4. *Balachova T., Bonner B., Kosyh E. A.,Volkova E*. Women's attitudes toward alcohol consumption during pregnancy. Challenging social responsibilities for child abuse and neglect Proceedings of the 12th ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect Sup 4889, September 18–21, 2011. P. 83.

5. *Balachova T., Kosyh E. A., Skitnevskaya L., Volkova E*. Comparing the Rates of Alcohol Drinking by Women Before and During Pregnancy: P087.Alcoholism: Clinical & Experimental Research. 34(8) Sup 3:111A, August. 2010.

6. *Barr H. M., Streissguth A. P*. Identifying maternal self-reported alcohol use associated with fetal alcohol spectrum disorders. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2001. № 25(2). P. 283–287.

REFERENCES

1. *Andreeva G. M.* Social'naja psihologija. M.: Nauka, 1994.

2. *Jadov V. A.* O dispozicionnoj reguljacii social'nogo povedenija lichnosti. M., 1975.

3. *Balachova T. N., Bonner B. L., Isurina G. L., Tsvetkova L. A., Volkova E. N*. Women's alcohol consumption and risk for alcohol-exposed pregnancies: developing strategy for FASD prevention in Russia: S030. Alcoholism: Clinical & Experimental Research. 34(8) Sup 3:23A, August. 2010.

4. *Balachova T., Bonner B., Kosyh E. A.,Volkova E.* Women's attitudes toward alcohol consumption during pregnancy. Challenging social responsibilities for child abuse and neglect Proceedings of the 12th ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect Sup 4889, September, 18–21, 2011. P. 83

5. *Balachova T., Kosyh E.A., Skitnevskaya L. Volkova E.* Comparing the Rates of Alcohol Drinking by Women Before and During Pregnancy: P087. Alcoholism: Clinical & Experimental Research. 34(8) Sup 3:111A, August. 2010.

6. *Barr H. M., Streissguth A. P*. Identifying maternal self-reported alcohol use associated with fetal alcohol spectrum disorders. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2001. № 25(2). P. 283–287.

Н. И. Цыганкова

СВОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И МОТИВЫ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Проведено сравнение свойств личности, мотивов учебной деятельности и их взаимосвязей у детей 9–11 лет с диагнозом «минимальная мозговая дисфункция, синдром дефицита внимания с гиперактивностью», у детей группы риска с симптомами невнимательности и импульсивности и контрольной группы.

Ключевые слова: свойства личности, мотивы учебной деятельности, минимальная мозговая дисфункция, синдром дефицита внимания с гиперактивностью.

N. Tsygankova

PERSONALITY FEATURES AND MOTIVES OF EDUCATIONAL ACTIVITIES OF ELEMENTARY SCHOOL STUDENTS WITH MINIMAL CEREBRAL DYSFUNCTION SYNDROME AND WITH DEFICIT OF ATTENTION AND HYPERACTIVITY DISORDER

The characteristics of the personality traits and motives of educational activities of 9-11 year old children with a diagnosis of "minimal cerebral dysfunction, attention deficit and hyperactivity disorder" were compared with the same characteristics of children at risk group with symptoms of inattention and impulsivity, and the control group.

Keywords: personality characteristics, motives of learning activities, minimal brain dysfunction, attention deficit with the disorder and hyperactivity.

Проблема социальной и школьной дизадаптации детей, имеющих неврологические нарушения вследствие минимальной мозговой дисфункции (ММД), относится к разряду актуальных и социально значимых. Такие дети в силу биологических особенностей имеют своеобразие психологического и личностного развития и связанные с ними проблемы социального функционирования, наиболее ярко проявляющиеся при усвоении школьных требований [4; 7; 8; 10; 11; 12].

В настоящее время ММД рассматривают как последствие 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 [4; 5; 7; 8; 10; 12]. Симптомы могут быть выражены в различной степени проявлений и сочетаний, интенсивность их тоже может меняться [8; 12]. Один из важных сопутствующих признаков ММД — синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). Нарушения внимания и гиперактивность наблюдаются более чем у 80% детей с ММД. Такие дети испытывают значительные трудности в школьном обучении и приспособлении к социуму. Им свойственна неуверенность в себе, заниженная самооценка, фобии, приводящие к формированию оппозиционного и агрессивного поведения, школьной дизадаптции [10].

В младшем школьном возрасте у детей появляются качественно новые психологические новообразования, в том числе происходит перестройка иерархической мотивационной системы [6]. Возникают новые социальные установки и мотивы, связанные с чувством долга и ответственности, с необходимостью получения образования. В качестве устойчивого личностного свойства формируется и закрепляется мотив достижения успеха. Учебная деятельность ребенка побуждается не одним, а целой системой разнообразных мотивов, которые переплетаются, дополняют друг друга, находятся в определенном соотношении между собой [10].

Несмотря на то, что успешное социальное функционирование и школьная адаптация младших школьников взаимосвязаны с особенностями их личности и мотивации, данные психологические характеристики у детей с ММД и СДВГ изучены недостаточно. Это обусловливает актуальность и цель настоящего исследования — изучение свойств личности и системы учебных мотивов у детей 9–11 лет с верифицированным неврологическим диагнозом «ММД, СДВГ».

Исследование проведено в 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 дизадаптации). 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 [5] и предназначена для выявления детей группы риска школьной и социальной дизадаптации с симптомами невнимательности и импульсивности (F-90).

Для исследования свойств личности и учебных мотивов использовались адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника Р. Кеттелла Э. М. Александровской и И. Н. Гильяшевой [1] и методика «Мотивация учения» в модификации А. Д. Виноградовой, Н. Л. Коноваловой, С. Т. Посоховой, И. А. Михаленковой, А. А. Хилько, Л. М.Шипицыной [2].

Статистический анализ результатов проводился 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.

С помощью детского вопросника Р. Кеттелла у детей сравниваемых групп были выделены совокупности личностных черт (факторов), которые представлены в виде усредненных личностных профилей на рис. 1.

Рисунок показывает, что детей группы ММД-СДВГ отличают неуверенность в себе (C–), возбудимость (D+), склонность к риску (F+), тревожность (O+), напряженность (Q4+). Детей группы риска можно охарактеризовать как открытых (A+), неуверенных в себе (C–), имеющих высокую степень сформированности интеллектуальных функций (B+), возбудимых (D+), уступчивых (E–), тревожных (O+), имеющих низкий самоконтроль (Q3–), напряженных (Q4+). Для детей контрольной группы характерны неуверенность в себе (C–), возбудимость (D+), уступчивость (E–), склонность к риску (F+), тревожность (O+), низкий самоконтроль (Q3–), напряженность (Q4+).

Испытуемых всех групп отличают следующие сходные свойства: неуверенность в себе (C–), реактивность (D+), тревожность (O+), напряженность (Q4+), что можно рассматривать как возрастные особенности.

Личностные профили испытуемых в группах исследования

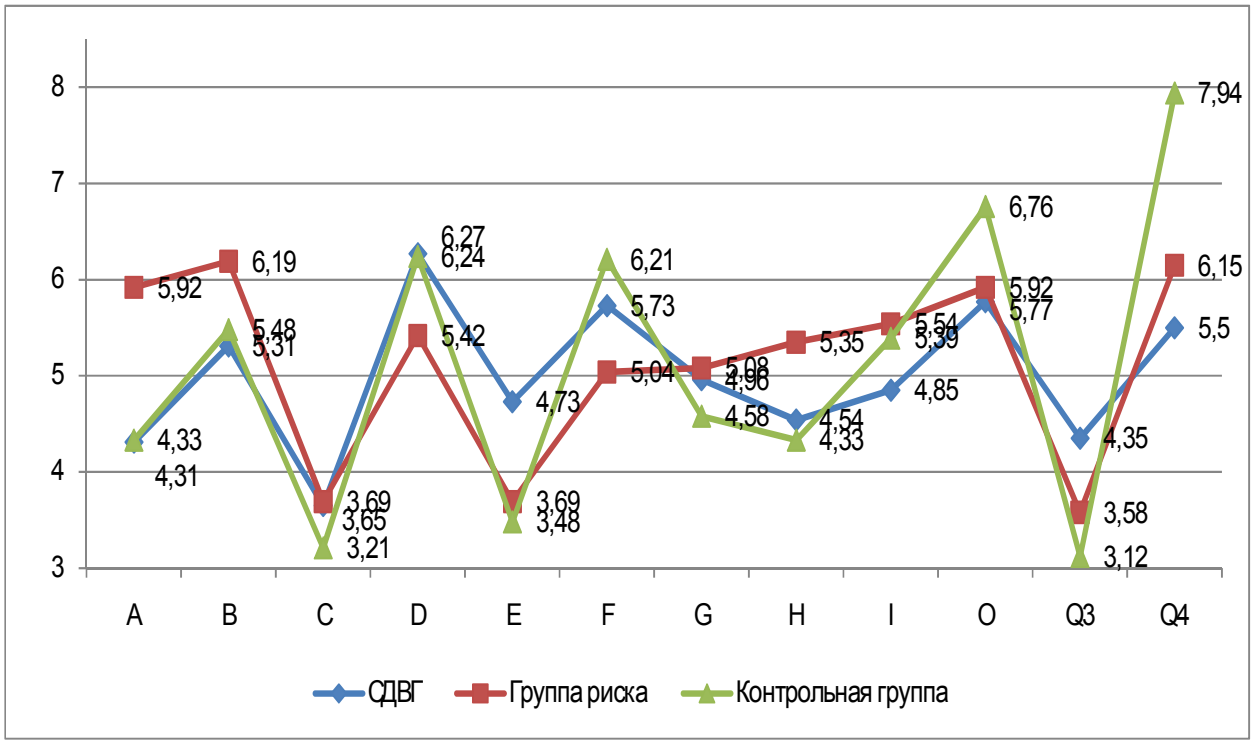

Рис. 1

На основе статистического анализа установлены значимые различия между тремя группами детей по факторам A, B, E, O, Q3, Q4. Школьники с ММД-СДВГ по сравнению с детьми группы риска более замкнуты (A при $p < 0,041$), имеют более низкую степень сформированности интеллектуальных функций (B при $p < 0,006$) и менее послушны (E при $p < 0,008$).

По сравнению с контрольной группой школьники группы ММД-СДВГ менее послушны (E при $p<0,015$), менее тревожны (O при $p < 0,048$). Дети контрольной группы по сравнению с ними имеют более низкий самоконтроль (Q3 при $p < 0,002$) и более напряжены (Q4 при $p < 0,000$).

Младшие школьники группы риска по сравнению с контрольной проявляют более высокую степень сформированности интеллектуальных функций (B при $p < 0,041$) и меньшую напряженность (Q4 при $p < 0,004$).

Сравнение показало, что есть личностные свойства, отличающие каждую из сравниваемых групп от двух других: школьники группы ММД-СДВГ менее послушны (E–), чем школьники группы риска и контрольной. У детей группы риска большая степень сформированности интеллектуальных функций (B+), чем в двух других. У детей контрольной группы — наибольшая степень напряженности, раздражительности, фрустрированности (Q4+).

С помощью дисперсионного анализа определено влияние фактора «диагноз» на степень сформированности интеллектуальных функций (B знач. 0,002), самоконтроль (Q3 знач. 0,001), напряжение (Q4 знач. 0,000). Это означает, что наличие верифицированного диагноза «ММД, СДВГ» влияет на то, что у ребенка — низкая степень сформированности интеллектуальных функций, а отсутствие такого диагноза влияет на то, что у ребенка — низкий самоконтроль и высокое напряжение.

На рис. 2 изображены средние значения выраженности мотивов учебной деятельности у младших школьников сравниваемых групп.

Выявлено, что во всех группах сравнения мотивация учебной деятельности неустойчивая. Группы сравнения различаются по ведущим мотивам: у детей с ММД-СДВГ преобладает отрицание мотива, в группах риска и в контрольной — социальный мотив. Несмотря на то, что в целом мотивационная структура учебной деятельности у детей группы ММД-СДВГ более выражена, в ней преобладают мотивы неэффективные — отрицание мотива и игровой мотив.

Статистический анализ обнаружил достоверные различия мотивации учебной деятельности в трех группах сравнения. У детей с ММД-СДВГ по сравнению с группой риска больше выражены внешняя и игровая мотивации учебной деятельности, мотивы взрослости и успеха, отрицание мотива (при $p < 0,000$); по сравнению с контрольной группой — внешняя и игровая мотивации, мотивы взрослости и успеха, отрицание мотива (при $p < 0,002$). У детей группы риска по сравнению с контрольной группой менее выражены внешняя мотивация к учебе ($p < 0,046$) и мотив взрослости ($p < 0,048$).

Дисперсионный анализ показал, что диагноз «ММД, СДВГ» оказывает влияние на структуру мотивации учебной деятельности. Наличие у ребенка такого диагноза определяет то, что в структуре его учебной мотивации преобладают мотивы внешний, игровой и мотив взрослости.

Корреляционный анализ обнаружил следующие взаимосвязи мотивов учебной деятельности и личностных свойств детей.

В группе ММД-СДВГ мотивы учебной деятельности взаимосвязаны только с одним личностным фактором — D (сдержанность — возбудимость), что подтверждает незрелость личности данных школьников, неустойчивость и случайный выбор мотивов. Чем более возбудимы, реактивны, нетерпеливы дети, тем более выражены у них внешний ($r = 0,403^*$), игровой ($r = 0,518^{**}$), социальный мотив ($r = 0,425^*$), мотив взрослости ($r = 0,497^{**}$) и отрицание мотива ($r = 0, 428^*$).

Средние значения выраженности мотивов учебной деятельности в баллах в группах исследования

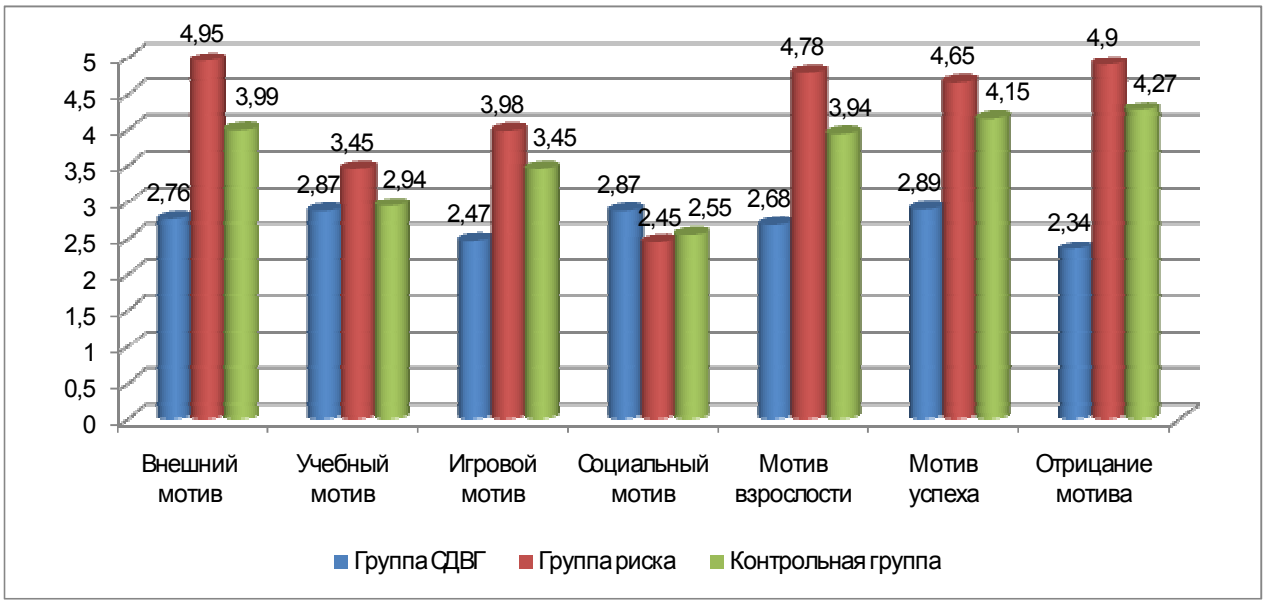

Рис. 2

Диагностические значения выраженности и устойчивости мотивов (в баллах): 0–1 балл — мотив не выражен; 2 балла — слабо выражен, неустойчивый; 3 балла — выражен, неустойчивый; 4–5 баллов — сильно выражен, устойчивый

В «группе риска» взаимосвязи мотивации учебной деятельности выявлены со значительно большим числом личностных свойств и уже имеют дифференцированный характер. Так, чем более открыты и доброжелательны дети с симптомами невнимательности и импульсивности (A+), тем более у них выражен мотив взрослости (r = 0,367*). Чем более доминантны, независимы и напористы (E+), тем более их учебу отличает социальный мотив (r = 0,350*). Чем выше у данных школьников тревожность (O+), тем меньше для них характерны внешний (r = – 0,319*), игровой мотив (r = – 0, 440**) и тем более им свойственно отрицание мотива (r = 0,532**). Отрицание мотива учебной деятельности также прямо взаимосвязано с замкнутостью (A–) (r = 0,316*), осторожностью (F–) (r = 0,359*), с робостью (H–) (r = 0,373*) детей. Высокий самоконтроль (Q3+) отрицательно взаимосвязан с учебным мотивом (r = –0,376*). С социальной смелостью и решительностью (H+) прямо взаимосвязан игровой мотив (r = 0,507*) и обратно взаимосвязан мотив успеха (r = –0,426**).

Взаимосвязи личностных особенностей с особенностями мотивационной сферы детей контрольной группы проявились в следующем. Добросовестность и ответственность (G+) у этих школьников обратно взаимосвязана с внешним мотивом (r = –0, 390*), с мотивом успеха (r = –100, 372*), с отрицанием мотива (r = –0, 389*) и прямо взаимосвязана с мотивом взрослости (r = 0, 393*). Высокая степень сформированности интеллектуальных функций (B+) положительно взаимосвязана с социальным мотивом (r = 0, 350*) и отрицательно взаимосвязана с учебным (r = –0, 394*). Возбудимость и реактивность (D+) прямо взаимосвязана с социальным мотивом (r = 0,350*).

Полученные данные свидетельствуют о наличии определенных личностных и мотивационных проблем не только у школьников с ММД-СДВГ, но также у детей группы

риска и контрольной. С учетом этого результаты исследования должны быть использованы при организации дифференцированного психолого-педагогического медико-социального сопровождения трех групп учащихся с целью психологической коррекции их личности и формирования адекватной мотивационной структуры учебной деятельности. Организация помощи предполагает комплексный мультимодальный подход и требует разработки адекватных моделей [4; 7; 9; 10; 11; 12].

На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы.

1. Учащихся всех групп отличают сходные свойства личности, которые можно рассматривать как их возрастные особенности: неуверенность в себе, реактивность, нетерпеливость, тревожность, напряженность.

2. Младшие школьники с ММД-СДВГ по сравнению с детьми группы риска более замкнуты, имеют меньшую степень сформированности интеллектуальных функций, менее послушны. По сравнению с контрольной группой эти дети менее послушны, менее тревожны и напряжены, лучше себя контролируют. По сравнению с контрольной группой младшие школьники группы риска имеют более высокую степень сформированности интеллектуальных функций и менее напряжены.

3. Определены свойства личности, достоверно отличающие каждую из сравниваемых групп детей от двух других, которые можно рассматривать как маркер принадлежности ребенка к определенной группе. Школьники группы ММД-СДВГ менее послушны, зависимы, уступчивы, подчиняемы, чем школьники «группы риска» и контрольной группы (фактор Е). У детей «группы риска» — самая высокая степень сформированности интеллектуальных функций (фактор В). Дети из контрольной группы в наибольшей степени напряжены, раздражительны, фрустрированны (фактор Q4).

4. Доказано, что наличие верифицированного диагноза «ММД, СДВГ» определяет низкую степень сформированности интеллектуальных функций, а отсутствие такого диагноза — низкий самоконтроль и высокую напряженность, раздражительность, фрустрированность ребенка.

5. У всех групп школьников мотивация учебной деятельности неустойчивая. Однако если в ее структуре у детей с ММД-СДВГ определены все возможные мотивы при отсутствии доминирующих, то у детей групп сравнения уже определяются ведущие — социальный и учебный мотивы.

У детей с ММД-СДВГ достоверно больше, чем в группах сравнения, выражены неэффективные внешний, игровой мотивы, отрицание мотива, а также мотивы взрослости и успеха. Доказано, что наличие у ребенка верифицированного диагноза «ММД, СДВГ» влияет на то, что в структуре его учебной мотивации преобладают мотивы внешний, игровой и мотив взрослости.

В группе ММД-СДВГ мотивы учебной деятельности взаимосвязаны только с одним личностным фактором, что говорит о незрелости мотивационной структуры данных школьников и случайном выборе мотивов. У детей групп сравнения взаимосвязи мотивации определены со значительно большим числом личностных свойств и уже имеют дифференцированный, хотя и противоречивый характер.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника Р. Кеттелла: Метод. реком. / Сост. Э. М. Александровская, И. Н. Гильяшева. Л.: НИИ им. В.М. Бехтерева, 1985. 33 с.

2. Виноградова А. Д., Коновалова Н. Л., Михаленкова И. А., Посохова С. Т., Хилько А. А., Шипицына Л. М. Психолого-педагогическая диагностика отклонений развития детей младшего школьного возраста: Методическое пособие. СПб., 1995. 65 с.

3. *Выготский Л. С.* Собрание сочинений: В 6 т. М.: Педагогика, 1984. Т. 4, 6.
4. *Заваденко Н. Н.* Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: Академия, 2005. 256 с.
5. *Зыков В. П., Ширеторова Д. Ч., Чучин М. Ю., Шадрин В. Н., Науменко Л. Л., Комарова И. Б.* Лечение заболеваний нервной системы у детей. М.: Триада-Х, 2003. 288 с.
6. *Ильин Е. П.* Мотивация и мотивы. СПб.: Питер, 2003. 512 с.
7. Лохов М. И., Фесенко Ю. А., Рубин М. Ю. Плохой хороший ребенок. (Проблемы развития, нарушения поведения, внимания, письма и речи). СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005. 320 с.
8. *Сиротюк А. Л.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. М.: ТЦ Сфера, 2008. 128 с.
9. *Цыганкова Н. И.* Психологическое сопровождение развития и социального функционирования младших школьников с минимальной мозговой дисфункцией: Матер. XV научно-практической конференции (с международным участием) «Служба практической психологии в системе образования» / Под общ. ред. С. М. Шингаева. СПб.: СПбАППО, 2011. С. 278-283.
10. *Чутко Л. С., Пальчик А. Б., Кропотов Ю. Д.* Синдром нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков. СПб: Издательский дом СПб МАПО, 2004. 112 с.
11. *Шарапановская Е. В.* Воспитание и обучение детей с ММД и ПОШП. М.: ТЦ Сфера, 2005. 96 с.
12. *Barkley R. A.* ADHD and the nature of self-control. New York, 1997.

REFERENCES

1. Adaptirovannyj modificirovannyj variant detskogo lichnostnogo voprosnika R. Kettella: Metod. rekom / Sost. J. M. Aleksandrovskaja, I. N. Gil'jasheva. L.: NII im. V. M. Behtereva, 1985. 33 s.
2. *Vinogradova A. D., Konovalova N. L., Mihalenkova I. A., Posohova S. T., Hil'ko A. A., Syipicina L. M.* Psihologo-pedagogicheskaja diagnostika otklonenij razvitija detej mladshego shkol'nogo vozrasta: Metodicheskoe posobie. SPb., 1995. 65 s.
3. *Vygotskij L. S.* Sobranie sochinenij: V 6 t. M.: Pedagogika, 1984.T. 4, 6.
4. *Zavadenko N. N.* Giperaktivnost' i deficit vnimanija v detskom vozraste. M.: Akademija, 2005. 256 s.
5. *Zykov V. P., Shiretorova D. Ch., Chuchin M. Ju., Shadrin V. N., Naumenko L. L., Komarova I. B.* Lechenie zabolevanij nervnoj sistemy u detej. M.: Triada-H, 2003. 288 s.
6. *Il'in E. P.* Motivacija i motivy. SPb.: Piter, 2003. 512 s.
7. *Lohov M. I., Fesenko Ju. A., Rubin M. Ju.* Plohoj horoshij rebenok. (Problemy razvitija, narushenija povedenija, vnimanija, pis'ma i rechi). 2-e izd. SPb.: ELBI-SPb, 2005. 320 s.
8. *Sirotjuk A. L.* Sindrom defitsita vnimanija s giperaktivnost'ju. Diagnostika, korrekcija i prakticheskie rekomendacii roditeljam i pedagogam. M.: TC Sfera, 2008. 128 s.
9. *Tsygankova N. I.* Psihologicheskoe soprovozhdenie razvitija i sotsial'nogo funktsionirovanija mladshih shkol'nikov s minimal'noj mozgovoj disfunktsiej: Mater. XV nauchno-praktich. konferentsii (s mezhdunarodnym uchastiem) «Sluzhba prakticheskoj psihologii v sisteme obrazovanija» / Pod obshch. red. S. M. Shingaeva.SPb.: SPbAPPO, 2011. S. 278–283.
10. *Chutko L. S., Pal'chik A. B., Kropotov Ju. D.* Sindrom narushenija vnimanija s giperaktivnost'ju u detej i podrostkov. SPb: Izdatel'skij dom SPb MAPO, 2004. 112 s.
11. *Sharapanovskaja E. V.* Vospitanie i obuchenie detej s MMD i POShP. M.: TC Sfera, 2005. 96 s.
12. *Barkley R. A.* ADHD and the nature of self-control. New York, 1997.

О. А. Елисеева

СТРУКТУРА СУБЪЕКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПОДРОСТКОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ С НИЗКИМ УРОВНЕМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Рассматриваются особенности структуры субъективного благополучия подростков и характер изменения структуры в зависимости от уровня психологической безопасности образовательной среды школы. Проведенный анализ подтвердил гипотезу о негативном влиянии низкого уровня психологической безопасности образовательной среды на субъ-