

УДК 616.89-008.447-053.2

СЕМЕЙНО-СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Семакова Е.В., Макарова И.Ю.

Смоленский государственный университет, Смоленск

Подробная информация об авторах размещена на сайте

«Учёные России» - <http://www.famous-scientists.ru>

Представлены результаты собственных исследований, которые проводились методом добровольного сплошного анкетирования в 9 областных и районных центрах Российской Федерации. В качестве исследуемых явлений были оценены: наличие синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и социальные факторы, участвующие в механизмах СДВГ. Установлена значимость последних в формировании и инициации данного заболевания, изучена их структура, также оценен вклад социально-психологического окружения.

Самой распространенной формой хронических нарушений поведения в детском возрасте является синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), наиболее распространенный вариант минимальной мозговой дисфункции (ММД). Большинство детей любого возраста, обозначаемых педагогами как "трудный" ученик, родителями - как "трудный" ребенок, а социологами - как несовершеннолетний из "группы риска", принадлежит именно к этой категории [1,3].

Развитые страны столкнулись с проблемой ММД и СДВГ на 30-40 лет раньше нас. С тех пор эта проблема не сходит со страниц зарубежной печати. Интерес к этой проблеме отечественных исследователей особенно усилился в последние годы, что связано с общим ухудшением состояния здоровья детей в нашей стране и кризисом семьи как духовно-нравственной единицы общества [3,5].

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью проявляется расстройствами внимания, двигательной расторможенностью (гиперактивностью) и импульсивностью поведения. Такие симптомы отмечают окружающими ребенка взрослыми в возрасте до семи лет, обычно начиная с четырехлетнего возраста. С началом обучения у ребенка возникают трудности освоения школьных навыков и слабая успеваемость, неуверенность в себе и заниженная самооценка, сложности обработки информации и внешних и внутренних стимулов. Искажается модель отношений с отцом и матерью, являющаяся базисом социальных отношений в целом. Возникают проблемы во взаимоотношениях с окружающими, в том числе с одноклассниками и учителями, усиливаются нарушения поведения [1,5].

На развитие ребенка оказывает большое влияние его психосоциальное окружение, особенно если имеется предрасположенность к тем или иным поведенческим отклонениям. Роли социально-психологических механизмов при СДВГ отводится до 63% (наследственные - 57%; перинатальные - 84%). Чаще рассматриваемые факторы иницируют механизмы вторичного симптомообразования (синергичное действие), но могут выступать и как первичные инициаторы развития заболевания. Причем, если причина, вызвавшая отклонение, перестает действовать, то растущий мозг сам в состоянии постепенно выйти на нормальный уровень функционирования [2,6,7]. Однако обязательным условием для включения

компенсаторных механизмов является элиминация из неблагоприятной среды или создание условий, исключающих негативное воздействие.

В связи с тем, что психосоциальные факторы являются управляемыми, возникает необходимость их изучения, определения прогностической значимости и глубины вызываемых ими расстройств. Оценка того или иного феномена делает возможным использование полученных данных в разработке адекватных коррекционных мероприятий по профилактике, предупреждению обострений и купированию клинических проявлений СДВГ [1,4,8].

Нами проведено многоцентровое одномоментное исследование традиционным методом – опрос в форме анкетирования - «Поведенческие особенности ребенка», которое проводилось в 2002-2006 гг. в 9 городах, областных и районных центрах Российской Федерации – Андреаполь (Тверская обл.), Калуга, Кемерово, Сафоново (Смоленская обл.), Сергиев Посад (Московская обл.), Смоленск, Череповец, Якутск, Ярославль. В каждом областном центре были опрошены не менее двухсот семей, районном – не менее ста. Отбор 1615 семей производился случайным образом.

Изучалась социальная дифференциация (социальное происхождение, доход), выполнение социальных ролей родителями (отсутствие взаимопонимания во взглядах на воспитательный процесс), социальные отношения оценивались на уровне семьи (отношения между родителями, развод, алкоголизация, количество членов семьи).

Установлено, что 4,3% детей (69) имеют СДВГ. В соответствии с этими данными нами было выделено две группы исследования: основная – 69 семей, имеющих детей с СДВГ и группа сравнения – 1546 семей, в которых поведение детей не ограничивается рамками СДВГ.

Полученные данные указывают на то, что социально-бытовые условия семей с детьми с отклоняющимся поведением зачастую неудовлетворительны: недостаток ниже среднего отмечается в 44.9% (31) случаев, а в обычных семьях - 29.9% (457).

Воспитанием детей с СДВГ чаще занимаются матери со средним специальным образованием – 40% (27) и отцы с высшим – 23 (47%), в семьях без СДВГ (матери имели высшее образование в 50,8% (772), отцы имели высшее образование в 49% (648). По нашему мнению, различный образовательный уровень родителей зачастую приводит к рассогласованности в воспитательном процессе при СДВГ 25% (17 семей), аналогичный показатель в семьях без СДВГ составил всего 12% (179 семей).

Как мы предполагаем, структурные параметры семейной системы и их изменения (таблица №1) определяют особенности формирования семейных представлений и эго-идентичности, что опосредует большинство эмоциональных и поведенческих проблем гиперактивного ребенка.

Таблица 1. Особенности структуры семей детей с СДВГ

Исследуемые параметры	Семьи без детей с СДВГ		Семьи детей с СДВГ	
	Абс.число	%	Абс.число	%
Неполная семья	297	19	26	38
Нет отца	194	13	20	29
Количество членов семьи				
2	152	10	13	19
3	625	41	31	45
4				

	622	40	19	28
Количество детей в семье				
1	797	52	49	71
2	655	43	18	26
3	71	5	1	1

Доля неполных семей в изучаемой группе значительно превышала показатели группы сравнения (38% и 19%, соответственно). Дети с СДВГ чаще воспитываются без отца (29%), по сравнению с детьми без девиаций в поведении (13%), что существенно деформирует образ семьи, ребенок растет тревожным, зависимым. Особенно неблагоприятно воспитание в материнской семье для мальчиков. В этих условиях мать неосознанно идентифицирует сына с бывшим мужем и ориентируется в воспитании на негативные качества ребенка, похожего на отца.

В расширенной семье у ребенка размывается представление о семейных ролях, страдает развитие социальной идентичности. В случае, когда детская подсистема малочисленна, противостоящая ей мощно развитая иерархичная взрослая подсистема, в которую включены родители и прародители, вызывает у ребенка большое эмоциональное напряжение. Кроме того, для этих семей характерна несогласованность воспитательных воздействий, противоречивость норм и требований, что усиливает неопределенность среды и развитие тревожности у ребенка [1].

Исследование выявило и наличие неблагоприятных семейных стрессоров, действующих в нескольких поколениях (вертикальные стрессоры) или в рамках жизнедеятельности одной нуклеарной семьи (горизонтальные стрессоры) (таблице №2).

Таблица 2. Сравнительные динамические характеристики семьи детей с СДВГ

Изучаемые параметры	Семьи без детей с СДВГ		Семьи детей с СДВГ	
	Абс.число	%	Абс.число	%
Вертикальные стрессоры				
Наследственная отягощенность по алкоголизму	121	8	16	23
Горизонтальные стрессоры				
• Смерть близких родственников	704	46	31	45
• Разводы	343	22	21	30
Частые семейные конфликты	807	53	153	77

В целом, установлено, что социально-психологические факторы принимают участие в формировании СДВГ у 97,1% (67) детей городов, что указывает на значимость их влияния. Причем статистически значимой зависимости между численностью населения городов и частотой воздействия данных факторов не выявлено.

В соответствии с изученными феноменами модель семьи гиперактивного ребенка нами видится следующим образом: небольшой доход, жилищные проблемы, которые не позволяют обеспечить ребенка собственной комнатой, структурно-ролевые нарушения, несогласованное воспитание, низкая воспитательная компетентность матери, обусловленная недостаточностью общеобразовательных знаний, высокий уровень конфликтности (наличие разводов, алкоголизации).

Полученные данные необходимо учитывать при организации помощи детям с нарушениями поведения по типу гиперактивности с дефицитом внимания, а также для детей из группы риска по этим расстройствам. В этой связи, многоуровневый алгоритм социально-психологической помощи детям с СДВГ нами видится следующим образом:

- Улучшение социально-экономических и социально-биологических условий жизни (макросоциальный уровень).

- Помощь в решении конкретных социальных, психологических, воспитательных задач: разрядке трансгенерационных симптомов, структурировании семейной системы, консолидации супружеской подсистемы, укреплении воспитательных ресурсов семьи (семейный уровень).

- Психологическое сопровождение развития гиперактивного ребенка; психологическая коррекция и профилактика вторичных нарушений (индивидуальный уровень).

Формы помощи на различных уровнях могут варьировать в зависимости от потенциальных региональных возможностей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Варга, А.Я. Системная семейная психотерапия / А.Я. Варга. - СПб.: Речь, 2001. - 142 с.
2. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение / под ред. А.М. Вейна. - М.: «Медицинское информационное агенство», 1998. - 752 с.
3. Верификация диагноза минимальной мозговой дисфункции: информ. письмо / Е.В. Семакова, М.А. Константинова. - Смоленск, 2004. - 4 с.
4. Выготский, Л.С. История развития высших психических функций. Собрание сочинений в 6 т. Т.3. / Л.С. Выготский. - М.: Педагогика, 1983. - С. 5-328.
5. Заваденко, Н.Н. Современные подходы к диагностике и лечению минимальных мозговых дисфункций у детей: методические рекомендации / Н.Н. Заваденко, А.С. Петрухин, Н.Ю. Суворинова, М.В. Румянцева, А.А. Овчинникова. - М.: РКИ Соверо пресс, 2003. - 40 с.
6. Крыжановский, Г.Н. Общая патофизиология нервной системы / Г.Н. Крыжановский. - М.: «Медицина», 1997. - 351 с.
7. Лейкок, Джон Ф., Вайс Питер Г.. Основы эндокринологии / Джон Ф.Лейкок, Питер Г. Вайс. - М.: «Медицина», 2000. - 384 с.
8. Скворцова, И.А., Ермоленко, Н.А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии / И.А. Скворцова, Н.А. Ермоленко. - М.: МЕДпресс-информ, 2003. - 368 с.

FAMILY-SOCIAL FACTORS IN ENVIRONEMENT HYPERACTIVITY

Semakova Ye.V., Makarova I.Yu.

Smolensk State University

Here are presented the results of our own research, which was held in nine regions and areas of Russian Federation. Questionnaires were offered to volunteers. The presence of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHA) and the social factors taking part in the mechanisms of ADHD were researched and estimated. The report established the significance of the social factors in initiating and developing the disorder, studied their structure and estimated the contribution of the social-psychological environment.