

Г. К. Труфанова
Екатеринбург, Россия

G. K. Trufanova
Ekaterinburg, Russia

**ПРОБЛЕМА МЕЖЛИЧНОСТНЫХ
ОТНОШЕНИЙ У ДЕТЕЙ
С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА
ВНИМАНИЯ
И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ**

**THE PROBLEM
OF INTERPERSONAL RELATIONS
OF CHILDREN
WITH ATTENTION
DEFICIT SYNDROME
AND HYPERACTIVITY**

Аннотация. Статья посвящена особенностям межличностных отношений между детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью и их сверстников, учителей и родителей. Представлены результаты психолого-педагогической диагностики, которые свидетельствуют о преобладании деструктивных форм взаимодействия, что мешает дальнейшей социализации детей данной категории в обществе.

Ключевые слова: дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью; межличностные отношения; социальное окружение; взаимодействие; социализация.

Сведения об авторе: Труфанова Галина Константиновна, старший преподаватель кафедры специальной педагогики и специальной психологии, Институт специального образования.

Место работы: Уральский государственный педагогический университет (г. Екатеринбург).

Контактная информация: 620017, г. Екатеринбург, пр-т Космонавтов, 26, к. 120.

E-mail: ya.trufanova-galina@yandex.ru.

И зарубежные, и отечественные авторы (Н. Н. Заваденко, R. A. Barkley) отмечают чрезвычайную значимость проблемы синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей (СДВГ) как в медико-социаль-

Abstract. The article deals with the problem of interpersonal relations between children with attention deficit syndrome and hyperactivity and other children of the same age, teachers and parents. It presents the results of psycho-pedagogical diagnostics that demonstrate the predominance of destructive forms of interaction which makes further socialization of the children of this category more difficult.

Key words: children with attention deficit syndrome and hyperactivity; interpersonal relations; social environment; interaction; socialization.

About the author: Trufanova Galina Konstantinovna, Senior Lecturer of Department of Special Pedagogy and Special Psychology, Institute of Special Education.

Place of employment: Ural State Pedagogical University, Ekaterinburg.

ном, так и в психолого-педагогическом плане [2].

Впервые синдром дефицита внимания с гиперактивностью был описан почти сто лет назад как одно из проявлений минимальной

мозговой дисфункции. В настоящее время он трактуется как отдельное состояние, которое привлекает внимание специалистов различных профессиональных областей. В 2002 г. И. П. Брызгунов отметил, что этой проблеме ежегодно посвящается порядка двух тысяч книг и статей [1].

Данные о распространенности категории детей, заявленной в заголовке, заметно варьируются. Анализ психолого-педагогической литературы по проблеме показал, что в России распространенность детей с СДВГ колеблется в диапазоне от 2 до 46 % от общего числа детей. Ю. С. Шевченко отмечает, что этот диапазон составляет 23—46 %, согласно данным Н. Я. Семаго — 2—23 %, Н. Н. Заваденко — 4—12 %.

В отечественной литературе синдром дефицита внимания с гиперактивностью определяется как «полиморфный клинический синдром, главным проявлением которого является нарушение способности ребенка контролировать и регулировать свое поведение, что выливается в двигательную гиперактивность, нарушения внимания и импульсивность» [4, с. 16].

Многие исследователи (В. М. Трошина, О. В. Халецкая и др.) отмечают, что проблемы школьной успешности и межличностных отношений зарождаются уже в дошкольном детстве. Для детей указанной категории характерны низкая эмоциональная устойчивость, общая лабильность, преобладание в поведении импульсивных и аффективных реакций, низкий

уровень саморегуляции и самоконтроля.

Отмечаются и характерные особенности эмоциональной сферы, определяющие неудачи в общении. К таким особенностям относятся социальная тревожность, неуверенность в себе, негативные варианты самооценки, что, в свою очередь, отрицательно сказывается на поведении ребенка, умении контролировать собственные действия, межличностном взаимодействии с окружающими. Так, R. S. Jensen указывает, что около 25 % детей с СДВГ имеют высокий или повышенный уровень тревожности. Причину этого автор видит в конфликтных ситуациях в школе и в семье, в частых ситуациях неуспеха, которые сопровождают детей практически во всех видах деятельности. В. М. Трошина и О. В. Халецкая отмечают, что максимальное проявление симптомов СДВГ приходится на возраст около 7 лет. То есть этот возрастной период считается сенситивным для формирования не только мыслительных процессов, но и социальных отношений [6].

Таким образом, до поступления в школу межличностные проблемы детей с СДВГ обусловлены их импульсивностью, двигательной расторможенностью и отсутствием самоконтроля. Однако в младшем школьном возрасте эти проблемы определяются уже иными факторами: заниженной самооценкой, повышенным уровнем тревожности, демонстративностью, конфликтностью как проявлением сформиро-

вавшихся к этому периоду защитных механизмов. Иными словами, интересующая нас проблема возникает на основе в большей степени не поведенческой, а личностной дезадаптации. Развивая эту идею, Н. Н. Заваденко отмечает, что у детей нарушено приспособление к меняющимся условиям обучения, которое может выступать как частное проявление нарушения способности общей психической адаптации. Помимо личностной дезадаптации, у детей с СДВГ отмечаются нарушения социального взаимодействия, что приводит и к социальной дезадаптации [2].

Перечисленные проблемы видны уже на начальном этапе обучения в школе. Дети не соблюдают дистанцию в общении с окружающими, допускают достаточно бестактные высказывания без учета окружающей обстановки. В результате такого поведения дети провоцируют негативные реакции педагогов и агрессию со стороны сверстников.

Как правило, трудности коммуникации у детей с СДВГ могут наблюдаться как на макросоциальном, так и на микросоциальном уровнях. Тот факт, что ребенок с СДВГ не соблюдает правила поведения в обществе, не соответствует социальным ожиданиям окружающих, зачастую вызывает непонимание и недовольство со стороны окружающих.

Дети рассматриваемой категории расторможены не только двигательными, но и вербальными. Очень часто они выступают инициатора-

ми социальных контактов. Однако в их действиях очень скоро обнаруживается чрезмерное реагирование на любые раздражители, не соответствующее содержанию ситуации. Детей не интересуют социальные ожидания, они не понимают оттенков межличностных отношений.

Анализ исследований отечественных и зарубежных психологов позволяет выделить факторы, в большей степени определяющие проблемы общения детей с СДВГ с их социальным окружением.

Первый фактор. Ребенок не может удерживать ситуацию коммуникативного контакта длительное время, недостаточно успешно общается и устанавливает дружеские отношения со сверстниками. В коллективе он служит источником постоянного беспокойства: «...шумит, не задумываясь, берет чужие вещи, мешает окружающим» [3].

Вторым фактором, затрудняющим межличностные отношения, является чрезмерная эмоциональность и неспособность учитывать интересы других детей. Во многом это обусловлено импульсивностью, отсутствием произвольного поведения. В результате сверстники отказываются вступать в контакт с таким ребенком, объясняя это его непредсказуемостью, которая в поведении проявляется как излишняя эмоциональная лабильность (легко переходят от смеха к слезам и наоборот). Дети считают это очень странным и ненормальным.

Третьим фактором, заслуживающим исследовательского внимания в рамках обозначенной про-

блемы, является негативистическая демонстративность ребенка с СДВГ, которая, с одной стороны, является защитным механизмом, оберегающим от тревоги отвержения, а с другой — привычным и наиболее доступным способом социального контакта [3].

Четвертый фактор — трудности отношений со взрослыми. Социальное окружение требует от гиперактивного ребенка более предсказуемого, стабильного и эффективного поведения, чем то, которое он может демонстрировать.

Неспособность регулировать поведение адекватно ситуации и соответствовать предъявляемым ожиданиям приводит к непредсказуемому, взрывному поведению. В результате такой дисбаланс между поведением ребенка и социальными ожиданиями приводит к нарушению взаимодействия со взрослыми [3].

Пятый фактор — особенности взаимоотношений в семье. Известно, что первый опыт успешного взаимодействия с социумом ребенок получает в семье, т. е. родители являются источником первичной социализации. Наблюдая за взаимоотношениями между членами семьи, ребенок учится взаимодействовать с другими людьми, обучается поведению и формам отношений, которые сохраняются у него в течение всей жизни.

В семье, воспитывающей ребенка с СДВГ, возникает много трудностей как на уровне бытового взаимодействия (соблюдение режима дня, четкое выполнение поручений, планирование своей дея-

тельности), так и на более глубоком уровне межличностного общения. Известный американский исследователь и психотерапевт R. A. Barkley отмечает, что в семьях, где воспитываются дети с СДВГ, значительно чаще встречаются случаи расторжения брака, семейных конфликтов, жестокого обращения с детьми [7].

Проблемы социального взаимодействия нередко возникают и в связи с низким уровнем психолого-педагогической компетентности родителей. Очень часто родители детей с СДВГ не могут получить доступ к необходимым услугам из-за их отсутствия по месту проживания семьи, высокой стоимости, собственных предубеждений и страхов и т. д. Это приводит к появлению стресса, ослаблению адаптационных возможностей, а в дальнейшем — к трудностям во взаимоотношениях с ребенком.

Выявленные в ходе теоретического анализа факторы нарушения межличностных отношений между детьми с СДВГ и социальным окружением послужили основой для формулировки целей экспериментального исследования: изучение межличностных отношений у детей с СДВГ по двум направлениям (ребенок — ребенок; ребенок — родитель).

Исследование проводилось на базе государственного казенного общеобразовательного учреждения «Специальная (коррекционная) школа-интернат № 18». В выборку испытуемых вошли 102 ребенка с задержкой психического развития

(ЗПР), из них 33 — дети, имеющие СДВГ. Также было задействовано 40 родителей (законных представителей).

Для решения экспериментальных задач были использованы следующие диагностические средства: метод наблюдения, проективная методика «Межличностные отношения» (Рене Жиль), социометрия в сферах деловых и личных отношений, тест-опросник родительского отношения (А. Я. Варга, В. В. Столин), методика «Родительское сочинение» (А. А. Шведовская).

Анализируя эмпирические данные в рамках направления исследования «ребенок — ребенок», мы обнаружили, что межличностные контакты со сверстниками у младших школьников с СДВГ поверхностны. Состав микрогрупп, которые складываются для общения, малочислен и часто меняется.

При анализе социометрических данных выявлено, что дети с СДВГ в большинстве случаев имеют отрицательные оценки от своих сверстников с ЗПР. Более половины испытуемых с СДВГ (55 %) либо отвергаются сверстниками, либо изолированы от коллектива, т. е. получают 1 предпочтение или вообще их не получают, имея при этом большое количество отрицательных выборов (от 4 и более). Это говорит о том, что другим детям тяжело общаться с ребенком с СДВГ. Дети, комментируя свое решение, поясняют: «Он (ребенок с СДВГ) сильно раздражает, бесит, мешает, дерется».

При выявлении направленности личности в ситуации общения было

отмечено, что одной из приоритетных ценностей для детей с СДВГ является социальное взаимодействие с окружающими — в равной степени и со взрослыми, и со сверстниками. Испытуемые обозначенной категории при выборе желаемого круга общения в 45 % случаев выбирают членов ближайшего окружения, а в 55 % — сверстников.

Подводя итог анализа эмпирических данных, можно предположить следующее:

1) сверстники чаще всего отрицательно относятся к детям с СДВГ, чем провоцируют их агрессивные реакции;

2) для детей с СДВГ одинаково значимо общение со сверстниками и со взрослыми;

3) из-за недостаточной развитости коммуникативных навыков исследуемой категории детей не удастся устанавливать конструктивное взаимодействие со сверстниками.

Результаты эмпирического исследования в рамках направления «ребенок — родитель» показали, что значительная часть родителей не принимает своих детей. Для таких взрослых характерны следующие стили семейного воспитания: «авторитарная гиперсоциализация» (60 %), «маленький неудачник» (25 %), «симбиоз» (15 %). «Кооперация» как наиболее благоприятный стиль внутрисемейного взаимодействия не встречается ни в одном из случаев. Родители неадекватно оценивают причины деструктивного поведения детей. Так, по мнению родителей, многими по-

ступками движут эгоизм, упрямство, лень, демонстративность.

Полученные данные подтверждаются исследованиями А. А. Шведовской, Е. К. Лютовой, которые отмечают, что дети с СДВГ совершенно не соответствуют ожиданиям родителей, которые, в свою очередь, не всегда принимают собственного ребенка. Авторы подчеркивают, что непредсказуемость поведения таких детей и его последствия становятся поводом для принятия жестких мер в отношении ребенка с целью принудить его к послушанию. В то же время дети с СДВГ осознают свою неспособность регулировать поведение адекватно ситуации, что негативно отражается на их эмоциональном благополучии [3]. Проведенное нами эмпирическое исследование подтверждает эти выводы.

Таким образом, нарушение взаимоотношений в семье гиперактивного ребенка часто способствует развитию семейных конфликтов, неблагоприятным вариантам семейного взаимодействия, которые, в свою очередь, становятся негативными факторами, усугубляющими проблемы межличностных отношений.

В то же время необходимо отметить, что развитие и воспитание ребенка с СДВГ предъявляет особые требования к системе семейных отношений. Нарушение этих требований приводит к усилению напряжения, а затем — к развитию стресса, переутомлению, чувству бессилия, и, в некоторых случаях, агрессии по отношению к ребенку.

Анализ полученных данных, позволяет сделать вывод о существовании нарушения социального взаимодействия детей, страдающих синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, с окружающими людьми. Эти трудности межличностных отношений касаются всех сфер общения рассматриваемой категории детей.

Проведенное нами исследование показало, что проблемы социального взаимодействия детей с СДВГ имеют не менее важное значение, чем клинические аспекты данной патологии. Дети с СДВГ являются дезадаптированными как в среде сверстников, так и во внутрисемейных отношениях. Вышперечисленное диктует необходимость психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ на начальных этапах их поступления в образовательное учреждение с целью выявления проблем коммуникативных трудностей и развития навыков эффективного общения. Большое значение имеет также работа с ближайшим окружением ребенка (родителями, педагогами). Повышение их психолого-педагогической компетентности является важным условием успешной социальной и личностной адаптации детей с СДВГ. Психолого-педагогическая помощь должна быть направлена на повышение уровня знаний в области физиологических основ особенностей поведения, на нормализацию эмоционального состояния родителей и развитие навыков эффективного взаимодействия с узаннными детьми.

Литература

1. Брызгунов, И. П. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей / И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова. — М. : Медпрактика, 2002. — 92 с.
2. Заваденко, Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте / Н. Н. Заваденко. — М. : Академия, 2005. — 256 с.
3. Лютова, Е. К. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми / Е. К. Лютова, Г. Б. Моница. — СПб. : Речь, 2000. — 190 с.
4. Романчук, О. И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей / О. И. Романчук. — М. : Генезис, 2010. — 336 с.
5. Сиротюк, А. Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам / А. Л. Сиротюк. — М. : ТЦ «Сфера», 2008. — 128 с.
6. Халецкая, О. В. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте / О. В. Халецкая, В. М. Трошин // Журнал неврологии и психиатрии. — 1998. — № 9. — С. 17—23.
7. Barkley, R. A. International consensus statement on ADHD / R. A. Barkley // Clin. Child. Fam. Psychol. Rev. — 2002. — № 5. — P. 32—34.
8. Jensen, P. Attention deficit hyperactivity disorder: state of science-best practices / P. Jensen, J. Cooper. — Kingston (NJ) : Civic Research Institute, 2002. — 67 p.