

И.В. Мельничук

ГИПЕРАКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ

Проблема изучения гиперактивного поведения детей является актуальной как в теоретическом, так и практическом аспектах [1, 4, 6]. Работая в школе, психологи встречаются с разнообразными запросами клиентов. Очень часто причиной обращения к психологу становится чрезмерная двигательная активность ребенка, непоседливость, импульсивность, неумение сосредоточиться на выполнении одного дела. Все эти признаки характеризуют гиперактивное поведение.

Дети, отличающиеся гиперактивным поведением, часто вызывают нарекания со стороны учителей в школе, так как на уроках, не умея ждать своей очереди, выкрикивают, не дослушав вопроса; дают первый пришедший в голову ответ; не умеют сосредоточиться на выполнении задания. Часто такие дети становятся инициаторами ссор и драк, поскольку не только очень подвижны, но и часто неловки и даже неуклюжи, поэтому нередко задевают, толкают, роняют окружающие предметы, а в силу своей импульсивности не всегда могут конструктивно разрешить возникшую ситуацию. Своим поведением гиперактивные расторможенные дети возбуждают класс, затрудняя проведение учебных занятий.

По данным разных авторов [5, 6], гиперактивное поведение встречается довольно часто: от 2 до 20% учащихся характеризуются чрезмерной подвижностью, расторможенностью. Среди детей с расстройством поведения медики выделяют особую группу страдающих незначительными функциональными нарушениями со стороны центральной нервной системы. Эти дети мало, чем отличаются от здоровых, разве что повышенной активностью. Однако постепенно отклонения отдельных психических функций нарастают, что приводит к патологии, которая чаще всего называется «легкая дисфункция мозга». Есть и другие обозначения: «гиперкинетический синдром», «двигательная расторможенность» и так далее. Заболевание, характеризующееся данными показателями, получило название «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ). Однако главное не в том, что гиперактивный ребенок создает проблемы для окружающих детей и взрослых, а в возможных последствиях этого заболевания для самого ребенка.

Следует подчеркнуть две особенности СДВГ. Во-первых, ярче всего он проявляется у детей в возрасте от 6 до 12 лет и, во-вторых, у мальчиков он встречается в 7-9 раз чаще, чем у девочек. Очень часто у детей,

отличающихся гиперактивным поведением, имеются сложности в усвоении учебного материала, и многие педагоги склонны объяснять это недостаточным интеллектом. Психологическое обследование детей дает возможность определить уровень интеллектуального развития ребенка, а, кроме того, возможные нарушения со стороны перцепции, визуально-двигательной координации, внимания. Обычно результаты психологического исследования показывают, что уровень интеллекта таких детей соответствует возрастной норме. Помимо легкой дисфункции мозга и минимальной мозговой дисфункции, некоторые исследователи (И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова, А.Д. Кошелева, Л.С. Алексеева и др.) называют причинами гиперактивного поведения еще и особенности темперамента, а также недостатки семейного воспитания.

Как показывают исследования [1, 5, 6], интерес к данной проблеме не убывает, поскольку если 8-10 лет назад таких детей в классе было один-два, то сейчас до пяти человек и более. И.П. Брызгунов отмечает, что если в конце 50-х годов публикаций на эту тему было порядка 30, то в 1990 году их число возросло до 7000.

Цель нашей работы заключается в том, чтобы проверить, существует ли взаимосвязь между гиперактивным поведением ребенка и личностными особенностями его матери. Реализация поставленной цели потребовала решения следующих задач: 1) анализ литературных источников в процессе теоретического исследования; 2) формулировка и проверка гипотезы; 3) статистическая обработка полученных результатов; 4) разработка рекомендаций по работе с близкими гиперактивных детей.

Гиперактивное поведение детей отличается следующими признаками [4, с. 32]: часто наблюдается беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутиться, вертится; встает со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте; проявляет бесцельную двигательную активность: бегают, крутятся, пытается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо; обычно не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге; находится в постоянном движении; часто бывает болтлив; мешает другим, пристает к окружающим, вмешивается в беседы или игры.

Для выявления гиперактивных детей, необходимо составить портрет гиперактивного ребенка. Наверное, в каждом классе встречаются дети, которым трудно долго сидеть на одном месте,

молчать, подчиняться инструкциям. Они создают дополнительные трудности в работе воспитателям и учителям, потому что очень подвижны, вспыльчивы, раздражительны и безответственны. Такому ребенку трудно концентрировать свое внимание, он легко отвлекается, часто задает множество вопросов, но редко дожидается ответов [4, с. 228]. Вероятно, учителю и психологу знаком портрет такого ребенка.

Поведение гиперактивных детей может быть внешне похожим на поведение детей с повышенной тревожностью, поэтому педагогу и родителям важно знать основные отличия поведения одной категории детей от другой. Приведенная ниже таблица 1 поможет в этом. Кроме того, поведение тревожного ребенка социально не разрушительно, а гиперактивный часто является источником разнообразных конфликтов.

Говоря о гиперактивных детях, большинство исследователей (З.Тржесоглава, В.М.Трошин, А.М. Радаев, Ю.С.Шевченко, Л.А.Ясюкова) имеют в виду детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Публикация третьего издания «Диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям (DSM-III-R)» в 1987 г. внесла изменения в диагностические критерии и название данного заболевания. Строгие критерии позволяют стандартизировать методику диагностирования детей с риском такого заболевания и дают возможность сравнивать данные, полученные исследователями в разных странах.

В последние годы этому заболеванию начинают уделять все больше внимания во всех странах, в том числе и у нас. Об этом свидетельствует растущее число публикаций по данной теме. Если в 1957-1960 гг. их было 31, то в 1960-1975 гг. – 2000, а в 1977-1980 гг. – 7000. В настоящее время ежегодно по этой проблеме публикуется 2000 и более статей и книг.

Как показывает анализ научной литературы [1, 4, 5, 6], возрастная динамика раскрывается в признаках расстройства наиболее выраженных в дошкольном и младшем школьном возрастах. Наибольший процент детей с синдромом отмечается в 5—10 лет, что отличается от возраста 11—12 лет. Пик проявления синдрома приходится на период подготовки к школе и начало обучения [4, с. 29]. Это обусловлено динамикой развития высшей нервной деятельности. Возраст 5,5 – 7 и 9 – 10 лет является возрастом интенсивного формирования систем мозга, отвечающих за мыслительную деятельность. К 7 годам, как пишет Д.А. Фарбер (1991), происходит смена стадий интеллектуального развития, формируются условия для становления абстрактного мышления и произвольной регуляции деятельности. В 6 – 7 лет дети с синдромом не готовы к обучению в школе в связи с замедлением темпов функционального созревания коры и подкорковых

структур. Систематические школьные нагрузки могут привести к срыву компенсаторных механизмов центральной нервной системы и развития дезадапционного школьного синдрома, усугубляемого учебными трудностями. Поэтому вопрос о готовности к школе для гиперактивных детей должен решаться в каждом конкретном случае психологом и наблюдающим ребенка врачом.

Гипотетически мы предполагали, что гиперактивное поведение может проявляться у детей, матери которых отличаются сочетанием таких личностных характеристик, как доминантность и эмоциональная неустойчивость.

В исследовании участвовали родители и педагоги учащихся средней общеобразовательной школы № 22 Суворовского района г. Одессы. В результате анкетирования родителей и педагогов были выделены две группы детей 7-10 лет (группа гиперактивных и группа негиперактивных детей). Выбор данной возрастной группы детей объясняется тем, что именно в этом возрасте наблюдается наибольший процент проявления гиперактивного поведения. Количество детей в гиперактивной и контрольной группах по 20 человек, в каждой группе по 3 девочки и по 17 мальчиков.

После обработки анкет были сформированы две группы матерей: исследуемая и контрольная. В исследуемую группу вошли матери гиперактивных детей. Возрастной состав данной группы 29-35 лет. В контрольную группу вошли матери негиперактивных детей. Возрастной состав данной группы 30-32 года.

Гипотеза в результате исследования подтвердилась (уровень значимости различий 0,025). Это позволяет говорить о том, что сочетание доминантности и эмоциональной неустойчивости в структуре личности матери может способствовать формированию гиперактивного поведения ребенка. Данными исследования можно будет пользоваться при работе с гиперактивными детьми, разрабатывая коррекционную программу, которая будет ориентирована не только на ребенка, но и на его окружение. В этом заключается практическая значимость исследования.

Для формирования групп матерей (контрольной и исследуемой) необходимо сначала выделить группу гиперактивных детей и группу детей, поведение которых не характеризуется как гиперактивное. Для этого использовались анкеты, разработанные И.П. Брызгуновым и Е.В. Касатиковой.

При обработке данных анкет необходимо учитывать следующее: поведение ребенка можно считать гиперактивным, если общее число баллов в анкете для родителей 8 и более, в анкете для педагогов 11 и более для девочек, 15 и более для мальчиков. В анкетировании участвовали родители и классные руководители детей. Для исследования личностных

характеристик матерей использовался многофакторный личностный опросник Р. Кэттелла. Те дети, у которых в результате анкетирования родителей (матерей и отцов) средний балл 9 и выше и одновременно в анкете педагогов 15 баллов и выше у мальчиков, 11 баллов и выше у девочек, были признаны гиперактивными. Это пороговая граница установлена на основе рекомендаций, предложенных разработчиками использованных анкет И.П. Брызгуновым, Е.В. Касатиковой [4, с. 77 – 78].

В контрольную группу были выделены дети, у которых в результате анкетирования родителей и педагогов нет высоких баллов ни по одной из анкет. Те женщины, у которых балл по шкале С (эмоциональная неустойчивость - эмоциональная устойчивость) 11 и ниже (3 стенов и ниже), и одновременно балл по шкале Е (конформность - доминантность) выше 12 (7 стенов и выше), были признаны обладающими сочетанием высокой доминантности и эмоциональной неустойчивости. Эти пороговые границы были установлены на основе рекомендаций, данных в книге А.В.Батаршева «Многофакторный личностный опросник Р.Кэттелла: Практическое руководство». В контрольную группу вошли матери детей из контрольной группы. Высокие показатели по факторам М (праксерния – аутизм), Q1 (консерватизм – радикализм) считались при наличии 15 баллов и выше (7 стенов и выше) по первому фактору и 10 баллов и выше (7 стенов и выше) по второму фактору. Высокие показатели по фактору Q4 (фрустрированность – нефрустрированность) – 14 баллов и выше (7 стенов и выше).

В результате выявления группы гиперактивных детей определилась и репрезентативная группа матерей. Исследование матерей проводилось с помощью многофакторного личностного опросника Р. Кэттелла. Все испытуемые попали в возрастную группу от 29 до 70 лет.

Матери, входившие в состав контрольной группы, характеризуются большей выраженностью таких факторов: положительный полюс Q1 – гибкость – 12 человек (60%), положительный полюс

М – аутизм (мечтательность) – 13 человек (65%). Сочетание эмоциональной неустойчивости и доминантности встречаются только у 5 человек (25%) матерей.

Данные исследуемой группы показывают, что сочетаемость доминантности и эмоциональной неустойчивости встречается у 13 человек (65%) испытуемых, также высокий показатель положительного полюса фактора Q4 – фрустрированности – 12 человек (60%). Анализ результатов тестирования и перевод сырых баллов в стенов позволяют построить профиль личности для одной и второй групп. Профиль личности «типичной» матери ребенка, не отличающегося гиперактивным поведением, характеризует личность с нормальным уровнем интеллекта, склонную к конформности, уступчивости, умеющую идти на компромисс, дипломатичную, со средним уровнем эмоциональной устойчивости, хотя наблюдается достаточно низкий показатель супер-эго. Это позволяет предположить наличие внутреннего конфликта, вызванного желанием быть тактичным и уступчивым (низкий показатель по фактору Е конформность – доминантность), низким уровнем супер-эго и достаточным показателем по фактору N (свидетельствующем о наивности, общительности), недостаточно хорошо развитым умением анализировать мотивировки людей, поглощенностью своими идеями, интересом к искусству и религии (пик по фактору М (праксерния – аутизм)). Профиль «средней» матери гиперактивного ребенка более уплощен, имеет только два пика. Это можно объяснить большим разбросом сырых баллов у разных испытуемых, что позволяет говорить о большей неоднородности данной группы. Пик по фактору В (низкий интеллект – высокий интеллект) свидетельствует о нормальном уровне интеллекта, второй пик по фактору С (эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость) позволяет предположить, что «типичная» мама гиперактивного ребенка эмоционально неустойчива, находится под влиянием чувств, при расстройствах теряет равновесие духа, склонна к ипохондрии и высокой утомляемости.

Таблица 1

Результаты анкетирования родителей и педагогов гиперактивных детей

№ п/п	Ребенок	Пол	Количество баллов	Возраст	Мать	Отец	Педагог
1	И.В.	м	8	10	8	9	24
2	О.Л.	м	7	12	12	12	21
3	Е.М.	ж	8	10	11	10.5	16
4	Л.О.	м	9	12	10	11	26
5	Ж.М.	ж	9	10	12	11	18
6	Н.К.	м	8	11	11	11	22
7	Л.С.	м	10	8	10	9	17
8	А.С.	м	9	10	12	11	20
9	И.С.	м	7	11	10	10.5	18
10	А.Г.	м	8	12	9	10.5	17
11	М.М.	м	9	10	10	10	25
12	А.П.	м	8	9	8	8.5	23

13	Е.О.	м	10	8	10	9	20
14	К.Н.	м	7	10	10	10	17
15	Х.Н.	м	8	12	10	11	19
16	Т.А.	ж	8	10	12	11	14
17	Н.О.	м	7	8	10	9	26
18	Щ.И.	м	9	11	11	11	21
19	В.П.	м	10	12	11	11,5	28
20	Л.И.	м	10	11	13	12	25

Таблица 2

Данные анкетирования родителей и педагогов детей контрольной группы

№ п/п	Ребенок	Пол	Количество баллов	Мать	Отец	Средний показатель (родители)	Педагог
1	Н.О.	м	8	6	6	6	12
2	Г.Е.	м	9	5	4	4,5	10
3	Б.К.	м	8	5	5	5	11
4	Б.Т.	м	9	4	4	4	8
5	А.Б.	ж	10	7	6	6,5	9
6	В.Я.	ж	7	4	6	5	8
7	Э.В.	м	7	5	4	4,5	8
8	Е.К.	м	8	7	6	6,5	9
9	П.А.	м	7	5	5	5	10
10	Ш.А.	м	8	3	5	4,5	12
11	Н.И.	м	9	4	6	5	12
12	Н.Г.	м	8	6	6	6	10
13	М.М.	ж	10	5	3	4	5
14	Р.В.	м	8	4	6	5	10
15	К.Я.	м	7	3	4	3,5	8
16	Д.Е.	м	10	4	4	4	9
17	С.Н.	м	8	5	6	5,5	10
18	О.О.	м	8	7	4	5,5	10
19	П.Н.	м	8	5	5	5	11
20	Г.Д.	м	9	3	5	4	8

Математическую обработку производим с помощью критерия χ^2 – критерий Пирсона. Критерий χ^2 применяется в двух целях:

1. Для сопоставления эмпирического распределения признака с теоретическим равномерным, нормальным или каким-то иным;

2. Для сопоставления двух, трех или более эмпирических распределений одного и того же признака. Описание критерия. Критерия χ^2 отвечает на вопрос о том, с одинаковой ли частотой встречаются разные значения признака в эмпирическом и теоретическом распределениях или в двух и более эмпирических распределениях. Преимущество метода состоит в том, что он позволяет сопоставлять распределения признака представленные в любой шкале, начиная от шкалы наименований. В самом простом случае альтернативного распределения "да - нет", "допустил брак - не допустил брак", "решил задачу - не решил задачу" и т.п. можно уже применять критерия χ^2 . Связь гиперактивного поведения детей и сочетания доминантности и эмоциональной неустойчивости в структуре личности матерей.

Поскольку полученное нами значение превышает критическое табличное значение, есть основание говорить, что существует взаимосвязь между гиперактивным поведением детей и сочетанием у

матери таких личностных характеристик как доминантность и эмоциональная неустойчивость. На основании полученных результатов, используя таблицу 5.02, уровень значимости 0,975, то есть уровень различий 0,025 достоверен. Это говорит о том, что гипотеза на данной выборке подтвердилась.

Гипотеза на данной выборке подтвердилась (уровень значимости различий 0,025). Это позволяет сделать вывод о том, что причиной гиперактивного поведения детей может быть не только минимальная мозговая дисфункция, как считает большинство авторов, занимающихся данной проблемой, но и личностные характеристики матери, так как именно матери проводят большую часть времени с ребенком 7-10 лет (в этом возрасте наблюдается наибольшее проявление гиперактивного поведения). Следовательно, сочетание доминантности и эмоциональной неустойчивости матери может стать причиной формирования у ребенка гиперактивного поведения.

В результате исследования было обнаружено, что у большинства матерей гиперактивных детей высокий показатель фрустрированности. Эти данные позволяют выдвигать иные гипотезы, касающиеся взаимосвязи характерологических и поведенческих характеристик детей и личностных особенностей их матерей.

Полученные результаты, подтвердившие гипотезу, позволяют разрабатывать более целенаправленные программы коррекции для детей, характеризующихся гиперактивным поведением и их ближайшего окружения, в частности матерей. Основываясь на данных исследования, можно

утверждать, что психолог-консультант, работая с гиперактивными детьми и составляя для них коррекционные программы, должен уделять больше внимания работе с близкими этих учащихся, особенно с матерями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях. – М.: Изд-во института психотерапии, 2001. – 96 с.
2. Валлон А. Психическое развитие ребенка. – М.: Просвещение, 1967. – 122 с.
3. *Возрастные* особенности психического развития детей / Под ред. И.В.Дубровиной, М.И.Лисиной. – М., 1982. – 101 с.
4. Дробинский А.О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания // Дефектология. 1999. – №1. – С.31 – 36.
5. Кошелева А.Д., Алексеева Л.С. Диагностика и коррекция гиперактивности ребенка. – М.: НИИ семьи, 1997. – 64 – С. 16.
6. Кучма В.Р., Платонова А.Г. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей в России. – М.: РАРОГЪ, 1997. – 67 с.
7. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивным, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. – М.: Генезис, 2000. – 192 с.
8. *Тржесоглава* З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. – М.: Медицина, 1986. – 159 с.
9. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Онтогенетически-ориентированная психотерапия (методика ИНТЭКС): Практ. пособ. – М.: Российское психологическое общество, 1998. – 157 с.
10. Эйдемиллер Э.Г. Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1989. – 255 с.

Подано до редакції 17.03.08

РЕЗЮМЕ

У статі представлено результати дослідження гіперактивної поведінки дітей у педагогічній взаємодії.

РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты исследования гиперактивного поведения детей в педагогическом взаимодействии.

SUMMARY

The article presents some investigation results on children's hyperactive behaviour in pedagogical interaction.