p < 0,005$), и жалобы, непосредственно указывающие на наличие той или иной дисфункции (церебральной, соматической), такие как головные боли, боли в животе, периодические приступы удушья и т.д., которые в группе детей с СДВГ также встречаются чаще ($\chi^2 = 37,76$, при $p < 0,005$).

Клинико-инструментальное обследование детей также позволило выявить, что у детей с СДВГ имеется ряд специфических характеристик, не свойственных детям из контрольной группы. Таких как наличие сопутствующей соматической патологии (заключения педиатра и профильных специалистов). Было установлено, что наиболее часто встречаются дисфункции гепатобилиарной системы – у 85 (67%) детей, церебральные вегетативно-дисрегуляторные расстройства у - 32 (41%) и нейроиммунные нарушения (нейродермит, аллергия, частые простудные заболевания) - в 33 (26%) случаях. Отметим, что изменения со стороны ЖКТ (гепатобилиарная система), обусловленные вегетативной дисфункцией, регистрировались наиболее часто ($\chi^2 = 10,80$, при $p < 0,005$), что указывает на высокую степень вовлеченности именно этой системы в адаптационные процессы.

В стрессовых ситуациях, сопровождающихся появлением отрицательных эмоций, дети часто используют тот или иной способ поведения, который должен помочь им справиться с появившимися проблемами. Развитие соматических дисфункций у детей с СДВГ можно рассматривать как проявление адаптационного синдрома, связанного с особенностями нейрогуморального регулирования. Процессы психологического реагирования являются частью аффективной реакции, и от них зависит сохранение эмоционального гомеостаза. У детей с эмоционально-личностной незрелостью (при СДВГ) адаптационный процесс реализуется через психологические защитные механизмы, в результате чего они не имеют возможности преодоления ситуации, а лишь некоторого сопротивления, которое способно принести временное мнимое психологическое благополучие за счет различных соматических дисфункций [4; 6].

В 107 (85%) случаях соматические проявления в той или иной степени выраженности отражаются и в рисунке, демонстрируя тем самым «соматический дискомфорт». Выявление такого рода дискомфорта осуществляли с использованием теста «Гомункулус», разработанного А.В. Семенович. Проводился анализ рисунка и его обсуждение с детьми и с их родителями, на основании чего было установлено, что существующие соматические дисфункции, находящие отражение в рисунке, зачастую не осознаются [7].

Соматическая фиксация реализовалась через следующие особенности рисунков детей с СДВГ: подчеркивание волосистой области головы отмечалось на 42 (33%) рисунках, яркая прорисовка рта – на 47 (37%). Напротив – маленький рот, либо его отсутствие (рисунок со спины) отмечались в 9 (7%) случаях. Румянец на щеках был на 1 (3,7%) рисунке, перевязка на горле (бусы, воротник) – на 14 (11)%. Туловище разделили пополам – 66 (52)% детей. Цветные руки были на 47 (37%) рисунках. Пуговицы были нарисованы в 24 (19%) случаях (искривление линии пуговиц – у 5 (4%), пуговицы до конца – у 19 (15%)). Не раскрашенная нижняя часть тела была на 24 (19%) рисунках, затемнение левой стороны – на 5 (4%). Крупная штриховка при раскрашивании отмечалась у 9 (7%) рисунков, красные волнистые линии – у 47 (37%). Таким образом, можно говорить о том, что имеющееся соматическое реагирование имеет проективное окрашивание. Развивается неблагоприятный психосоматический фон, проявляющийся нарушениями соматогнозиса с фиксацией на телесных зонах, которые могут быть зоной проекции соматического симптома, многочисленными телесными дисфункциями субклинического (донозологического) уровня, элементами рисунка, отражающими соматическую вовлеченность.

Заключение

Реализованное нами исследование помогло рассмотреть психосемантику адаптивного поведения в младшем школьном возрасте. Современный ребенок, самосознание которого в связи с развитием цивилизации резко возросло, ежедневно переживает во много раз больше стрессовых ситуаций, чем его предки даже в недалеком прошлом. Это связано, в первую очередь, с общей социальной напряженностью, психологической неуравновешенностью всего общества. Все это вызывает перенапряжение функции жизненно важных систем организма. Ребенок, особенно если мы говорим о ребенке с уже изначально неполноценной функциональной активностью основных регуляторных систем (нервной, иммунной, эндокринной), не в состоянии адаптироваться к изменяющейся среде, вследствие чего возникают различные соматические и психические расстройства. Ведь патология психической деятельности, которая имеет место при СДВГ, резко нарушает возможность приспособления человека к среде [1; 8]. Понимание междисциплинарности (медицинского, психолого-педагогического) дезадаптивного поведения у детей с эмоционально-личностной

незрелостью является залогом грамотно организованной и своевременной медико-психолого-педагогической профилактической работы. Ведь если индивид, еще будучи ребенком, усвоил ловушки неэффективного поведения, то он будет прибегать к ним и только к ним в будущем. Эти стратегии фиксируются в нейронах его мозга в виде мнемического следа, поэтому всякий раз, когда взрослый индивид будет оказываться в чрезвычайно сложной ситуации, не будучи способным реагировать на нее по-новому и приспособиться, он прибегнет к старому шаблону поведения, который некогда получил и запомнил будучи еще ребенком в своей семье, и как следствие – не сможет адаптироваться в социуме.

Проявления дезадаптивного поведения могут быть различны. Это формирование личностного варианта школьной дезадаптации, различные формы аддиктивного и деликвентного поведения. Существующее в настоящее время сопровождение младшего школьника не дает возможности предотвращения развития школьной дезадаптации и закрепления дезадаптивных форм поведения. Таким образом, назрела необходимость создания комплексной модели помощи детям в начальной школе. Необходима разработка и практическая реализация модели, учитывающей начальный уровень эмоционально-личностной зрелости, характер психического онтогенеза, проявления и потенциал адаптивного поведения.

Список литературы

1. Апчел В.Я., Цыган В.Н. Стресс и стрессоустойчивость человека. - СПб. : Военно-медицинская академия, 1999. - 86 с.
2. Божович Л.И. Проблемы формирования личности [под ред. Д.И. Фельдштейна]. - М. : Институт практической психологии; Воронеж : НПО «МОДЭК», 1997. - 352 с.
3. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста : руководство для врачей. - М. : Медицина, 1995. - 559 с.
4. Кулаков С.А. Психосоматика. - СПб. : Речь, 2010. - 320 с.
5. Никишина В.Б. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: критериально-диагностический аспект // Человек и его здоровье : Курский научно-практический вестник. – 2013. - № 1. – С. 141-148.
6. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. - СПб. : Речь, 2001. - 507 с.
7. Семакова Е.В., Макарова И.Ю. Психологическая основа формирования адаптивного поведения у детей // Фундаментальные исследования. – 2013. - № 10 (часть 7). – С. 1596-1601.

8. Сергиенко Е.А. Антиципация в раннем онтогенезе человека : дис. ... докт. псих. наук. - М., 1997. - 142 с.

Рецензенты:

Никишина В.Б., д.псих.н, профессор, зав. кафедрой психологии здоровья и коррекционной психологии ГБОУ ВПО «КГМУ» Минздрава России, г. Курск.

Игумнов С.А., д.м.н., профессор кафедры реабилитологии УО «Государственный институт управления и социальных технологий Белорусского государственного университета», г.Минск.