

Казахский национальный университет имени аль-Фараби

УДК 364.4-053.5

На правах рукописи

МУСТАФИНА АЙГУЛЬ СЕРГЕЕВНА

**Социальное отвержение детей с синдромом дефицита внимания и
гиперактивности в школьной системе**

6D090500 - Социальная работа

Диссертация на соискание степени
доктора философии (PhD)

Научные консультанты:
Амитов Султанкожа
Абдукадырович,
кандидат социологических наук,
старший преподаватель, КазНУ
им. аль-Фараби

Joyce Lai-Chong Ma, PhD,
professor,
Department of Social Work,
The Chinese University of Hong
Kong

Республика Казахстан
Алматы, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	3
ОПРЕДЕЛЕНИЯ	4
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	5
ВВЕДЕНИЕ	6
1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОТВЕРЖЕНИЯ ДЕТЕЙ С СДВГ В ШКОЛЕ	18
1.1 Симптомы, диагностика и лечение СДВГ.....	18
1.2 Социальное отвержение детей с СДВГ в школе: причины, формы, последствия и контекстные условия.....	21
1.3 Подход, основанный на сильных сторонах, в понимании и улучшении социального функционирования детей с СДВГ.....	33
1.4 Анализ предшествующих исследований факторов социального отвержения детей с СДВГ	39
1.4.1 Влияние факторов риска социального отвержения	39
1.4.2 Влияние факторов защиты от социального отвержения	51
2 МЕТОДОЛОГИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	65
2.1 Модели влияния факторов и статистические гипотезы.....	65
2.2 Дизайн, этические вопросы, выборка и методы эмпирического исследования.....	73
2.3 Результаты пилотного эмпирического исследования	87
2.4 Результаты основного эмпирического исследования	94
2.4.1 Психометрические свойства измерительных инструментов	94
2.4.2 Описательные характеристики, сравнение и корреляция переменных	97
2.4.3 Тестирование моделей влияния факторов риска и защиты	110
3 ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ, ВКЛАДА И ОГРАНИЧЕНИЙ ИССЛЕДОВАНИЯ	123
3.1 Анализ основных результатов эмпирического исследования	123
3.2 Перспективы государственной политики поддержки детей с СДВГ в школе	126
3.3 Перспективы практики социальной работы по предупреждению и снижению социального отвержения детей с СДВГ	128
3.4 Сильные стороны и ограничения исследования, перспективы будущих направлений	133
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	136
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	139
ПРИЛОЖЕНИЯ А – Материалы этических аспектов исследования	156
ПРИЛОЖЕНИЯ Б – План психообразовательной беседы	161
ПРИЛОЖЕНИЯ В – Инструменты измерения	162
ПРИЛОЖЕНИЯ Г – Результаты пилотного исследования	182
ПРИЛОЖЕНИЕ Д – Результаты основного исследования	184

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие нормативные документы:

1. Стратегический план Министерства образования и науки Республики Казахстан на 2020-2024 годы.

2. Клинический протокол диагностики и лечения гиперкинетических расстройств. Республиканский центр развития здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 октября 2015 года Протокол № 14.

3. Клинический протокол «Гиперкинетическое расстройство поведения». Приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 239.

4. Закон Республики Казахстан «Об образовании» от 27 июля 2007 года № 319-III.

5. Закон Республики Казахстан «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями» от 11 июля 2002 года N 343.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяются следующие термины с соответствующими определениями:

Синдром дефицита внимание и гиперактивности – гиперкинетическое расстройство, характеризующееся ранним началом (обычно в первые пять лет жизни) и следующими клиническими симптомами: нарушение внимания, гиперактивность и импульсивность.

Социальное отвержение – это негативное отношение и поведение группы относительно отдельного индивида, проявляющиеся в разных формах; от пассивного игнорирования до вербальной и физической агрессии.

Подход, основанный на сильных сторонах, - подход в исследовании и практике социальной работы, предполагающий понимание и стимулирование сильных сторон индивида и ресурсов окружающей среды.

Факторы риска – факторы, повышающие вероятность возникновения тех или иных негативных результатов, проблем, расстройств.

Факторы защиты – факторы, снижающие вероятность возникновения тех или иных негативных результатов, проблем, расстройств.

Компенсаторный защитный эффект – защитный механизм, который напрямую редуцирует проблему или расстройство, не влияя на факторы риска.

Модерирующий защитный эффект – защитный механизм, который изменяет силу связи между фактором риска и проблемой или расстройством.

Эмоционально-поведенческие трудности – широкий спектр нарушений в эмоциональной и поведенческой сферах детей, которые могут проявляться в эмоциональной дисрегуляции, тревожности, нарушении общественных норм и правил, вербальной и физической агрессии.

Родительское отвержение – физически и психологически ранящее поведение родителей по отношению к детям.

Родительское принятие – тепло и привязанность, испытываемые родителями в отношении детей в форме одобрения, выражения нежности и поддержки.

Конфликтные отношения «учитель-ученик» – взаимоотношения учителя и ученика, характеризующиеся частными конфликтами, когда учитель борется с ребенком, приписывает ему негативные черты характера.

Просоциальное поведение – добровольное и преднамеренное поведение, приносящее пользу другим.

Внеурочная активность – участие детей в различных видах деятельности (структурированной или неструктурированной, групповой или индивидуальной) вне процесса обучения.

Диадические дружеские отношения – качество диадических отношений, основанных на привязанности и взаимности.

Социальная поддержка – поддерживающее поведение представителей социальной сети, которое улучшает функционирование индивида или помогает ему справиться с неблагоприятными жизненными обстоятельствами.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

СДВГ	– Синдром дефицита внимания и гиперактивности
ККСОН	– Комитет по обеспечению качества в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан
КазНУ им. аль-Фараби	– Казахский национальный университет имени аль-Фараби
МКБ-10	– Международная классификация болезней 10-го пересмотра
DSM-5	– Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го пересмотра
СНГ	– Содружество Независимых Государств
ПМПК	– Психолого-медико-педагогическая консультация

ВВЕДЕНИЕ

Общая характеристика работы.

Диссертация отражает результаты исследования социального отвержения детей с СДВГ в школах города Алматы. В исследовании были изучены факторы риска социального отвержения и факторы защиты, компенсирующие и редуцирующие их негативное влияние. Для оценки факторов использовались количественные методы и применен поперечный дизайн исследования. Участниками исследования были учителя, одноклассники и родители детей с СДВГ и их типично развивающихся сверстников. В исследовании впервые одновременно изучены факторы риска и факторы защиты, относящиеся к трём уровням: индивидуальному, семейному и социальному. В диссертации обсуждается вклад исследования в практику социальной работы с детьми с СДВГ и их родителями, а также перспективы государственной политики, направленной на поддержку детей с данным расстройством в казахстанских школах.

Актуальность темы исследования.

СДВГ является гиперкинетическим расстройством, характеризующимся ранним началом (обычно в первые пять лет жизни) [1]. Его средняя общемировая распространенность среди детей составляет 5% [2]. Клиническими симптомами СДВГ являются невнимательность, гиперактивность и импульсивность [1, с.382; 2, р.31]. Данные симптомы приводят к многочисленным проблемам в адаптации и развитии детей; наличие СДВГ у ребенка связано с риском девиантного и делинквентного поведения, тревожности, депрессии, употребления алкогольных и наркотических веществ [3; 4; 5].

Широко описаны школьные проблемы, с которыми сталкиваются дети с СДВГ – это академические трудности, нарушение школьных правил, конфликтные отношения с учителями и т.д. [6; 7; 8; 9]. Одной из проблем, которая связана с широким спектром негативных последствий, является социальное отвержение детей с СДВГ в группе сверстников [10; 11]. В зарубежных исследованиях доказано, что дети с СДВГ почти в четыре раза чаще испытывают социальное отвержение, чем их типично развивающиеся сверстники [12; 13; 14; 15]. Причиной этому является влияние симптомов СДВГ [16] и сопутствующих нарушений в эмоциональной и поведенческой сферах [17; 18]. Это влияние настолько сильное, что отвержение детей с СДВГ возникает даже при коротком общении с ранее незнакомыми сверстниками [19; 14, р.782], сохраняется при переходе из младшего школьного возраста в подростковый [20] и после мультимодальной терапии [13, р.74].

Разные формы социального отвержения, от пассивного игнорирования до физической агрессии со стороны сверстников [21], разрушает фундаментальную потребность детей в позитивных и прочных межличностных отношениях [22] и формируют «синдром отвержения», который нарушает их благополучное развитие [23; 24; 25]. Наличие у ребенка СДВГ связано с рисками проблем в поведении и адаптации, а присоединение социального отвержения еще больше

увеличивает их вероятность. Выявлено, что дети с СДВГ, испытывающие социальное отвержение, имели более высокий уровень академической неуспеваемости, более высокий уровень эмоциональных и поведенческих проблем, большую склонность к правонарушениям и курению в сравнении с детьми с СДВГ, которые его избежали [10, p.1023; 11, p.838].

Отвержение со стороны сверстников появляется практически с начала обучения детей с СДВГ в школе [12, p.421], поэтому школьным специалистам необходимо обратить внимание на социальное положение ребенка в классе как можно скорее. Интервенции в начальной школе могут помочь предотвратить эмоциональные и поведенческие проблемы, которые присоединяются к СДВГ в подростковом возрасте [2, p.63]. Основой для эффективных ранних вмешательств являются знания о факторах, повышающих риск отвержения, и факторах, помогающих его снизить.

Несмотря на распространенность и значительные негативные последствия социального отвержения детей с СДВГ, в Казахстане до настоящего времени не проводились исследования, направленные на изучение данного процесса и его факторов. Отсутствие подобных исследований ограничивает разработку и внедрение мер социальной поддержки детей с СДВГ в школьной системе Казахстана. В то время как, создание безопасной среды обучения, свободной от стигматизации, дискриминации и насилия, определено одной из главных приоритетных задач развития системы школьного образования в Казахстане на ближайшие годы [26]. Миссия социальной работы в образовании – это предоставление возможностей и ресурсов детям для их социального благополучия [27], при этом в социальной работе с детьми с СДВГ и их семьями должна быть выстроена комплексная модель [28]. Эмпирические знания о факторах риска и факторах защиты от социального отвержения детей с СДВГ в казахстанском контексте помогут практикам социальной работы определить направления интервенций.

Степень разработанности проблемы.

Социометрическая теория J.L. Moreno (1934) впервые рассматривает феномен «отвержение» применительно к характеристике межличностных отношений в группе. Ключевым положением этой теории являлось утверждение о том, что между членами группы возникают эмоциональные перекрестные потоки, а именно притяжения и антипатия. Эти две силы в его социометрическом методе были концептуализированы как принятие и отвержение [29, p.428]. Теория и метод J.L. Moreno повысили интерес ученых к изучению отношений детей со сверстниками в социальных группах, индивидуальных характеристик и поведения, определяющих социальное положение детей в группе [30, p.44].

В 80-ых годах 20 века вклад в изучение особенностей и динамики межличностных отношений в группе сверстников внесли работы зарубежных и советских ученых: K.L. Bierman (1987) [31], J.G. Parker и S.R. Asher (1987) [32], W. Bukowski и A.F. Newcomb (1984) [33] K.N. Rubin, T. Daniels-Beirness и L. Bream (1984) [34], S.R. Asher и K.A. Dodge [35], J.Coie и K.A. Dodge [36], A.B. Петровский (1978) [37], Г.М. Андреева (1980) [38], В.С. Агеев (1983) [39], Я.Л.

Коломинский (1984) [40], Н.П. Аникеева (1989) [41] и др. Однако, в этих работах прослеживаются определенные различия в подходах исследований, которые усилились в конце 90-ых и начале 2000-ых годов. Советские ученые, как правило, фокусировались в целом на вопросах взаимоотношений в социальных группах, социального статуса и групповой динамики, а зарубежные исследователи дополнительно изучали отдельно взятые аспекты отношений детей в группе сверстников, такие как принятие, популярность, дружба, отвержение, игнорирование и т.д. (S.R. Asher и J.D. Coie [42], J.D. Coie и A.H.N. Cillessen [43], K.L. Bierman [44], K.H. Rubin, W.M. Bukowski и L.T. Bowker [45], A.F. Newcomb, W.M. Bukowski L. Pattee [46] и др.).

Отдельный фокус зарубежных исследователей на социальное отвержение как феномен позволил сформировать систему теоретических и эмпирических знаний относительно причин его возникновения, форм, устойчивости и последствий. Вклад в понимание социального отвержения как группового процесса внесли J.D. Coie и A.H.N. Cillessen (1993) [43, p.90-91], K.L. Bierman (2004) [44, p.39-41]. K.H. Rubin, W.M. Bukowski и L.T. Bowker (2015) сопоставили социальное принятие и социальное отвержение, выделили отличия социального отвержения от виктимизации, остракизма и исключения [45, p.197-198]. S.R. Asher, A.J. Rose S.W. Gabriel (2001) предложили таксономию видов социального отвержения [21, p.107-108]. Вклад в понимание индивидуальных характеристик и поведения детей, вызывающих социальное отвержение со стороны сверстников, внесли работы Coie G.D. и Dodge K. A. (1983) [36, p.279-280], K.L. Bierman (2004) [44, p.17], D.J. McDowell, D. Ross и R.D. Parke (2009) [47, p.230-231] и др. J.C. Wright, M. Giammarino и H.W. Parad (1986) актуализировали роль характеристик группы в формировании социального отвержения и предложили модель отвержения, основанную на нормах [48, p.524]. J. Juvonen и E.F. Gross (2011), используя данную модель, определили последовательно запускающиеся процессы на уровне группы и индивида, которые приводят не только к возникновению, но и к устойчивости социального отвержения [49, p.160].

Социальное отвержение детей с СДВГ начало активно изучаться за рубежом последние два десятилетия. В. Ноза и её коллеги (2005) впервые оценили и сравнили распространенность социального отвержения среди детей с СДВГ и их типично развивающихся сверстников [12, p.411]. Позже, уязвимость этих детей к отвержению была подтверждена в зарубежных исследованиях западной [14, p.784; 15, с.20] и восточной [50, p.177] культуры. Эти эмпирические знания актуализировали исследования причин столь сильной уязвимости детей с данным расстройством к социальному отвержению. Выявлена двунаправленная причинно-следственная связь социального отвержения и социальных навыков [51, p.193; 52, p.785]. Рассмотрены особенности социального отвержения детей с СДВГ в группе с ранее неизвестными сверстниками [19, p.833]. Подтверждена модель взаимосвязи двух систем отношений: «родитель-ребенок» и «ребенок-сверстники» [53, p.730-732]. Активно продвигается и используется в исследованиях концепция социального контекста отвержения детей с СДВГ,

предполагающая влияние группы и учителя [54]. В лонгитюдных исследованиях получены доказательства негативных последствий отвержения [11, p.825, 10, p.1013]. В последнее время активно идет поиск эффективных методов интервенций, направленных на улучшение социального положения детей с СДВГ в группе сверстников [54, p.34-35].

Важным в понимании социального отвержения детей с СДВГ является расширение знаний о расстройстве и его влиянии на поведение и адаптацию детей. Особый вклад внесли работы исследователей дальнего зарубежья: R.A. Barkley (2006) [55], E. Taylor (2013) [56], G.J. DuPaul и S.R. Jimerson (2014) [6, p.380-382]; стран СНГ: Т.В. Корниловой, Е.Л. Григоренко и С.Д. Смирнова (2017) [4, с.321-328], Т.А. Емельянцева (2013) [57], Н.Н. Заваденко (2019) [8, с.31-38], О.И. Романчук (2020) [9, с.30-39] и Казахстана: С.Р. Алипбаевой и С.Б. Бекболатовой (2013) [58], Ф.С. Ташимовой (2017) [59].

Для построения эффективных интервенций необходимы знания о факторах, которые могут повышать или снижают вероятность социального отвержения детей с СДВГ. В зарубежных исследованиях предпринимаются попытки расширить эти знания с начала 2000-ых годов. Ведущими исследователями являются: B. Hoza, A.Y. Mikami, J. Lorenzi, S.P. Hinshaw, D. Erhardt, A. Jack, B.F. Andare, R. Tannock, S. Mrug, A.R. Ray, S.P. Becker, S. Diamantopoulou, S.W. Evans, A.M. Rudell, J.M. Langberg, S.L. Cardoos, S.P. Becker, E.A. Hurt, R.W. Green, L.B. Thorell, A. Gerdes, Y. Kawabata, W.L. Tseng, N.M. Kaiser, D. Murray-Close и др.

В настоящее время сформировалось три основные тенденции. Первая тенденция, в попытке объяснить причины возникновения социального отвержения детей с СДВГ большинство исследователей фокусируются на факторах, которые лежат в пределах самого ребенка [60, p.359; 13, p.77; 18, p.7] и упускают контекстные факторы риска. Данный подход усиливает стигматизацию детей с СДВГ и ограничивает эффективность программ профилактики и вмешательств [54, p.31-32]. Вторая тенденция, преобладает дефицито-ориентированный подход; большинство исследований фокусируется на дефицитах, проблемах и факторах риска, которые могут объяснить социальное отвержение детей с СДВГ [61, p.296]. Хотя, социальное отвержение, как и другие результаты развития и адаптации детей, является последствием нарушения баланса факторов риска и защиты, которые являются естественным условием жизни ребенка [62, p.99]. Изучение защитных механизмов, наравне с факторами риска, может повысить понимание социального отвержения детей с СДВГ [63, p.131] и эффективность социальной работы с этими детьми и их семьей [64, p.7]. Третья тенденция, несмотря на незначительный сдвиг в сторону изучения защитных механизмов и сильных сторон детей с СДВГ, происходящий в последнее десятилетие, большинство исследований, направлено на изучение факторов защиты только одного уровня, лежащих в пределах либо поведения и особенностей самого ребенка, либо семьи, либо сверстников. Хотя защитные механизмы, также как факторы риска, могут возникать одновременно на трех уровнях: индивидуальном, семейном и внесемейном (социальном) уровнях [63, p.134].

Таким образом, для понимания процесса социального отвержения детей с СДВГ необходимо изучение факторов риска и факторов защиты, находящихся на индивидуальном, семейном и социальном уровне. Фокус на факторах трех уровней поможет рассмотреть проблему социального отвержения детей СДВГ в более широком контексте, даст информацию о том, какие возможности и ресурсы нужно предоставить детям, чтобы помочь им сохранить социальное благополучие в школе.

В настоящий момент, широко изучены факторы риска на индивидуальном уровне; доказано влияние симптомов СДВГ, эмоционально-поведенческих проблем [16, р.318; 18, р.7-8] и академических трудностей [65, р.353] на социальное отвержение детей с СДВГ. Получены доказательства влияния факторов семейного уровня; негативные отношения с родителями выступают значимым фактором, прогнозирующим отвержение сверстниками детей с СДВГ [53, р.733]. Отношения между учеником и учителем являются частью социального контекста отвержения детей с СДВГ в группе сверстников [54, р.32]. Несмотря на то, что у детей с СДВГ значительно нарушаются данные отношения [7, с.279] и в общей школьной выборке доказано, что отношения «учитель-ученик» проспективно прогнозируют социальный статус ребенка [66, с.465], влияние отношений с учителем на социальное отвержение детей с СДВГ остается неизученным. Очевидно, что данные факторы, эмоциональные, поведенческие и академические трудности, конфликтные отношения «учитель-ученик» и родительское отвержение, способствуют социальному отвержению детей с СДВГ, однако, до настоящего времени ни в одном исследовании они не были оценены в одной прогностической модели.

Относительно факторов защиты, получены доказательства положительного влияния ряда защитных модифицируемых механизмов на социальное функционирование детей с СДВГ: просоциального поведения детей [16, р.324-325]; [67, р.388]; [60, р.366], активности ребенка в досуговой и внеурочной деятельности [68, р.883], родительского принятия и тепла [53, р.730-732]; [50, р.184] и дружеских диадических отношений [69, р.1035]; [70, р.142]. Однако, важно отметить, что факторы, а именно просоциальное поведение [60, р.366], дружба [69, р.1037-1038]; [70, р.142] и родительское принятие [53, р.730-732] были изучены во внешкольном контексте. В то время как основной средой является класс, в которой дети взаимодействуют со своими сверстниками, и отношения сверстников в классе являются более стабильными [44, р.17]. Остается неясным, окажут ли эти факторы такое же положительное влияние на отношения детей с СДВГ со сверстниками в школьной среде. Кроме того, вышеупомянутые защитные факторы были изучены в контексте рисков, связанных с симптомами СДВГ и эмоциональными и поведенческими проблемами. Иными словами, учитывались только индивидуальные факторы риска. Только в одном исследовании оценивались защитные факторы в контексте факторов риска, относящихся к двум уровням: индивидуальном и семейном [68, р.883]. Другим ограничением предшествующих исследований является отсутствие нормативной выборки сравнения, которая необходима для

полного тестирования защитного эффекта [63, р.135] и понимания проблем сверстников у детей с СДВГ [52, р.786]. Сравнение влияния факторов защиты не только среди детей с СДВГ, но и в группе типично развивающихся детей даст возможность получить более надежные доказательства.

Дети с СДВГ, также как их родители, нуждаются в особой социальной поддержки со стороны семьи и школы [6, р.380]. Доказано, что социальная поддержка школы помогает детям сохранить социальное принятие [71, р.712], даже несмотря на низкую успеваемость [72, р.309], а социальная поддержка семьи является необходимым для запуска защитного механизма – родительского принятия, помогающего детям сохранить социальное благополучие в группе сверстников [73, р.552]. Иными словами, социальная поддержка, получаемая от семьи и школы, может быть дополнительным защитным механизмом, который может предотвратить или снизить социальное отвержение детей с СДВГ в группе сверстников.

Таким образом, несмотря на то, что предпринимаются попытки изучить отдельные защитные факторы, отсутствуют исследования, которые изучали бы вышеперечисленные факторы индивидуального, семейного и социального уровней одновременно. Знание прогностической силы факторов риска и факторов защиты на разных уровнях в одной модели могут стать основой повышения эффективности интервенций.

В целом, актуальность настоящего исследования обусловлена пробелами эмпирических знаний и противоречиями между:

- 1) значительными негативными последствиями социального отвержения среди детей с СДВГ и отсутствием исследований в Казахстане;
- 2) потребностью в изучении контекстных семейных и социальных факторов риска социального отвержения детей с СДВГ и фокусом зарубежных исследований на рисках, связанных с трудностями самих детей;
- 3) значимостью защитных факторов, помогающих детям с СДВГ избежать социального отвержения, и преобладанием дефицито-ориентированного подхода в исследованиях;
- 4) преимуществом одновременного изучения защитных факторов трех уровней (индивидуального, семейного и социального) и преобладанием исследований, оценивающих защитные механизмы только в пределах одного или двух уровней.

Цель исследования: изучить влияние факторов риска социального отвержения детей с СДВГ и факторов защиты, компенсирующих и редуцирующих их негативное воздействие, для определения стратегий интервенций в практике социальной работы в школах.

Задачи:

1. проанализировать причины возникновения и устойчивости социального отвержения детей с СДВГ в школе;
2. изучить и обобщить предшествующие исследования влияния индивидуальных, семейных и социальных факторов риска и факторов защиты на социальное отвержение детей с СДВГ;

3. разработать и протестировать модели влияния факторов риска и факторов защиты на социальное отвержение с помощью эмпирического исследования в группах детей с СДВГ и их типично развивающихся сверстников;

4. определить направления и содержание практики социальной работы по предупреждению и снижению социального отвержения детей с СДВГ в школе.

Гипотезы исследования:

Общие гипотезы исследования состояли в предположении, что:

1. дети с СДВГ города Алматы испытывают более высокий уровень социального отвержения в группе, чем их типично развивающиеся сверстники;

2. дети с СДВГ города Алматы имеют более высокий уровень эмоционально-поведенческих проблем, конфликтных отношений с учителями, родительского отвержения и более низкий уровень академической успеваемости, просоциального поведения, внеурочной активности, родительского принятия и диадических дружеских отношений в группе, чем их типично развивающиеся сверстники;

3. факторы риска, а именно, (а) эмоционально-поведенческие трудности, (б) академическая успеваемость, (в) конфликтные отношения между учеником и учителем и (г) родительское отвержение прогнозируют социальное отвержение как детей с СДВГ, так и их типично развивающихся сверстников;

4. факторы защиты, а именно, (а) просоциальное поведение, (б) внеурочная деятельность, (в) родительское принятие и (г) диадические дружеские отношения компенсируют факторы риска и негативно прогнозируют социальное отвержение после контроля факторов риска, в обеих группах;

5. факторы защиты, а именно, (а) просоциальное поведение, (б) внеклассная деятельность, (в) родительское принятие и (г) диадические дружеские отношения снижают взаимосвязь факторов риска и социального отвержения в обеих группах;

6. дополнительные факторы защиты, а именно, (а) семейная и (б) школьная социальная поддержка компенсируют и снижают воздействие факторов риска на социальное отвержение детей с СДВГ.

Объект исследования: дети младшего школьного возраста с СДВГ.

Предмет исследования: социальное отвержение детей младшего школьного возраста с СДВГ в школе.

Методологическую и теоретическую основу исследования составили: социометрическая теория (J.L. Moreno); теоретические концепции социального отвержения (J. Coie, A. Cillessen); модель источников социометрической оценки (J.N. Hughes); экологическая модель развития (U. Bronfenbrenner); концепция подхода социальной работы, основанного на сильных сторонах (D. Saleebey, R. Gilligan); концепция факторов риска и факторов защиты (M. Fraser); теория межличностного принятия и отвержения (R. Rohner); трехкомпонентная модель взаимосвязи отношений родитель-сверстники (D. McDowell, R. Parke).

Методы и методики исследования:

Теоретические методы. Осуществлен теоретический анализ научной литературы, применены методы моделирования, сравнения, классификации, обобщения, синтеза, схематизации.

Эмпирические методы. Для измерения зависимой переменной использовалась стандартная социометрическая процедура (Coie, 1983). Для измерения независимых переменных использовались: 1) инструменты, адаптированные на русский язык в предыдущих исследованиях: опросник «Сильные стороны и трудности» (Strengths and Difficulties Questionnaire, Goodman, 1997), адаптированный Е.Р. Слободской, и опросник родительского принятия/отвержения (Parental Acceptance-Rejection Questionnaire, Rohner, 1984), адаптированный Бурменской Г.В.; 2) инструменты, переведенные и адаптированные в настоящем исследовании: Student-Teacher Relationship Scale – Short Form (Pianta, 1992) и Perceived Social Support Scale (Ma, 2017); 3) инструменты, разработанные автором диссертации: Шкала внеурочной активности и анкета для сбора социально-демографической информации.

Методы статистической обработки. Для анализа данных использовалась IBM Statistics SPSS 21. Описательный статистический анализ проводился путем вычисления среднего значения, стандартного отклонения и частоты распределения. Сравнение переменных в группе детей с СДВГ и группе детей типично развивающихся осуществлялось с помощью *t*-критерия для независимых выборок и критерия независимости χ^2 . Оценка различий зависимых и независимых переменных в зависимости от социально-демографических характеристик детей и родителей проведена с помощью однофакторного дисперсионного анализа ANOVA и *t*-критерия для независимых выборок. Корреляционный анализ Пирсона был применен для изучения взаимосвязи между социальным отвержением и независимыми переменными (факторами риска и факторами защиты). Для тестирования модели прогнозирования социального отвержения использовался пошаговый множественный линейный регрессионный анализ. Модели устойчивости к рискам были протестированы с помощью иерархического регрессионного линейного анализа, а также с помощью корреляционного анализа в отдельных группах с высоким и низким уровнем переменных защитных факторов.

Исследование проходило в несколько этапов:

I этап (январь 2018 – январь 2019 года) - теоретический, в процессе которого определялся концептуальный подход исследования. Выявлены потенциальные факторы риска и защиты в ходе обзора предшествующих исследований. Разработаны модели оценки влияния факторов на социальное отвержение. Подготовлены документы для прохождения экспертизы этических аспектов исследований и получено одобрение Локальным Этическим Комитетом КазНУ им. аль-Фараби. Проведено согласование с Управлением образования города Алматы процедуры рекрутирования участников и проведения исследования.

II этап (февраль – декабрь 2019 года) – эмпирический. Организовано рекрутирование участников исследования. Проведено пилотное исследование. Осуществлен сбор и обработка данных, формирование базы данных в рамках

основного эмпирического исследования. Проведен статистический анализ данных. Подготовлено графическое представление результатов.

III этап (январь – июль 2020 года) – интерпретационный. Проведено обобщение и осмысление эмпирических данных, их анализ и интерпретация, систематизация результатов исследования. Проведен анализ сильных сторон и ограничений исследования, его вклада в политику и практику социальной работы. Оформлена диссертация.

Общий период проведения диссертационного исследования – 2017-2020 гг.

Эмпирическая база исследования:

Настоящее исследование включало две группы. Первая группа - дети с клинически диагностированным СДВГ в возрасте от 7 до 12 лет (108 участников). Вторая – группа сравнения, включавшая их типично развивающихся сверстников класса того же возраста и пола (108 участников). Дети обучались в начальных классах государственных школ 8 районов города Алматы. В исследовании приняли участие одноклассники (2484 учащихся), учителя (108 участников) и родители (216 человек) детей первой и второй группы.

Научная новизна:

1. Получены эмпирические знания о социальном отвержении детей с СДВГ в казахстанских школах (на примере города Алматы); оценены статистические различия между детьми с СДВГ и типично развивающимися детьми.

2. Оценены статистические различия эмоциональных и поведенческих проблем, академической успеваемости, просоциального поведения, внеурочной активности, качества отношений «учитель-ученик», диадических дружеских отношений, родительского принятия и родительского отвержения между детьми с СДВГ и типично развивающимися детьми, обучающимися в казахстанских школах (на примере города Алматы). Получены эмпирические знания о социальной поддержке, воспринимаемой казахстанскими родителями детей с СДВГ (на примере города Алматы).

3. Установлена сила влияния факторов риска индивидуального (эмоционально-поведенческие проблемы и академическая успеваемость), семейного (родительское отвержение) и социального (конфликтные отношения «учитель-ученик») уровней на социальное отвержение детей с СДВГ и их типично развивающихся сверстников в одной модели прогнозирования.

4. Оценен компенсаторный и модулирующий эффект защитных механизмов индивидуального (просоциальное поведение и внеурочная активность), семейного (родительское принятие) и социального (диадические дружеские отношения) уровней в группе детей с СДВГ и группе типично развивающихся детей, а также дополнительно изучено влияние школьной и семейной социальной поддержки в группе детей с СДВГ.

5. Разработана и применена Шкала внеурочной активности, направленная на измерение вовлеченности (разнообразия и интенсивности) детей в различные виды деятельности вне процесса обучения.

6. Разработана интегрированная модель социальной работы по предотвращению и/или снижению социального отвержения детей с СДВГ в казахстанских школах, включающая вмешательства на индивидуальном, семейном и социальном уровнях.

Теоретическая значимость.

Настоящее исследование восполняет существующий пробел эмпирически-обоснованных знаний о социальном отвержении детей с СДВГ в Казахстане. Результаты тестирования прогностической модели, включающей факторы риска индивидуального, семейного и социального уровней, показывают необходимость дополнения существующих теоретических подходов в понимании причин происхождения и устойчивости социального отвержения среди детей с СДВГ. Тестирование моделей устойчивости к риску социального отвержения расширило знания о защитных механизмах, помогающих детям с СДВГ сохранить благополучное социальное функционирование в среде сверстников. Изучение широкого круга факторов социального отвержения стимулирует использование экологического подхода в исследовании проблем социального функционирования детей с СДВГ, а также актуализирует поиск их сильных сторон и ресурсов.

Практическую значимость.

Исследование актуализирует потребность в формировании государственной политики поддержки детей с СДВГ в школах, подчеркивает необходимость развития психосоциальных услуг для детей с СДВГ и их родителей. Результаты исследования могут стать полезным источником информации для школьных специалистов в построении стратегий помощи и поддержки детей с данным расстройством в школьной среде. Исследование продвигает в практику социальной работы подход, основанный на сильных сторонах, и экологическую модель развития. На основе теоретического анализа и эмпирических данных в исследовании разработана модель практики социальной работы, направленная на предотвращение и снижение социального отвержения детей с СДВГ, которая может стать опорой для разработки эффективных превентивных мер и интервенционных программ в казахстанских школах. Адаптированный с английского языка опросник Student-Teacher Relationship Scale (Pianta, 1992) и разработанная Шкала внеурочной активности могут применяться в практике социальной работы в школе. Опросник Perceived Social Support Scale (Ma, 2017) может стать практическим инструментом социальной работы с детьми с СДВГ и их семьями в образовании и здравоохранении, а также может выступить инструментом межведомственного взаимодействия, являющегося одним из приоритетных направлений развития социальной работы в Казахстане.

Положения, выносимые на защиту:

1. Дети с СДВГ в школах города Алматы испытывают более высокий уровень социального отвержения, чем их типично развивающиеся сверстники.
2. Дети с СДВГ в школах города Алматы имеют более высокий уровень эмоционально-поведенческих проблем, конфликтных отношений с учителями,

родительского отвержения и более низкий уровень академической успеваемости, просоциального поведения, внеурочной активности, родительского принятия и диадических дружеских отношений в группе, чем их типично развивающиеся сверстники. Родители детей с СДВГ не получают достаточного уровня социальной поддержки со стороны школы и семьи, особенно сильно рассогласованы желаемая и воспринимаемая информационная поддержка.

3. Факторы риска индивидуального (эмоционально-поведенческие трудности и академическая успеваемость), семейного (родительское отвержение) и социального (конфликтные отношения «учитель-ученик») уровней имеют статистически значимый эффект в прогнозировании социального отвержения как детей с СДВГ, так и их типично развивающихся сверстников. Более сильный эффект оказывают эмоционально-поведенческие трудности в обеих группах. Конфликтные отношения с учителем имеют более сильное влияние среди детей с СДВГ, чем среди их типично развивающихся сверстников.

4. Факторы защиты индивидуального (просоциальное поведение и внеурочная активность), семейного (родительское принятие) и социального (диадические дружеские отношения) уровней компенсируют негативное воздействие всех факторов риска в обеих группах за исключением просоциального поведения в контексте влияния эмоционально-поведенческих трудностей детей с СДВГ. Все факторы защиты снижают взаимосвязь факторов риска и социального отвержения типично развивающихся детей, но не оказывают влияния в группе детей с СДВГ, за исключением диадических дружеских отношений, которые снижают взаимосвязь академической успеваемости и отвержения. Школьная и семейная социальная поддержка компенсируют негативное влияние всех факторов риска в группе детей с СДВГ, но не редуцируют его, за исключением школьной поддержки, которая снижает негативное влияние эмоционально-поведенческих трудностей.

5. Шкала внеурочной активности обладает достаточной степенью валидности и надежности и может использоваться в практике социальной работы в образовании для измерения степени вовлеченности детей с СДВГ в различные виды деятельности и разработки интервенций.

6. Стратегии интервенций в практике социальной работы по предотвращению и/или снижению социального отвержения детей с СДВГ должны быть комплексными и направленными на работу с детьми с СДВГ, их семьями и школьными специалистами. Наибольшее внимание должно быть уделено активизации услуг по снижению эмоциональных и поведенческих проблем детей с СДВГ, улучшению их отношений с учителями, стимулированию диадических дружеских отношений и продвижению социальной поддержки со стороны школы. Интегрированная модель социальной работы, разработанная в данном исследовании, может способствовать улучшению социального функционирования детей с СДВГ в казахстанских школах и требует дальнейшей апробации на практике.

Апробация и внедрение результатов.

Теоретические и эмпирические результаты исследования обсуждались на международных научно-практических конференциях ближнего и дальнего зарубежья (6 статей). По результатам исследования опубликовано 4 статьи в журналах, рекомендованных ККСОН, и 1 статья в журнале, индексируемом в базе данных Scopus.

Методологические аспекты исследования обсуждались на междисциплинарном научном семинаре факультета философии и политологии КазНУ им. аль-Фараби «Проблемы социо-гуманитарных исследований в современном Казахстане» (21 ноября 2019 года), а результаты исследования были представлены на Центрально-Азиатском семинаре «Онлайн наращивание потенциала образования и исследований в области социальной работы» (14-15 октября 2020 года).

Структура и объем диссертации.

Диссертация состоит из введения, 3 разделов основной части, заключения, списка литературы и приложения. Общий объем диссертации составляет 198 страниц. В основной части диссертации имеется 43 таблицы и 10 рисунков.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОТВЕРЖЕНИЯ ДЕТЕЙ С СДВГ В ШКОЛЕ

1.1 Симптомы, диагностика и лечение СДВГ

Международная классификация болезней (МКБ-10) относит СДВГ к поведенческим и эмоциональным расстройствам, начинающимся в детском и подростковом возрасте [1, с.383]. Американская психиатрическая ассоциация с 2013 стала классифицировать СДВГ (attention deficit/hyperactivity disorder) как психоневрологическое расстройство [2, р.32]. Е. Taylor (2013) оценивает эти изменения в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM-5) как правильные и своевременные, так как СДВГ соответствует основным особенностям психоневрологических проблем: ранее начало возникновения, устойчивый курс развития, влияние генетики и функций головного мозга [56, р.2]. СДВГ является этиологически полиморфным расстройством и связан с замедленным созреванием функций лобной коры полушарий головного мозга, отвечающих за поведенческое торможение, контроль внимания, исполнительные функции [9, с. 37-39].

Распространенность СДВГ среди детей в большинстве культур составляет 5%. При этом, расстройство в два раза чаще диагностируется у мальчиков [2, р.61-63]. Подобного эпидемиологического исследования в Казахстане не проводилось [58, с.64], но неклиническое исследование с помощью психологического диагностирования выявило дефицит внимания у 19% детей начальной школы [74]. В странах СНГ распространенность СДВГ практически соответствует среднему мировому показателю: распространенность в Республике Беларусь составила 6,2% среди детей в возрасте 3–15 лет (9,3% мальчиков и 2,9% девочек), в Российской Федерации - 7,6 % среди детей 7-10 лет (11,2 % мальчиков и 2,5 % девочек) [8, с.38], [57, с.46].

DSM-5 предусматривает 3 подтипа СДВГ: 1) расстройство с преобладанием невнимательности; 2) расстройство с преобладанием гиперактивности и импульсивности; 3) комбинированный тип с одновременной выраженностью невнимательности и гиперактивности/импульсивности [2, р.60]. Разделение на подтипы позволяет идентифицировать более легкие формы расстройства и поэтому чаще используется в клинической практике за рубежом, чем МКБ-10, который предусматривает только наиболее сложный комбинированный тип [9, с.30]. В тоже время, именно третий тип является наиболее распространённым [55, р.97].

Диагноз СДВГ устанавливается врачом (детским неврологом или детским психиатром) [8, с.31]. Симптомы выделены в два раздела: «Невнимательность» и «Гиперактивность/Импульсивность», каждый из которых содержит 9 диагностических критериев. Например, «Невнимательность» включает следующие критерии: неспособен сосредотачивать внимание на деталях и допускает ошибки из-за невнимательности; часто легко отвлекается на посторонние стимулы и др.; раздел «Гиперактивность/Импульсивность» содержит такие критерии: часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и

стопах; сидя на стуле, крутится, вертится; часто покидает свое место в ситуациях, когда нужно сидеть; часто прерывает других и др. [2, р.59-60]. СДВГ появляется в раннем возрасте и первым симптомом, который замечают взрослые, является гиперактивность. Ребенок постоянно находится в движении и не может долго сидеть на одном месте [8, с. 33]. Нарушение внимания обращает на себя внимание немного позже - в начале обучения ребенка в школе [8, с.33], поэтому СДВГ чаще диагностируется в начальных классах [2, р.62].

Обоснованный диагноз СДВГ ребенку может быть поставлен только в случае: 1) значительной выраженности 6 из 9 критериев в каждом разделе на протяжении 6 месяцев; 2) проявления симптомов в двух или более сферах (например, дома и в школе); 3) несоответствия уровню развития текущего возрастного этапа и значительного негативного влияния на учебные результаты из-за степени выраженности симптомов [2, р.59-60; 8, с.31-34].

Третье обязательное обстоятельство, необходимое для обоснованного диагноза, подчеркивает отличие детей с СДВГ от типично развивающихся детей. Нормальное (типичное) развитие ребенка – это последовательные изменения в поведении, когнитивных функциях и физиологии детей по мере их роста от рождения до подросткового возраста [75]. Нормальное развитие связано с определенными стандартами (нормы) развития, прогрессирования и роста сопоставимым с показателями других детей аналогичного возраста. В свою очередь нетипичное развитие – это любые отклонения от того, что считается типичным, обычным или здоровым, особенно в тех случаях, когда они приводят к дезадаптации [76]. Поэтому для обоснованного диагноза уровень внимания, самоконтроля и исполнительной функции ребенка должен значительно отличаться от типичного уровня свойственного детям его возраста и иметь значительно ухудшать функционирование ребенка.

В зарубежной практике, диагностика, ее этапы, роль медицинских специалистов, профессионалов школ и родителей, подробно описаны в клинических руководствах [77; 78; 79]. Они содержат не только процедуры клинического обследования, но и подробно описывают роль родителей и учителей в диагностике. В Казахстане этапы диагностики определяет клинический протокол, который предусматривает последовательность процедур: (1) психологическое обследование; (2) проведение электрокардиограммы, электроэнцефалограммы; (3) предварительное обследования у медицинских специалистов: консультация терапевта (педиатра) с целью исключения соматических заболеваний; консультация невропатолога для исключения текущих неврологических расстройств; консультации иных узких специалистов с целью исключить сопутствующие соматические заболевания и/или патологические состояния [80]. Данный клинический протокол разработан на основании МКБ-10.

Как было описано выше, для обоснованного диагностирования необходимо проявление симптомов как минимум в двух сферах: школе и дома [2, р.61]. В предыдущем клиническом протоколе [81] была описана последовательность диагностики в системе здравоохранения без участия школьных работников.

Действующий в настоящее время протокол вносит уточнение, что для выявления кросс-ситуационного характера расстройства (проявление дома и в школе) источником информации не может являться только родителей [80, с.5]. Однако, данный протокол также не описывает механизм получения информации о поведении детей от школьных специалистов. Хотя, именно информация от учителя часто является сигналом о трудностях детей и побуждает родителей искать профессиональной помощи [82, р.179].

Существует опыт диагностики в условиях психолого-медико-педагогической консультации (ПМПК) города Алматы. С. Алипбаева и С. Бекболатова (2013) считают, что обследование ребенка с СДВГ в условиях ПМПК является наиболее подходящим, так как обеспечивается участие в диагностике СДВГ не только, врачей, но и специалистов школ (учителей, психологов, социальных педагогов). Они выделяют 5 основных этапов: первый этап – психоневрологическое обследование, которое включает консультации врача-невропатолога и врача-психиатра; второй – опрос родителей и учителей об особенностях поведения ребёнка с целью выяснить как проявляются симптомы дома и в школе, третий – психологическое обследование, которое включает определение уровня интеллекта, внимания, памяти, оценка эмоционально-волевой сферы; четвертый – логопедическое обследование, где оценивается уровень развития речи, навыков чтения и письма; пятый – проведение инструментальных исследований (проведение электроэнцефалография, эхоэнцефалография и т.д.) [58, с.65-66]. Данный подход диагностики СДВГ имеет преимущество; обеспечивает участие учителей, однако, в отличие от клинического протокола не рекомендован Республиканским центром развития здравоохранения.

Лечение СДВГ в Казахстане также описано в клиническом протоколе и включает в себя немедикаментозное лечение (различные виды психотерапии, арттерапия, психологическая коррекция) и медикаментозное лечение (хлорпрофитксен и тиоридазин предназначенные для коррекции поведенческих нарушений). Лечение может быть амбулаторным или стационарным (в случае усложненной клинической картины за счет коморбидных состояний или неэффективности лечения на амбулаторном этапе) [80, с.6-7].

Существуют заблуждения, что с возрастом ребенок «перерастает» СДВГ и симптомы исчезают. Действительно у большинства детей в подростковом возрасте двигательная гиперактивность становится менее очевидной, но нарушение внимания и импульсивность сохраняются [2, р.62; 9, с.16]. С течением времени лобная кора головного мозга постепенно созревает, но происходит это медленнее чем у типично развивающихся детей. Способность головного мозга к самоконтролю и самоорганизации постепенно улучшается, но все равно остается ниже, чем у сверстников [8, с.25; 9, с.49-51]. До 50% детей с СДВГ сохраняют симптомы и во взрослом состоянии и распространенность среди взрослых составляет 2,5% [2, р.61].

S.V. Faraone и его коллеги (2015) обобщив результаты исследований влияния СДВГ на качество жизни с детского возраста до взрослого состояния,

выявили, что данное расстройство способствует академическим (среди детей и подростков) и профессиональным (среди взрослых) неудачам. Проблемы эмоциональной регуляции, плохие социальные навыки и отношения со сверстниками, появляясь в детском возрасте, могут сохраняться в течении всей жизни. У некоторых подростков к расстройству присоединяется делинквентное поведение, курение и употребление алкогольных и наркотических веществ. У взрослых людей с СДВГ появляются семейные проблемы, увеличивается вероятность разводов, проблем с законом. Дети и взрослые с СДВГ имеют склонность к травмам и несчастным случаям [83, p.10], из-за которых дети чаще обращаются в организации здравоохранение, а именно к врачам общей практики (60,3% с СДВГ, 37,4% без СДВГ), узким специалистам (50,9% с СДВГ и 12,9% без расстройства), врачам отделения неотложной помощи (26% среди детей с СДВГ в сравнении с 12,1%) [84, p.75]. Иными словами, наличие СДВГ оказывает значительное влияние на качество жизни не только детей и подростков, но и взрослых людей.

1.2 Социальное отвержение детей с СДВГ в школе: причины, формы, последствия и контекстные условия

Определение и формы социального отвержения

Существует два подхода в определении понятия «отвержение». В первом подходе отвержение рассматривается как аспект межличностных отношений в диаде. В теории межличностного принятия и отвержения R.P. Rohner (2014) отмечает, что межличностные отношения предполагают собой континуум; на одном конце – принятие (теплота, привязанность, забота, поддержка одного человека по отношению к другому), на другом – отвержение, которое он определяет, как «...множество вариантов физически и психологически ранящего поведения» [25, p.4]. Во втором социометрическом подходе отвержение рассматривается как отношение группы к определенному индивиду. Основатель социометрической теории J.L. Moreno (1934) считал, что группа – это социальная система, в которой между индивидами выстраиваются межличностные отношения, которые могут быть положительно или негативно окрашены. Между членами группы может возникать притяжение (attraction) или антипатия (repulsion). В социометрическом методе эти два модуса были определены J.L. Moreno как отвержение и принятие [29, p.76-80]. В соответствии данным методом уровень отвержения или принятия индивида в группе являются групповыми показателями и измеряется через оценку модуса отдельных диадических отношениях. Следовательно, чем больше детей в группе, с которыми у ребенка возникает притяжение, тем выше принятие, и наоборот, чем чаще возникает отталкивание (антипатия) в диадических отношениях, тем выше отвержение.

В рамках развития социометрического метода, J.D. Coie and A.H.N. Cillessen (1993) используют понятие «социальное отвержение», «отвержение» и «отвержение сверстников» как взаимозаменяемые понятия. Y.A. Mikami и S. Normand (2015) в исследовании отношений детей с СДВГ в группе сверстников

также используют эти понятия как эквивалентные [54, р.31]. По мнению J.D. Coie and A.H.N. Cillessen (1993), социальное отвержение – это «...отношение отдельного ребенка с его или ее школьными сверстниками» [43, р.90]. Они также подчеркивают, что социальное отвержение, это «...реакция группы на этого индивида» [43, р. 90]. К. L. Bierman (2004) также подчеркивает, что отвержение – это групповой процесс, и отмечает, что эта реакция группы сверстников по отношению к ребенку включает в себя «...активно демонстрируемое негативное отношение и поведение» [44, р.5].

В исследованиях с участием детей с СДВГ социальное отвержение также концептуализируется как групповой процесс. С.L. Bagwell (2001) и коллеги определяют отвержение сверстников как «...степень, в которой дети не нравятся в группе сверстников, принятие сверстников, наоборот, степень в которой дети нравятся сверстникам, находящимся с ними в одной группе» [20, р.1286]. Y.A. Mikami (2010) подчеркивает сущность групповой оценки отвержения и отмечает, что принятие или отвержение должно проявляться «большинством сверстников» [53, р.723]. В. Ноза и её коллеги отмечают, что отвержение сверстников — это количество полученных отрицательных номинаций в группе, а принятие – количество полученных положительных номинаций [12, р.413].

В общей школьной выборке проведено множество исследований, изучающих поведенческие паттерны детей, способствующие их социальному отвержению. К.L. Bierman (2004) обобщила эти формы социального поведения в четыре основные группы: 1) низкий уровень просоциального поведения; 2) высокий уровень агрессивного и деструктивного поведения (упрямство, непослушание, раздражительность, трудности самоконтроля и т.д.); 3) высокий уровень невнимательного поведения и поведения, несоответствующего возрасту ребенка; 4) тревожность и замкнутость [44, р.17].

Вместе с тем, социальное отвержение детей – это не только индивидуальные характеристики ребенка, но и реакция группы [43, р.90-91], поэтому важно понимание этого феномена как группового процесса. В школе ребенок учится вести себя в соответствии с нормативными рамками, ролевыми функциями и предписаниями, а также ожидает такого же поведения от других сверстников [85, с.219]. А.В. Петровский (1978) объясняет положение личности в группе тем, насколько поведение индивида соответствует социальным ожиданиям группы. Он отмечал, что социальные ожидания в форме групповых норм определяют восприятие поведения других членов группы [37, с.64]. J.C. Wright, M. Giammarino и H.W. Parad (1986) сформулировали и протестировали модель отвержения в детских группах на основе групповых норм (norm-based model of rejection). Авторы получили эмпирическое подтверждение, что отвержение возникает в том случае, когда ребенок демонстрирует поведение, которое не соответствует групповым нормам. Они выяснили, что агрессивные дети чаще отвергаются в группах, где было больше распространено замкнутое поведение, а замкнутые дети чаще отвергались в группах, где другие дети более активно проявляли агрессию [48, р.534].

В последующем J. Juvonen и E.F. Gross (2011), используя данную модель, выделили два уровня процессов, которые участвуют в формировании социального отвержения в группе сверстников. Их модель представляет собой последовательно запускающие процессы на уровне индивида и группы (рисунок 1). В своей модели они не только объясняют причину возникновения социального отвержения, но и его устойчивость.

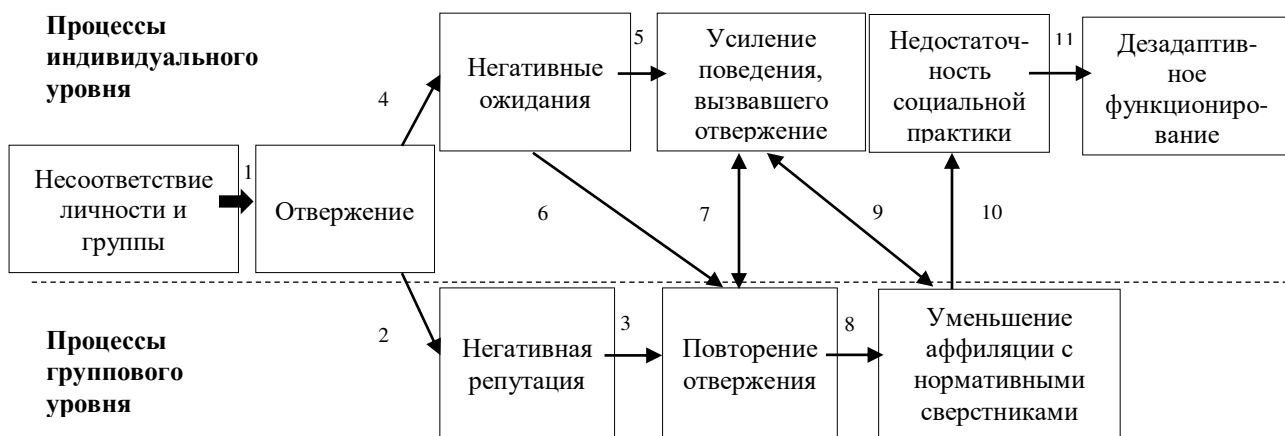


Рисунок 1 - Модель внутриличностных и межличностных последствий социального отвержения

Первоначально отвержение вызвано несоответствием между ребенком и группой (путь 1). Отвергнутые дети приобретают негативную социальную репутацию в группе (путь 2). Эти аффективные предубеждения группы, в свою очередь, делают более вероятным, что эти же самые дети продолжают дальше исключаться и подвергаться отвержению (путь 3). На индивидуальном уровне у отвергаемого ребенка формируются ожидания негативного отношения группы к нему (путь 4), которые приводят к тому, что у ребенка усиливается то поведение, которое изначально привело к отвержению. Например, социально замкнутые дети начинают винить себя, усиливается тревожность и депрессия, а у агрессивных детей усиливается агрессия (путь 5, путь 7). Эти процессы, происходящие на уровне ребенка, вместе с негативной репутацией приводят также к повторению ситуаций отвержения, что в свою очередь, ограничивает возможности детей для общения с нормативными сверстниками (путь 8). Следствием является недостаток социальной практики (путь 10) и дезадаптация в последующем (путь 10) [49, p.165-167]. Таким образом, модель J. Juvonen и E.F. Gross дает объяснение тому, почему социальное отвержение столь устойчиво. K.L. Bierman (2004) называет этот феномен «хроническим отвержением» и считает его одним из этапов негативной спирали развития ребенка [44, p.11].

A.Y. Mikami, M.D. Lerner и J. Lun (2010) также отмечают, что для полного понимания социального отвержения необходимо изучение роли группы. Авторы определяют три основных фактора влияния группы: отклонение от групповых норм, когнитивная ошибка восприятия и социальное доминирование в группе. Первый компонент, также, как и в моделях J.C. Wright, M. Giammarino и H.W.

Parad (1986) и J. Juvonen и E.F. Gross (2011) связан с тем, что ребенок, демонстрирующий поведение, не соответствующее социальным нормам группы, отвергается. Второй компонент проявляется в том, что амбивалентное поведение детей, которые им не нравятся, сверстники интерпретируют как враждебное, а тех, кто им нравится, как доброжелательное. По сути, этот фактор представляет собой негативную репутацию, выделяемую J. Juvonen и E.F. Gross (2011). Под социальным доминированием авторы понимают возможность индивида контролировать ресурсы группы. Этот процесс стимулирует социальное отвержение отдельных членов группы, которые находятся ниже в иерархии социального доминирования [86, p.123-125].

J.N. Hughes, T.A. Cavell и V. Willson (2001) предложили модель источников информации для социометрической оценки. Согласно данной модели в классе существует три главных источника, которые используют дети в оценке степени принятия или непринятия отдельно взятого ребенка: непосредственные интеракции с ребенком, комментарии и отношения других сверстников, комментарии и наблюдаемые интеракции с учителем. Таким образом, взаимоотношения «учитель-ученик» и «ученик-ученик» являются важными в том, как будут восприниматься всей группой отдельные сверстники [87, p.291-292].

Модель J.N. Hughes, T.A. Cavell и V. Willson (2001) согласуется с концепцией K.H. Rubin, W.M. Bukowski и L.T. Bowker (2015). Данные авторы отмечали, что нужно рассматривать отношения детей со сверстниками на нескольких уровнях. Первый уровень – индивидуальный, к нему относятся характеристики ребенка, которые он приносит в отношения со сверстниками (поведение, эмоциональная реактивность и регуляция, социальные навыки, навыки распознавать социальную информацию, репутация, в том числе академическая успеваемость). Второй уровень – диадические интеракции. В диадических отношениях действия участников взаимозависимы; поведение каждого актора является одновременно реакцией и стимулом для поведения другого. Третий уровень – групповой. К данному уровню относится сплоченность, размер, внутренняя структура или организация группы; групповые нормы; иерархия; однородность по некоторым признакам (например, пол, раса, возраст, интеллект, отношение к школе). Все уровни взаимосвязаны и влияют друг на друга. Иными словами, негативные диадические отношения вносят вклад в социальное отвержение на уровне группы. При этом, социальное отвержение – это не просто сумма негативных диадических отношений, оно формируется под влиянием группового контекста [45, p.179-182].

Следующий важный вопрос – как проявляется социальное отвержение. Социальное отвержение не является абсолютным показателем, когда можно говорить о его наличии или отсутствии. Оно может колебаться от пассивного игнорирования и эмоциональной холодности, до физической и вербальной агрессии [22, p.4-5]. В социометрическом методе социальное отвержение может быть представлено в двух измерениях; социометрический статус «отвергаемый» и индивидуальный индекс социального отвержения [88, p.83]. Если первое

измерение представляет собой категориальную переменную, то второе – отражает степень, в которой дети не нравятся в группе сверстников и подчеркивает, что социальное отвержение — это некий континуум от менее сильного отвержения к более сильному. M.R. Leary (2001) описал этот с помощью индекса статуса включенности (index of inclusionary-status). Он выделил семь категорий (таблица 1); от максимального исключения из группы до максимального включения [22, р.5]. Данный индекс подчеркивает, что принятие и отвержение не могут быть дихотомичными; индивид может быть в разной степени принят или отвергаем другими членами группа.

Таблица 1 - Континуум инклюзивного статуса

Статус	Определение
Максимальное включение	Другие прилагают усилия, чтобы включить индивидуума в группу
Активное включение	Другие приветствуют человека (но не ищут его или ее)
Пассивное включение	Другие позволяют человеку быть включенным
Неоднозначное отношение	Другие не заботятся о том, включен ли человек или исключен
Пассивное исключение	Другие игнорируют человека
Активное исключение	Другие избегают человека
Максимальное исключение	Другие физически отвергают, подвергают остракизму, оставляют или изгоняют человека

S.R. Asher, A.J. Rose и S.W. Gabriel (2001) еще больше дифференцировали формы социального отвержения сверстниками. Они отмечали, что дети с одинаковым статусом «отвергаемый» могут испытывать разные не только по степени интенсивности, но и степени открытости формы отвержения [21, р.107-108].

S.R. Asher и коллеги на основе ежедневного наблюдения за взаимодействием детей во внеурочное время разработали таксономию социального отвержения: 32 типа, объединенные в 6 групп. Первая группа - исключение и прерывание взаимодействия (отстранение, прямое высказывание или демонстрация жестами необходимости ребенку уйти, выражение неприязни, игнорирование ребенка, в том числе и того, что он сказал, отказ от предложений ребенка). Вторая группа – отказ в доступе (отказ в участии в совместной игре или иной деятельности, в доступе к материальным ресурсам (личным предметам и вещам), информации, помощи, подчинении и т.д.). Третья группа – агрессия (вербальная и физическая агрессия, повреждение каких-либо вещей ребенка, неподходящие и оскорбительные жесты, оскорбление друзей и родственников ребенка, издевательства и насмешки). Четвертая группа – доминантность (выражение в грубом тоне приказа ребенку делать что-либо и указания на ошибки и неправильные действия). Пятая группа – моральное осуждение (обсуждение морально недопустимых слов и действиях ребенка, обвинений ребенка, прогнозировании негативных результатов). Шестая группа – вовлечение третьей стороны (как правило учителя) в виде жалоб о неподходящем поведении другого ребенка, ретрансляция его негативных сообщений. Авторы считают, что ребенок

может подвергаться одной из форм отвержения, а может и большинству из вышеперечисленных [21, p.128-130].

В последние десятилетия, наравне с понятием «социальное отвержения», используются такие понятия как «остракизм», «исключение», «виктимизация». Классификация S.R. Asher и его (2001) коллег помогает понять отличия данных понятий от социального отвержения. Остракизм представляет собой игнорирование и исключение других, при этом исключения – это крайняя форма остракизма [45, p.201-202]. Остракизм и исключение, по сути представляет собой первый и второй типы отвержения, представленные в таксономии S.R. Asher. Виктимизация — это целенаправленная и прямая вербальная или физическая агрессия [45, p.199], которая соотносится с третьим, четвертым, пятым и шестыми типами социального отвержения. Остракизм, исключение, виктимизация связаны с одной из форм отвержения, но не являются полностью идентичными понятию «отвержение». Социальное отвержение является более широким понятием.

Таким образом, социальное отвержение – это негативное отношение и поведение со стороны сверстников по отношению к отдельному члену группы. Отвержение может иметь разную степень и проявляться в разных формах; от простого игнорирования до прямой агрессии. Социальное отвержение связано с социальным поведением и индивидуальными характеристиками ребенка, которые негативно воспринимаются и оцениваются группой сверстников. Именно несоответствие между ребенком и группой запускает процесс отвержения, а негативная репутация и социальное девальвирование ребенка способствует сохранению его устойчивости. Важную роль в этом играет учитель, который может усилить или ослабить данные процессы.

Причины и последствия социального отвержения детей с СДВГ в школе

Дети с СДВГ значительно чаще испытывают социальное отвержение в группе сверстников, чем типично развивающиеся дети. В. Ноза и его коллеги (2005) провели первое исследование, сравнив социальное отвержение между двумя выборками (дети с СДВГ и типично развивающиеся дети того же пола), сформированными рандомным образом. Они выявили, что 52% детей с клинически поставленным диагнозом СДВГ в возрасте 7-9 лет имели социометрический статус «отвергаемые», а среди типично развивающихся сверстников отвергаемыми были только 14% [12, p.419-420]. Исключив из общей выборки детей с неопределенным статусом, они выяснили, что количество детей с СДВГ в категории «отвергаемые» увеличилось до 80% [89, p.654]. Позднее, высокая распространенность отвержения среди детей с СДВГ была подтверждена исследованиях как в западной [14, p.784; 92, p.738], так и в восточной культурах [50, p.183]. В странах СНГ подобные исследования ограничены. Найдено только одно исследование в Российской Федерации; В.П. Глушкова выявила, что в результате проведения социометрии дети с СДВГ (n = 50) значительно больше получили отрицательных номинаций, чем их типично развивающиеся сверстники (n = 50) [15, с.20].

Социальное отвержение со стороны сверстников появляется практически с самого начала обучения детей с СДВГ в начальной школе [12, p.412] и сохраняется при переходе детей в подростковый возраст [20, p.1291]. D. Edhardt и S.P. Hinshaw (1994) выяснили, что даже при коротком промежутке взаимодействия в незнакомой группе дети с СДВГ получают больше негативных выборов, чем типично развивающиеся дети [19, p.839]. Как отметила В. Ноза и коллеги «...проблемы отношений со сверстниками следуют за детьми с СДВГ, куда бы они ни пошли» [89, p.656]. При этом, социальное отвержение настолько стойкое, что сохраняется даже после мультимодальной терапии [13, p.74].

Лонгитюдные исследования доказали негативное влияние социального отвержения детей с СДВГ на их адаптацию и развитие. А.У. Mikami и S.R. Hinshaw (2006) в 5-летнем исследовании обнаружили, что СДВГ и отвержение прогнозируют низкие академические достижения в подростковом возрасте [11, p.835]. S. Mrug и коллеги (2012) выявили, что после 8 лет наблюдения дети с СДВГ, испытывающие более высокий уровень отвержения, были вовлечены в более серьезные правонарушения, имели более высокий уровень тревожности и чаще употребляли никотин в подростковом возрасте, чем дети с расстройством, но сохранившие социальное принятие сверстников [10, p.1018].

Причины распространенности и устойчивости социального отвержения детей с СДВГ связаны с тем, что *дефицит внимания* затрудняет усвоение социальных навыков; дети с СДВГ часто не улавливают важные социальные сигналы, им трудно понять и оценить социальную ситуацию [51, p.193], что приводит к тому, что дети с данным расстройством имеют менее развитые социальные навыки, чем их типично развивающиеся сверстники [68, p.887].

Гиперактивность и импульсивность часто приводят к *ненормативному и социально неподходящему поведению*. Из-за гиперактивности и низкого порога сенсорного насыщения дети с СДВГ постоянно нуждаются в стимуляции, впечатлениях и активности. Они испытывают «сенсорный голод» и не могут долго находиться без физической активности. Незрелость функций лобной коры головного мозга приводит к *низкому уровню импульс-контроля*. Типично развивающиеся дети учатся контролировать импульсы, оценивать ситуацию и прогнозировать последствия своих действий. Из-за дефицита импульс-контроля дети с СДВГ часто реагируют мгновенно. Импульсивность и слабость эмоциональной регуляции приводит к тому, что ребенок с СДВГ не может успокоиться или обдумать ситуацию, совершает социально неприемлемые действия и часто проявляет вербальную и физическую агрессию [9, с.45-46; 90, с.12-14].

Таким образом, симптомы СДВГ приводят к нарушению в развитии социальных навыков, которые в свою очередь приводят к социальному отвержению. D. Murray-Close и его коллеги (2010) в 6-летнем лонгитюдном исследовании доказали двунаправленную причинно-следственную связь; дефицит социальных навыков детей с СДВГ приводит к их социальному отвержению, и наоборот, отвержение в группе сверстников усиливает дефицит социальных навыков [52, p.798]. Эта причинно-следственная связь объясняет не

только возникновение, но и устойчивость социального отвержения детей с СДВГ. Результаты данного исследования подтверждают модель Juvonen и Gross (2011) [49, p.165-167]; симптомы СДВГ в сочетании с нарушением социальных навыков и негативной реакцией окружающих приводят к социальной изоляции. В свою очередь, недостаток коммуникаций ограничивает возможности ребенка с СДВГ развивать свои социальные навыки.

Также нарушение социальных навыков детей с СДВГ сопровождается *позитивным иллюзорным уклоном* (positive illusory bias), который определяется как «...несоответствие между самооценкой компетентности и фактической компетентностью, при котором самооценка компетентности значительно выше, чем фактическая» [91, p.336]. Данная особенность заключается в том, что дети с СДВГ воспринимают себя как более компетентные в социальном взаимодействии, в то время как их поведение может быть социально неприемлемым. Иными словами, у детей происходит искажение восприятия и оценки социальной ситуации.

Вклад в социальное отвержение детей с СДВГ вносят *коморбидные расстройства*. Вторичные проблемы поведения: оппозиционное расстройство поведения, агрессивность, а также внутренние проблемы: низкая самооценка, депрессия, тревожность, страхи [9, с.24; 90, с.12-14] усиливают социальное отвержение детей с СДВГ [17, p.793; 18, p.10].

Вышеперечисленные особенности детей, способствующие их нарушению отношений со сверстниками, являются индивидуальными характеристиками. Однако, в последнее время продвигается новая парадигма в исследованиях и практике, направленной на улучшение социального функционирования детей с СДВГ. А.У. Mikami и S. Normand (2015) отмечают, что необходимо учитывать социальный контекст социального отвержения детей с СДВГ. Авторы считают, что в понимании его причин наравне с индивидуальными характеристиками детей с СДВГ необходимо учитывать влияние группы. Они выделяют три формы группового влияния: социальное обесценивание, исключаящее поведение и негативная репутация. Социальное обесценивание связано с тем, что сверстники социально обесценивают детей, которых воспринимают как непохожих на себя. Из-за этого к детям с СДВГ возникают автоматические негативные предубеждения. Ярлык «из-за СДВГ» может усиливать этот процесс. Исключаящее поведение группы проявляется в том, что дети активно отстраняются или исключаются из группы. Устойчивость симптомов СДВГ и нарушение социальных навыков приводят к возникновению негативной репутации в группе сверстников; даже меняя поведение дети остаются не принятыми и оцениваются негативно сверстниками [54, p.33-34]. А.У. Mikami, D. Lerner и J. Lun (2010) считают, что учитель может усилить или ослабить данные формы группового влияния: «...сверстники принимают сигналы о том, следует ли судить ребенка как девиантного, основываясь на реакции учителя на поведение этого ребенка» [86, p.126].

Таким образом, причинами возникновения социального отвержения детей с СДВГ являются: проявление симптомов расстройства, сопутствующие

эмоциональные, поведенческие и личностные трудности. Причиной устойчивости социального отвержения является стойкая негативная репутация детей с СДВГ в группе, которая приводит к негативной оценке даже неопределенного поведения. В социальное отвержение детей с СДВГ вносит вклад не только диадические взаимодействия со сверстниками, но и с учителем, который может ослабить или усилить социальное девальвирование ребенка с СДВГ в группе.

Контекстные условия социального отвержения детей с СДВГ в школе

Школьная среда является важным социальным контекстом отношений детей в классе. Школа может быть ресурсом устойчивости ребенка к трудным жизненным ситуациям, а может быть источником страха, буллинга, виктимизации и дискриминации. Поддержка школы особенно важна для уязвимых детей, в том числе детей с СДВГ, которые имеют риск школьной [3, р.380] и социальной дезадаптации [12, р.420-421; 10, р.1018-1020; 92, р.745, 13, р.20-21].

Для рассмотрения контекстных условий социального отвержения детей с СДВГ в классе представляет интерес экологическая модель U. Bronfenbrenner. Основным постулатом этой модели заключается в том, что развитие ребенка происходит в постоянном взаимодействии с окружающей средой, которая представляет собой четыре экологические системы: микросистема, мезосистема, экзосистема и макросистема. Они взаимодействуют между собой и оказывают прямое и косвенное влияние на ребенка [93, р.11]. На рисунке 2 представлена структура экологических систем, предложенная L.G. Shelton (2019) для более точного понимания теории U. Bronfenbrenner.

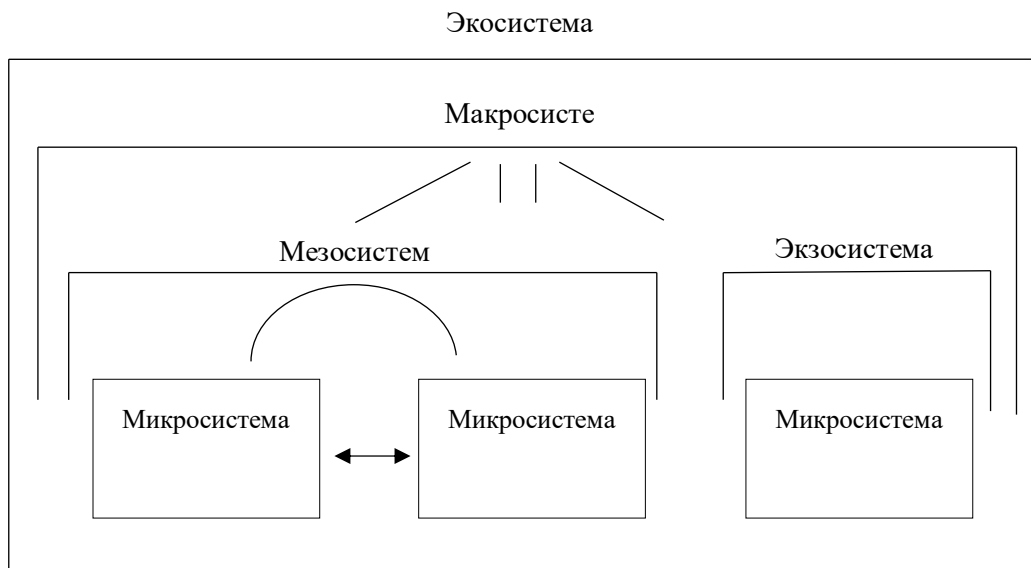


Рисунок 2 - Модель экологических систем U. Bronfenbrenner (интерпретация L.G. Shelton, 2019)

Микросистема представляет собой деятельность, роли и межличностные отношения, переживаемые ребенком в определенной обстановке [93, р.58].

Основными микросистемами, в которые непосредственно включены дети, являются семья и школа. Микросистема оказывает прямое влияние на детей через взаимоотношения, в том числе со значимыми взрослыми. Следовательно, для детей с СДВГ агентами прямого влияния в школе являются учителя и сверстники.

Отношения «учитель-ученик» оказывают непосредственное влияние на восприятие и оценку поведения ребенка в группе сверстников [87, p.291-292; 86, p.126]. Учитель может внести значительный вклад в преодоление негативной репутации детей с СДВГ, привлекая внимание к их положительному поведению [54, p.32-33]. В то же время качество этих отношений зависит от знаний и опыта учителя; выявлено, что учителя, которые обладают *знаниями о СДВГ* и предыдущим опытом работы с детьми с данным расстройством, чувствуют большую уверенность в работе с ними [94, p.131-132; 95, p.121], менее предвзяты в отношении этих детей, больше склонны отмечать их положительное поведение и имеют более высокий уровень готовности поддерживать программы коррекции поведения детей с СДВГ в классе [96, p.94-95]. Кроме того, знания учителя о СДВГ играют важную роль в ранней диагностике, так как благодаря им они могут распознать симптомы, оказать инструментальную и информационную поддержку родителям [97, p.21-22]. Обратное влияние оказывают незнание или заблуждения учителя. Незнание приводит к тому, что трудности в обучении детей с СДВГ учителя воспринимают как лень, безответственность или неспособность к учению, а заблуждения приводят к ошибочным действиям в управлении поведением детей в классе [95, p.116-117].

Несмотря на большое количество исследований СДВГ и внедрение программ повышения квалификации, знания учителей все еще остаются недостаточными в зарубежных странах [95, p.121; 94, p.148; 82, p.182-183]. В Казахстане подобные исследования не проводились, но в силу отсутствия национальной образовательной политики поддержки детей с СДВГ и тренинговых программ в этом направлении, можно предположить, что учителя казахстанских школ не обладают достаточным уровнем знаний.

Следующей экосистемой является *мезосистема*, которая представляет собой взаимодействие двух микросистем, в которые непосредственно включен ребенок [93, p.71]. Например, взаимодействие семьи и школы, учителя и родителя. Дети с СДВГ, имеющие проблемы с импульс-контролем и исполнительской функции, часто испытывают трудности с выполнением школьных требований [9, с.45-46]. Это вызывает несоответствие между требованиями нормативного поведения ребенка в школе и сложностями самоконтроля детей с СДВГ. Это противоречие дополняется академическими трудностями детей, особенно в условиях фокуса школьной системы на академические успехи. В силу этого, родители детей с СДВГ часто испытывают большее давление со стороны школы; проблемы обучения ребенка в классе, критика в адрес детей со стороны учителя, восприятие родителями этой критики как обвинение ухудшают *качество отношений «учитель-родитель»* [98, p.204-205]. Поведение родителей, направленное на повышение образовательных

возможностей их детей, воспринимается школьными специалистами как поведение, создающее проблемы и усиливающее конфликты [99, p.289-291].

A. Frigerio, L. Montali и M. Fine (2013) характеризует взаимодействие учителей и родителей детей с СДВГ как «порочный круг взаимных обвинений» [100, p.594]. Исследователи, используя интервью и фокус группу, выявили, что «...вина и взаимные обвинения являются составляющими элементами социальных отношений между взрослыми, которые играют важную роль в жизни детей с СДВГ» [100, p.598]. Результаты этого качественного исследования показали, что учителя начальных классов считают одной из причин негативного влияния СДВГ на детскую школьную адаптацию родительское воспитание, неподходящее для детей (отсутствие домашних правил, несоответствие роли родителя и др.). Родители, как и специалисты психического здоровья, склонны обвинять учителей в том, что они имеют дефицит знаний и пониманий этого расстройства, не обновляют свои устаревшие знания и не адаптируют свою практику в соответствии с научными рекомендациями [100, p.595].

В свою очередь, отношения «учитель-родитель» связаны с отношениями «учитель-ученик». J.A. Mautone и коллеги (2015) выявили, что отношения между учителем и родителем коррелируют с качеством отношений учителя с учениками с СДВГ в возрасте 4-12 лет [98, p.205]. Иными словами, взаимодействие родителя и учителя, как мезосистема, может оказывать опосредованное влияние на социальное отвержение детей с СДВГ.

Следующая экологическая система – *экзосистема*, которая представляет собой микросистему, в которую ребенок не включен, но происходящее в ней оказывает не прямое влияние [93, p.91]. Одной из таких микросистем является учительское сообщество, так как оно может быть *источником профессиональных убеждений* и знаний об СДВГ. По мнению Ю.А. Фесенко «...до сих пор большинство педагогов и школьных психологов предпочитают практику наблюдения детей с СДВГ. В таких случаях представители школ настаивают или на выводе детей на домашнее обучение (чаще всего), или на переводе их в классы выравнивания (реже), или на смене образовательного учреждения (редко)» [101, с.184].

В свою очередь, учительское сообщество находится под прямым воздействием национальной политики, которая «задает тон» в адаптации школьной среды и процесса обучения с учетом особенностей детей с тем или иным расстройством. Именно *национальная политика и законодательство* является одним из компонентов самой большой экологической системы – макросистемы. *Макросистема*, оказывающая влияние на микро-, мезо- и экосистемы, включает в себя систему верований и ценностей, знаний, законов и материальных ресурсов [93, p.97].

В отличие от многих зарубежных стран (Великобритании, США, Канады, Австралии, Китая и т.д.) в Казахстане дети с СДВГ не относятся к категории детей с особыми образовательными потребностями. На государственном уровне не определены вспомогательные и адаптивные меры поддержки этих детей в школе [102]. В то время как, адаптация обучения и поддержка создают

благоприятную психосоциальную среду, которая «...может определенно облегчить тяжесть и непрерывность симптомов, минимизировать вторичные нарушения» [82, p.176], прогнозирующих социальное отвержение детей с СДВГ [17, p.793; 18, p.10].

Частью макросистемы является также *культурный контекст*. Отношения со сверстниками происходят под «...всеохватывающий зонтик культурной макросистемы» [45, p.182]. В социокультурной среде ребенок осваивает социальные нормы и начинает идентифицировать себя в соответствии с полом, возрастном, этносом. Эти процессы обуславливают особенности поведения, восприятия других и межличностных отношений [85, с.262-266]. К.N. Rubin, W.M. Bukowski и J.C. Bowker (2015) отмечают, что для понимания поведения детей и их отношений со сверстниками необходимо учитывать культурные нормы и особенности [45, p.182]. На основе культурных убеждений и норм дети дают оценку приемлемости индивидуальных характеристик и поведения других детей, за которыми следует их реакция, выражающаяся в их принятии или отвержении [103, p.27]. X. Chen (2011) анализируя данные исследования, фокусируется на различиях в «восточных» и «западных», «индивидуалистических» и «коллективистических» культурах. Например, в «восточной» и «группа-ориентированной» культуре больше ценятся самоконтроль, управление поведением и эмоциями, самодисциплина и подчинение, просоциальное поведение. Застенчивое поведение детей воспринимается сверстниками как более положительное, чем в западно-ориентированных культурах, и больше связано с социальными принятием, нежели отвержением. Кросс-культурные отличия существуют и в восприятии агрессивного поведения, которое в «восточных» культурах воспринимается более негативно, а отвержение детей с таким поведением, более обоснованным [103, p.28].

Особенностью культурного контекста Казахстана является интеграция восточной и западной культур. Казахстана является поликультурным; по официальным данным на территории страны проживает более 100 национальностей, но самыми многочисленными этническими группами являются казахи (69%), русские (18,4%), узбеки (3,3%) и украинцы (1,4%). При этом, регионы Казахстана отличаются по этническому составу; например, в Туркестанской области (южный регион) проживает 75,8% казахов, 17,3% узбеков и только около 2% русских и украинцев, в то время как в Северо-Казахстанской области (северный регион) проживает 35,5% казахов, 49% русских и украинцев и только 0,1% узбеков [104].

Этнический состав обуславливает большее влияние восточной или западной культуры. А.Т. Малаева (1995) выявила преобладание группо-ориентированной направленности в южных регионах Казахстана, и преобладание индивидуально-ориентированных ценностей в северных регионах [105]. Позже, М.Н. Кунанбаева (2010) выявила, что коллективистическая направленность больше свойственна казахам, а индивидуалистическая – русским. При этом, у представителей казахского этноса регулятором социального поведения больше

выступает «стыд», а русского этноса «вина». По мнению автора, особенностью стыда, как нравственного регулятора, является ориентация на внешнюю оценку со стороны окружающих, а чувство вины больше связано с внутренними интернализированными нормами [106].

Учитывая, что в пределах Казахстана существуют значительные культурные различия в зависимости от региона проживания и этноса, можно предположить, что существуют особенности восприятия поведения детей с СДВГ сверстниками в разных регионах Казахстана.

Подводя итоги, к важным контекстным условиям социального отвержения детей с СДВГ можно отнести: знание учителей о природе СДВГ, их опыт работы и профессиональная готовность к обучению детей с данным расстройством, знания о СДВГ родителей и их умения управлять поведением детей, взаимоотношения учителей и родителей детей СДВГ, национальная политика поддержки и адаптации обучения детей с СДВГ в школе и культурный контекст.

1.3 Подход, основанный на сильных сторонах, в понимании и улучшении социального функционирования детей с СДВГ

Несмотря на то, что дети с СДВГ больше подвержены социальному отвержению, чем их типично развивающиеся сверстники, некоторым из них удается сохранять социальное положение в группе. В исследовании В. Ноа и её коллеги (2005) 5% детей с СДВГ имели социальный статус «популярные» и почти половина детей избежали статуса «отвергаемый» [12, p.420]. Опыт отношений детей с СДВГ со сверстниками гетерогенный; наличие данного расстройства не определяет обязательное социальное отвержение детей [68, p.883].

Социальное отвержение, как и другие результаты адаптации и развития детей, прогнозируется как факторами риска, так и факторами защиты [63, p.134], а также балансом между ними [62, p.99]. В социальной работе с детьми с СДВГ и их семьями требуется не только понимание факторов риска, но и активизация защитных механизмов [64, p.7]. Однако, на практике преобладает дефицито-ориентированный подход; уделяется мало внимания сильным сторонам детей с СДВГ и факторам, которые помогают им быть успешными, несмотря на расстройство [61, p.296; 107, p.369]. Центральной особенностью этого подхода является то, что индивиды, семьи или сообщества, являющиеся субъектами политики, исследований и практики социальной работы, воспринимаются как дефицитные или отличающиеся от «нормы», и поэтому требуют исправления [108]. Данный подход преобладает и в изучении проблем социального функционирования детей с СДВГ [54, p.30]. D. Hernández-Torrano, C. Faucher и M. Тунубаева (2021) отмечают, что в казахстанских школах преобладает дефицито-ориентированный подход [109, p.1175].

D. Saleebey выделил несколько причин в преобладании данного подхода в практике социальной работы. *Первая*, влияние диагностического ярлыка, когда опыт, знания и характер человека воспринимаются на фоне ярлыка расстройства или проблемы. *Вторая*, профессиональный скептицизм и пессимизм,

формирующиеся под воздействием длительного опыта работы с уязвимыми людьми. *Третья* причина – неравенство силы; социальный работник обладает привилегированными знаниями, институциональной ролью и нормативной позицией, что может вызывать неравенство «силы» между социальным работником и клиентом. *Четвертая*, отрицание контекста, когда профессионалы концентрируются на проблеме и не учитывают силу контекста. В приоритет ставятся индивидуальные факторы и упускаются экологические, такие как, культурные, социальные, политические, экономические. На практике, данный подход проявляется в преобладании интервенций, направленных на коррекцию самого человека и игнорирование ресурсов среды. *Пятая причина* – преобладание медицинской модели, когда лечение воспринимается как главное решение, в то время как семья, друзья и другое близкое окружение могут быть значимым источником для изменений [110, р.4-7].

R. Gilligan (2004) отмечает, что влияние дефицито-ориентированного подхода столь значимо, что даже при высоком уровне подготовки социальных работников «...их навыки оценки могут быть любопытно одномерными, поглощенными мыслями о дефиците и патологии» [62, р.97]. Также он отмечал, что фокус на дефиците, расстройстве и проблеме приводит к тому, что социальный работник имеет повышенное стремление корректировать, исправлять, менять [62, р.98].

Относительно детей с СДВГ, можно выделить несколько факторов, которые способствуют преобладанию дефицито-ориентированного подхода. *Во-первых*, использование понятия «расстройство» может препятствовать осознанию потенциала, сильных сторон и способностей, которыми обладают многие дети с СДВГ [111, р.196]. *Во-вторых*, СДВГ связано с широким спектром устойчивых трудностей детей в академической, поведенческой и социальной сферах [2, р.63; 55, р.166]. Это может приводить к сомнению школьных специалистов в возможностях детей справиться с этими трудностями. *В-третьих*, конфликты и взаимные обвинения школы и семьи, воспитывающей детей с СДВГ [100, р.595], могут усиливать стремление специалиста демонстрировать свои привилегированные знания и позицию. *В-четвертых*, интервенции, как правило, направлены на модификацию поведения детей с СДВГ, а контекстные факторы упускаются [54, р.30]. *В-пятых*, в отношении детей с СДВГ, за рубежом, сложился клинический подход, фокусирующийся на лечении детей, и крайне мало внимание уделяется роли социального работника, который может внедрять более комплексные и мультидисциплинарные интервенции. Иными словами, в отношении детей с СДВГ закрепились медицинская модель. По мнению A.Y. Mikami и S. Normand, дефицито-ориентированный подход не только ограничивает эффективность интервенции, но и способствует развитию стигматизирующей модели в работе с детьми с СДВГ [54, р.32].

В последнее время, в отношении детей с СДВГ наметился переход от дефицито-ориентированной модели работы к подходу, основанному на сильных сторонах (strengths-based approach) [61, р.296; 107, р.388]. Данный подход уже несколько десятилетий применяется в зарубежной практике социальной работы

и предполагает, что социальный работник «... для достижения цели находит и приукрашивает, изучает и использует сильные стороны клиента и ресурсы» [110, р.15].

Подход, основанный на сильных сторонах, опирается на следующие принципы: 1) убежденность, что каждый человек, семья или общество имеет сильные стороны и возможности справиться с трудной жизненной ситуацией; 2) кризисная ситуация может быть источником изменений и приобретения ценных качеств и способностей; 3) вера в безграничность возможностей роста и изменений индивида, группы или сообщества; 4) восприятие клиента как «эксперта», знающего лучше других собственную ситуацию и обстоятельства; 5) убежденность, что каждая среда полна ресурсов; 6) значимость повышение силы социальных отношений и связей, которые могут быть потенциальными источниками социальной поддержки [110, р.17-21].

Подход, основанный на сильных сторонах, очень важен в условиях школы, он помогает повысить чувствительность к индивидуальным различиям школьников и «...выстроить мост между домом и школой» [108, р.218]. В силу того, что дети с СДВГ имеют устойчивые академические, поведенческие и социальные трудности, они являются «...одной из групп населения, которая может значительно выиграть от переориентации на более позитивный подход в оценке и интервенциях» [61, р.295]. Этот подход может помочь переключить фокус специалистов, родителей и самих детей с трудностей в сторону поиска и использования того, что помогает им сохранить адаптацию; выявление сильных сторон детей, ресурсов в пределах семьи и школы [61, р.296].

Важно отметить, что подход, основанный на сильных сторонах, не означает отрицание проблем, с которыми сталкиваются дети с СДВГ. Этот подход представляет собой выявление и использование как защитных механизмов, так и факторов риска [64, р.7]. Иными словами, предполагает не только устранение дефицита, проблемы или расстройства, но и стимулирование сильных сторон и ресурсов.

Трансформация практики социальной работы должна происходить уже на этапе оценивания [62, р.97-98]. Е.А. Climie и S.M. Mastoras (2015) отмечают, что дефицито-ориентированный подход при проведении оценки потребностей уже «...направляет внимание родителей, детей, учителей на то, что происходит неправильно и как это исправить» [61, р.296]. При том, что родители детей с СДВГ постоянно сталкиваются с социальным осуждением со стороны общества [99, р.280], а сами дети с СДВГ постоянно сталкиваются с подчеркиванием их академических, социальных трудностей.

Задача социального работника выявить сильные стороны ребенка и ресурсы, находящиеся в его среде, которые по мнению R.Gilligan есть даже в самых сложных ситуациях: «...вопрос, возможно, не столько в том, есть ли сильные стороны, которые ждут, чтобы их заметили, сколько в том, есть ли у профессионалов глаза, чтобы их увидеть» [62, р.97]. Он подчеркивает, что важно на этапе оценивания социальной работы задавать вопрос родителям и детям о том, что идет хорошо и благополучно [112, р.189-191]. Это поможет сменить

фокус родителей, детей и учителей с проблем на их положительные качества, таланты и способности.

В исследованиях касаются детей с СДВГ, также, как и на практике, преобладает дефицито-ориентированный подход; большинство исследований фокусируется на проблемах, с которыми сталкиваются эти дети и факторах риска, которые могут объяснить нарушение социального функционирования детей [68, p.883-884]. A.R. Ray, S.W. Evans и J.M. Langberg (2017) считают, что это связано с преобладанием клинического подхода в исследованиях относительно детей с СДВГ, который направляет ученых стремиться «...выявить проблемы, которые можно лечить» [68, p.883].

В то же время, M.R. Dvorsky и J.M. Langberg (2016) отмечают, что наблюдается сдвиг в сторону изучения сильных сторон детей с СДВГ и факторов защиты, помогающих им предотвратить или снизить негативное влияние симптомов СДВГ [107, p.383-384]. K.I. Maton и коллеги (2004) отмечают, что *«...исследования, основанные на сильных сторонах, представляет собой понимание характеристик индивида и окружающей среды, защитных процессов, которые создают и поддерживают позитивные результаты адаптации и развития»* [108, p.13]. По мнению авторов, исследователи, придерживающиеся данной концепции, пытаются ответить на вопрос, почему некоторые люди, несмотря на неблагоприятные обстоятельства сохраняют адаптивное функционирование [108, p.14].

Е.А. Climie и S.M. Mastoras (2015) выделяет три направления в исследованиях относительно детей с СДВГ, основанных на сильных сторонах. Первое направление - изучение сфер, в которых дети с СДВГ не отличаются от типично развивающихся детей, а также те сферы, в которых они успешны. Например, выявлено, что дети с СДВГ обладают хорошим логическим мышлением [113, p.759-760], креативностью [114, p.234]. Второе направление - изучение факторов, которые защищают детей с СДВГ от негативных результатов. Эти защитные факторы могут быть как внутренние, так и внешние. Третье направление - получение интервенционных знаний с помощью оценки эффективности интервенций, основанных на сильных сторонах [61, p.297]. Несмотря на то, что интервенционные знания имеют более значимое прикладное значение в социальной работе [115, p.62], в первую очередь необходимы описательные и объяснительные исследования, которые могут стать источником для построения эффективных интервенций.

В аспекте настоящего исследования, необходимо выявление факторов, которые помогают детям с СДВГ избежать социальное отвержение. Важно отметить, что исследования, основанные на сильных сторонах, так же, как и практика, не предполагают игнорирование факторов риска, а заключаются скорее в подчеркивании необходимости уделять в исследованиях равного и явного внимания сильным сторонам, ресурсам и успехам, наравне с факторами риска [61, p.296, 110, p.22]. Такой подход поможет повысить понимание социального функционирования детей с СДВГ и гетерогенности в траектории их социальной адаптации.

Для понимания результатов развития детей с конца 20-го века в исследованиях социальной работы активно используется модель факторов риска и защиты [63, p.140; 116, p.105-106]. Для изучения социального функционирования детей с СДВГ эта модель начала применяться только в последнее десятилетие [61, p.297; 107, p.383-384; 68, p.883-884]. Данная концептуальная рамка исследования предполагает, что существуют факторы риска и факторы защиты. Факторы риска повышают вероятность тех или иных негативных результатов, а факторы защиты ее снижают [63, p.132].

Согласно данной модели, существует несколько важных аспектов в идентификации *факторов риска*. Во-первых, факторы риска могут быть кумулятивными и специфическими. *Кумулятивные* (неспецифические) риски влияют на многие проблемы ребенка. Например, жестокое обращение с детьми, хронические семейные конфликты, которые повышают риск многих негативных результатов развития и адаптации детей. Эти риски иногда могут быть важнее, чем специфические. *Специфические* риски более ясно связаны со специфическими социальными проблемами и проблемами здоровья. Например, отсутствие вины, которое больше связано с расстройством поведения, физической агрессией и делинквентным поведением, чем с депрессией. N.W. Fraser и коллеги аргументируют, что необходим интегрированный подход, когда в комплексе изучаются как кумулятивные, так и специфические риски. Во-вторых, факторы риска могут быть в пределах индивидуальных особенностей и могут быть связанными с жизненным опытом и средой. *Индивидуальные риски* и *контекстные риски* взаимосвязаны друг с другом. Контекстные факторы риска (семья, район проживания и т.д.) могут усиливать индивидуальные риски, и наоборот. индивидуальные факторы включены и влияют на контекстные [63, p.132-133]. В-третьих, важной характеристикой в выборе фактора риска является то, насколько много людей в исследуемой группе он затрагивает и является ли он *существенными в данном конкретном жизненном контексте*. В-четвертых, необходимо уделять приоритетное внимание факторам, которые могут быть *модифицированы*, то есть могут поддаваться изменениям с помощью внешних вмешательств [116, p.113].

Факторы защиты прогнозируют будущие положительные результаты или снижают вероятность отрицательных [63, p.134]. Защитные факторы, как и факторы риска, могут быть специфические и кумулятивные, индивидуальные и контекстные. Также защитные факторы могут отличаться по степени модифицируемости. Рекомендуются оценивать модифицируемые факторы защиты, так как их можно изменить в интервенциях [63, p.134; 116, p.113].

Существует два защитных механизма: компенсаторный (compensatory) и модулирующий (moderating). *Компенсаторный* защитный механизм напрямую редуцирует проблему или расстройство, не влияя на факторы риска. В статистике данный эффект обозначается как «основной» (main effect). *Модулирующий* эффект оказывает иное действие; он изменяют силу связи между фактором риска и негативным результатом. Часто данный эффект называют интерактивным (interaction effect) или буферизующим (buffering effect).

Факторы, имеющие подобный эффект, уменьшают негативное влияние риск факторов, выступая буфером от их полного влияния [63, p.134; 116, p.107; 117, p.172].

Важно отметить, что модулирующий защитный эффект более важен в контексте риска, в группе людей более уязвимых к той или иной проблеме, потому что он дает возможность оценить защитный механизм в условиях риска. Для оценки буферизирующего эффекта необходимо наличие нормативной выборки (группы сравнения), так как в группе с высоким уровнем риска сложно отделить компенсаторный эффект от буферизирующего. Изучение основного и интерактивного влияния одновременно позволяет выявить, является ли защитный механизм настолько сильным, что оказывает еще более сильное, положительное воздействие на детей, подвергшихся неблагоприятным воздействиям [63, p.135].

Таким образом, для полного изучения факторов, способствующих предотвращению или снижению социального отвержения детей с СДВГ, необходимо тестирование обоих защитных механизмов: компенсаторного и модулирующего. Кроме того, для полного тестирования второго необходима нормативная выборка группы сравнения из числа типично развивающихся детей. Это согласуется с мнением D. Murray-Closee и коллег (2010) о том, что для понимания проблем сверстников у детей с СДВГ важна нормативная выборка [52, p.786].

Следующий важный вопрос – это идентификация определенных факторов защиты. R. Gilligan (2004) отмечает, что важно рассматривать проблемы адаптации ребенка в пределах трех областей защитных механизмов: ребенок, родительский контекст и более широкий социальный контекст [62, p.93]. В рамках модели факторов риска и защиты выделяются факторы трех уровней: индивидуального, семейного и социального [63, p.134].

Индивидуальные факторы находятся в пределах самого ребенка и являются сильными сторонами, которые помогают справиться с неблагоприятными условиями. К ним могут относиться интеллектуальные способности, социальные навыки, культурные убеждения, другие качества и особенности поведения детей. *Семейные и социальные факторы* связаны с контекстом взаимодействия с окружающими его людьми. К семейным факторам относятся такие кумулятивные защитные механизмы, как например, семейная сплоченность и поддержка. Позитивный школьный опыт, положительные отношения с учителем и со сверстниками являются внесемейными социальными защитными механизмами [63, p.134-135; 107, p.381-382]. M.R. Dvorsky и J.M. Lanberg (2016) утверждает, что лучше *оценивать защитные механизмы разных уровней (индивидуального, семейного и социального) одновременно* [107, p.387].

Таким образом, с целью избежать стигматизирующей модели интервенций в предотвращении и снижении социального отвержения детей с СДВГ, социальная работа должна опираться на подход, основанный на сильных сторонах. Необходимо актуализировать сильные стороны и ресурсы детей с СДВГ и их семей. Подобные стратегии могут также способствовать позитивному

восприятию детей с данным расстройством в школе. В то же время, для построения подобных вмешательств необходимо улучшение понимания того, какие факторы повышают вероятность социального отвержения детей с СДВГ, а какие ее снижают. Необходимо изучение факторов риска и факторов защиты, компенсирующих или редуцирующих их негативное влияние на социальное положение детей в группе сверстников. Идентификация этих факторов для последующего тестирования должна опираться на интегрированный подход, предполагающий включение и кумулятивных и специфических факторов. Кроме того, оценка модифицируемых как факторов риска, так и факторов защиты, может стать «ключом» к эффективным интервенционным стратегиям. Также данный подход предполагает одновременное тестирование защитных механизмов трех уровней; индивидуального, семейного и социального, при этом необходимо оценить их влияние не только в группах высокого риска отвержения, но и в нормативных группах сравнения.

1.4 Анализ предшествующих исследований факторов социального отвержения детей с СДВГ

1.4.1 Влияние факторов риска социального отвержения

Факторы риска повышают вероятность возникновения или устойчивости то или иной проблемы [63, p.132]. Следовательно, факторам риска социального отвержения детей с СДВГ являются факторы, которые прогнозируют его возникновение, интенсивность или устойчивость. В Казахстане какие-либо исследования подобных факторов не проводились, поэтому данный раздел описывает зарубежные исследования.

Индивидуально обусловленные характеристики детей вносят вклад в опыт их отношений со сверстниками. Это могут быть социально-демографические характеристики (возраст, пол и т.д.), особенности личности и поведения [45, p.179]. Выявлено, что возраст детей с СДВГ не является значимым фактором, прогнозирующим их социальное отвержение [12, p.419]. Относительно гендерных различий, результаты противоречивые; исследования с участием гендерно сбалансированных выборок показали, что социометрический статус среди девочек с симптомами СДВГ [67, p.395], также, как и девочек с симптомами гиперактивности в отдельности [118, p.638] более низкий чем среди мальчиков. В другом исследовании родители детей с симптомами СДВГ сообщили о более высоком уровне проблем со сверстниками у мальчиков [119, p.589-590]. В группе с клинически диагностированным СДВГ гендерные различия в социальных проблемах детей, оцененных сверстниками [12, с.419], родителями [120, p.706] и учителями [14, p.784] не выявлены. Только при наличии сопутствующих проблем поведения девочки имели более нарушенное социальное функционирование, чем мальчики с похожим уровнем проблем поведения [14, p.784].

Таким образом, пол и возраст не являются значимыми факторами в прогнозировании социального отвержения детей с клинически диагностированным СДВГ. Кроме того, данные факторы риска не могут быть

модифицируемы. В связи с этим, данные социально-демографические характеристики, в настоящем исследовании не рассматриваются как индивидуальные факторы прогнозирования социального отвержения детей с СДВГ.

Широко изучено влияние индивидуальных рисков социального отвержения связанных с симптомами СДВГ. Получены доказательства, что симптомы СДВГ, невнимательность, гиперактивность и импульсивность, прогнозируют социальное отвержение сверстникам как в отношении детей с клинически установленным диагнозом [120, р.707], так и в общей школьной выборке детей с наблюдаемыми симптомами данного расстройства [67, р.394; 16, с.324]. СДВГ часто сопутствуют эмоциональные и поведенческие проблемы [55, р.166.]. Интернализирующие проблемы (тревожность, депрессия) и экстернализирующие (агрессивность, эмоциональная реактивность) коррелируют с социальным принятием и отвержением детей с СДВГ [18, р.7-8].

Гиперактивность, импульсивность и невнимательность, интернализирующие и экстернализирующие проблемы можно отнести к специфическим факторам риска, так как именно они являются индивидуальными характеристиками, которые дети с СДВГ приносят в общение со сверстниками и могут служить источником негативной реакции и отношений со стороны одноклассников [44, р.17]. Данные характеристики представляют собой комплекс эмоциональных и поведенческих проблем детей с СДВГ, которые подвержены модификации, поэтому представляет интерес для настоящего исследования.

Важным фактором риска социального отвержения детей индивидуального уровня являются также академические трудности. В общей школьной выборке получены доказательства, что дети с низким уровнем академической успеваемости являются менее социально принятыми своими сверстниками, чем одноклассники с высоким уровнем учебных достижений [121, р.415]. Этот факт получил подтверждение и в отношении детей с СДВГ [65, р.362-364].

В последнее время растет внимание к вкладу родителей в отношения детей с СДВГ со сверстниками [122, р.1059; 53, р.721]. Одним из факторов, способствующих нарушению взаимоотношений со сверстниками является родительское отвержение, которое можно отнести к кумулятивному фактору риска, так как он вызывает большое количество негативных последствий [63, р.132].

Относительно факторов социального уровня, все больше внимание качеству отношений в диаде «учитель-ученик». Выявлено, что дети с СДВГ имеют более конфликтные отношения с учителем [7, р.280]. При этом, в общей школьной выборке доказано, что такие отношения прогнозируют социальное отвержение сверстниками [66, р.476-477], следовательно, конфликтные отношения могут быть существенным фактором риска для детей с СДВГ.

Таким образом, можно выделить два важных индивидуальных фактора социального отвержения детей с СДВГ: эмоционально-поведенческие и академические трудности детей, и два контекстных: родительское отвержение

(семейный уровень), конфликтные отношения «учитель-ученик» (социальный уровень). Социальное отвержение происходит в классе, следовательно, индивидуальные особенности детей и их взаимодействие с учителями могут быть определены как специфические факторы риска, в то время как семейные факторы в большей степени связаны с кумулятивными процессами [123, р.2]. Выбор данных факторов дает возможность рассмотреть специфические и кумулятивные риски, а также риски трех уровней в одной прогностической модели.

Эмоционально-поведенческие и академические трудности детей с СДВГ

Эмоциональные и поведенческие проблемы детей с СДВГ были первыми факторами риска социального отвержения, на которые обратили внимание зарубежные исследователи. Возможно, это связано с тем, что именно невнимательное, незрелое, агрессивное поведение являются основными формами социального поведения, повышающими вероятность социального отвержения сверстниками [44, р.19-21].

Влияние симптомов СДВГ на социальное отвержение детей доказано как в общей школьной, так и в клинической выборке. В.Ф. Andrade и R. Tannock (2014) в лонгитюдном исследовании выявили, что симптомы гиперактивности и импульсивности детей неклинической выборки ($n = 492$, 6-10 лет, 49% девочки) прогнозируют проблемы со сверстниками на 2-ом году наблюдения [16, р.324]. В восточной культуре также доказано негативное влияние симптомов СДВГ; Y. Kawabata и коллеги (2012) обнаружили, что дефицита внимания и гиперактивность детей северного Тайваня ($n = 2\ 463$, 1-9 классы) коррелируют с их школьными социальными проблемами (буллингом и социальным отвержением) [50, р.183]. Невнимательность, гиперактивность и импульсивность детей с клинически установленным диагнозом СДВГ ($n = 143$, 5-11 лет) связаны с ухудшением социальных навыков и повышением агрессивного поведения [51, р.197].

СДВГ часто сопровождается эмоциональными проблемами детей с СДВГ. Из-за незрелости функций коры головного мозга дети с СДВГ испытывают трудности с эмоциональным самоконтролем [9, с.49-51]. Р. Shaw и его коллеги (2014) выявили, что 55-75% детей с СДВГ страдают от эмоциональной дисрегуляции [124, р.290]. N.G. Fogleman и коллеги (2018) изучали прямой и медиативный эффект эмоциональной дисрегуляции на виктимизацию детей с СДВГ ($n=133$, 7-13 лет, 87 мальчиков) и их сверстников без данного расстройства ($n=77$, 41 мальчик). Они выявили, что эмоциональная дисрегуляция напрямую влияет на виктимизацию детей обеих групп, а также, что СДВГ снижает эмоциональную регуляцию, которая в свою очередь связана с виктимизацией. Интересно, что в этом исследовании симптомы были связаны с виктимизацией, только когда к ним присоединялись проблемы эмоциональной регуляции [125, р.2435].

Широко доказано, что дети с СДВГ чаще проявляют раздражительность, физическую и вербальную агрессию, чем их типично развивающиеся сверстники [126]. L.V. Thorell и его коллеги (2016) выявили, что проявление гнева у детей с

СДВГ ($n = 91$) связано с негативными номинациями, полученными от сверстников [18, р.8]. Также выявлено, что агрессивное поведение детей с СДВГ коррелирует с социальным отвержением и дети, проявляющие агрессию, имеют особый риск быть отвергнутыми [19, р.839].

Одной из форм социального поведения, повышающего риск социального отвержения детей, является социальная тревожность [44, р.27-28]. Н.Н. Заваденко и его коллеги (2010) изучали трудности социально-психологической адаптации детей с СДВГ. Учителя и родители, принявшие участие в их исследовании, отмечают, что дети с СДВГ часто выглядят беспокойным и озабоченным; чувствует себя несчастным, унылым, готовы расплакаться, в новой обстановке становятся нервными, легко теряет уверенность и испытывают страхи [127, с.55]. В. Викторова (2010) и А.М. Романов (2012) получили статистические доказательства того, что дети с СДВГ младшего школьного возраста обладают более высоким уровнем тревожности и страхов, чем их типично развивающиеся сверстники [126, с.11-12; 90, с.12-14].

S.P. Vecker и коллеги (2019) выявили, что социальная тревожность детей с СДВГ ($n=93$, 8-12 лет, 66% мальчиков) прогнозирует отвержение сверстниками в форме исключения и игнорирования [128, р.116-117]. N.D. Fogleman и коллеги (2018) в краткосрочном лонгитюдном исследовании изучили влияние широкого спектра эмоциональных проблем (депрессия, тревожность и замкнутость). Результаты показали, что данные проблемы, измеренные на начальном этапе наблюдения, прогнозируют виктимизацию детей с СДВГ ($n=42$, 8-12 лет) через 6 месяцев [125, р.2435].

Часто, к СДВГ присоединяются проблемы поведения, ухудшая адаптацию детей [2, р.62]. А.У. Mikami и J. Lorenzi (2011) выявили, что дети с СДВГ ($n=63$, 6–10 лет, 67% мальчики) с высоким уровнем проблем в поведении имели более нарушенные отношения со сверстниками, чем дети с СДВГ с низким уровнем поведенческих проблем [14, р.784]. Иными словами, проблемы поведения усиливают негативное влияние симптомов СДВГ на отношения со сверстниками.

Доказано, что дети с СДВГ испытывают больше академических трудностей и имеют ниже академическую успеваемость, чем их типично развивающиеся сверстники [6, р.380, 7, р.279]. Y. Kawabata и коллеги (2012) в поперечном исследовании с участием большой школьной выборки ($n=2463$, 1-9 классы) выявили отрицательную корреляцию симптомов СДВГ и академических результатов. При этом, эта взаимосвязь усиливалась у детей более старшего возраста (4-9 классы) [50, р.184]. А.У. Mikami и коллеги (2006) подтвердили это в 6-летнем лонгитюдном исследовании с участием детей с клинически установленным диагнозом [11, р.831].

Это связано с трудностями в концентрации внимания; из-за незрелости функций лобной коры головного мозга ребенку трудно сосредоточиться во время учебного занятия, еще сложнее удержать внимание, не отвлекаясь на посторонние стимулы. В связи с нарушением исполнительной функции; ребенку с СДВГ сложно самостоятельно организовать и контролировать свою

деятельность, следить за временем [9, с.56-58]. Также дети с СДВГ имеют менее зрелые и эффективные учебные мотивы, чем их типично развивающиеся сверстники [129, с.7].

В отношении детей общей школьной выборки получены широкие доказательства взаимосвязи их академических трудностей и социального положения в классе. J.N. Hughest и D. Zhang (2006) обнаружили, что дети первого класса с низкой успеваемостью были менее приняты одноклассниками, чем их сверстники, которые демонстрировали более высокую успеваемость [121, р.415]. В отношении детей с СДВГ, исследования влияния академических трудностей на социальное отвержение ограничены. M. Flicek (1992) оценил влияние сочетания СДВГ с разной степенью академических трудностей на социальное принятие и отвержение сверстниками. Важно отметить, что в США дети с СДВГ, которые имеют значительные трудности в обучении из-за тяжести расстройства могут быть отнесены к категории детей с особыми образовательными потребностями (ООП). Исследователь разделил детей 2-6 классов на 6 групп: 1) дети с СДВГ и ООП ($n=18$), 2) дети с СДВГ и низкой академической успеваемостью ($n=19$), 3) дети с СДВГ без академических трудностей ($n=33$), 4) дети с ООП ($n=34$), 4) дети с академической неуспеваемостью ($n=29$) и 6) контрольная группа детей без СДВГ и академических трудностей ($n=116$). Результаты показали, что дети второй группы имели более высокий уровень социального отвержения, чем дети контрольной группы. Дети третьей группы не отличались от контрольной группы по уровню социального отвержения, а дети первой группы (СДВГ и ООП) имели наиболее высокий уровень социального отвержения в сравнении с остальными 5 группами. Иными словами, чем сильнее негативные последствия СДВГ на обучение и выше академические трудности, тем выше вероятность социального отвержения детей [65, р.362-364].

В недавнем исследовании N. Zendarski и коллеги (2020) изучили влияние академического фактора на виктимизацию детей с СДВГ ($n=121$, 89% мальчики, средний возраст 13 лет). Авторы рассматривали виктимизацию как опыт детей, испытывающих агрессию со стороны сверстников разной формы, а также исключение или социальную изоляцию в группе сверстников. Выявлено, что низкая успеваемость, низкий уровень академической компетенции и плохое отношение к школе прогнозировали виктимизацию детей с СДВГ [130, р.7].

Таким образом, эмоционально-поведенческие проблемы, которые включают в себя невнимательность, гиперактивность, импульсивность, тревожность, эмоциональную дисрегуляцию, агрессию и нарушения правил поведения, а также академическая успеваемость являются значимыми индивидуальными факторами риска социального отвержения детей с СДВГ в группе сверстников.

Родительское отвержение

Существует множество аспектов взаимодействия в диаде «родитель-ребенок», например, воспитание, родительские убеждения, детско-родительские отношения, стили воспитания и др. Однако, их основой является родительское принятие или непринятие ребенка [131, с.109]. Т.И. Бонкало (2009) считает, что

эмоциональный компонент, который «...выражается в переживаниях, чувствах, действиях и поведенческих реакциях» [132, с.913], является основой поведенческих паттернов взаимодействия родителя с ребенком. В последние десятилетия исследователи все больше фокусируют свое внимание именно на родительском принятии и отвержении как измерении теплоты воспитания [133, p.286; 134, p.113; 135, с.75]. Это измерение не зависит от какой-либо конкретной ситуации и представляет атмосферу, в которой происходят взаимодействия между родителями и детьми [136, p.267].

R. Rohner (1986, 2014) в своей теории межличностного принятия/отвержения вводит понятие «измерение тепла» (warmth dimension), которое представляет собой континуум тепла и привязанности испытываемого в отношении детей в форме одобрения, выражения привязанности, нежности и поддержки. На одном конце этого континуума родительское тепло, на другом родительское отвержение. R. Rohner определяет родительское отвержение как «физически и психологически ранящее поведение» [24, p.21] и выделяет три его формы: 1) враждебность/агрессия; 2) безразличие/игнорирование; 3) недифференцированное отвержение (рисунок 3).

Автор теории разграничивает внутреннее эмоциональное отношение и внешнее проявление отвержения. Враждебность и безразличие – это внутренние эмоции и чувства, а агрессия и игнорирование – внешнее поведенческое демонстрация внутреннего состояния. Враждебность – это гнев и неприязнь в отношении детей, которая внешне проявляется в вербальной и физической агрессии. Безразличие – это отсутствие беспокойства за ребенка и отсутствие стремления к заботе, которое проявляется в том, что родители не предпринимают попыток удовлетворения физических, медицинских, образовательных и других потребностей детей, не дают ответной реакции во взаимодействии с ребенком, невнимательны к его просьбам. Недифференцированное отвержение – это общее чувство неприятия ребенка [24, p.21-23].

R. Rohner отмечает, что субъективное восприятие ребенком родительского принятия и отвержения может отличаться от восприятия родителей, также как и от объективного наблюдения, поэтому в своей теории он придерживается феноменологического подхода, так как субъективное восприятие зависит от распространенности родительского отвержения в конкретном обществе и культуре [24, p.24-26].

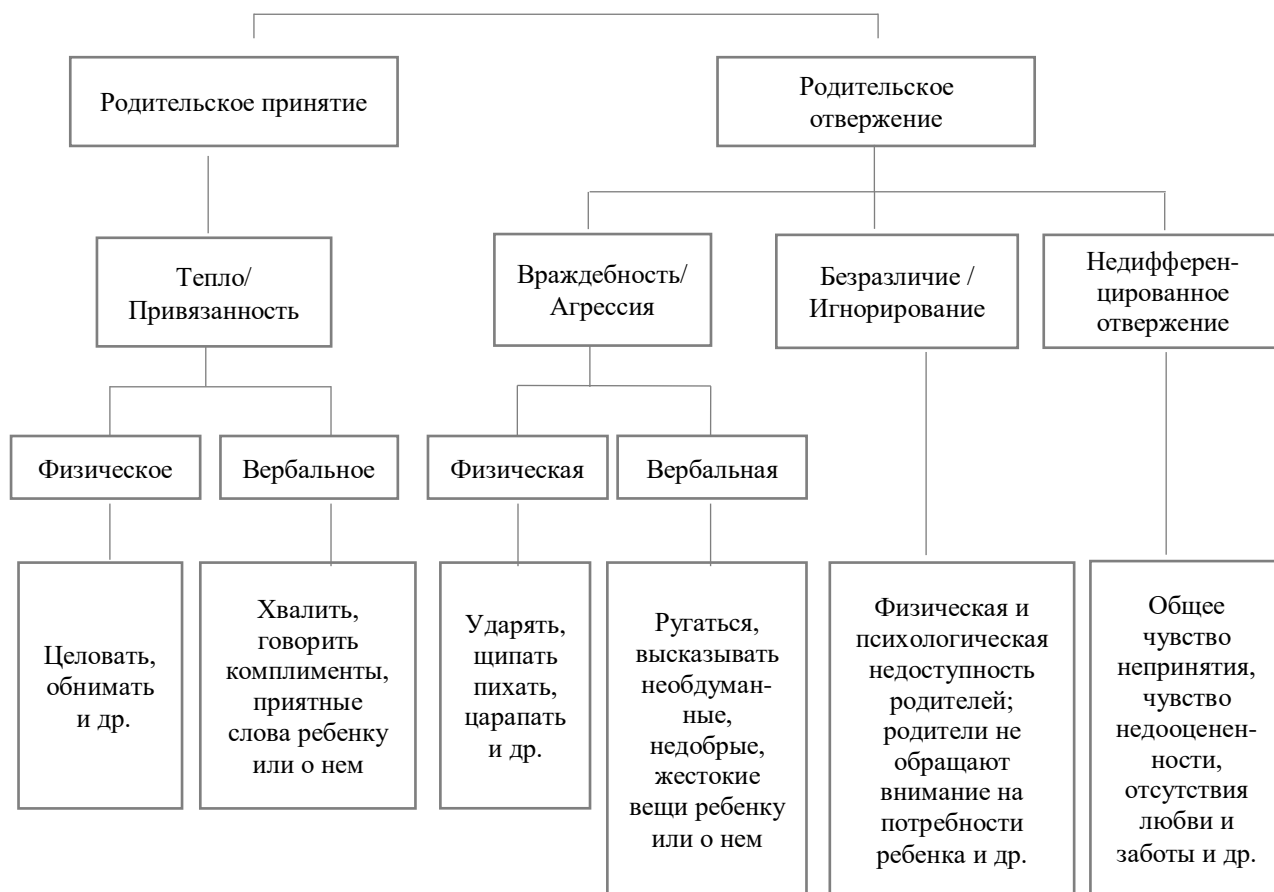


Рисунок 3 - Концептуальная основа теории родительского принятия/отвержения (R. Rohner, 1986, 2014)

Забота о детях с СДВГ связана с высокой эмоциональной нагрузкой родителей. J. Corcoran и B. Schildt (2017) проанализировав качественные исследования жизненного опыта родителей, воспитывающих детей с СДВГ, отмечают, что их негативные эмоциональные состояния связаны с тем, что они прилагают постоянные усилия в течение дня для того чтобы управлять гиперактивным, импульсивным и невнимательным поведением детей [137, p.281]. Одним из основных источников конфликтов между родителями и детьми с СДВГ является школьное обучение. Нарушение исполнительных функций способствует тому, что детям с СДВГ тяжело сконцентрироваться, а контроль за выполнением домашнего задания является одним из триггеров жестокого обращения в отношении детей [138, p.13]. При этом, академическое давление со стороны школы еще больше усиливает напряжение в отношениях родитель-ребенок [82, p.183-184].

Академические трудности и другие проявления «неуспешности» детей с СДВГ воспринимаются родителями как неуспех. Т.И. Бонкало (2009) и В.П. Глушкова (2010) выявили, что родители детей с СДВГ склонны недооценивать ребенка, воспринимать его как неуспешного, несамостоятельного и неприспособленного [132, с.914; 15, с.21]. Родителям детей с СДВГ свойственна «...досада на то, что он не так «хорош», как бы хотелось, недостаточно

самостоятелен, инициативен, независим, талантлив, оригинален, не так успешен, как, может быть» [132, с.914]. Эта неудовлетворенность приводит к родительскому непринятию; выявлено, что родительское отвержение имеет тесную корреляционную связь со степенью рассогласования между представлениями об идеальном и реальном ребенке [132, с.915-916].

А.С. Gerdes и В. Noza (2006) выявили, что матери детей с СДВГ испытывают более негативные эмоции (гнев, разочарование, стыд и раздражение) и проявляют более властное поведение в ответ на невнимательно-импульсивное поведение детей, чем матери типично развивающихся детей [139, р.352]. В предыдущем исследовании А.С. Gerdes с коллегами (2003) выявили эту закономерность и в отношении отцов детей с СДВГ [140, р.371]. А. Романова (2012) подтвердил эти различия, оценив уровень отвержения, воспринимаемого родителями, а Л.А. Белозерова и Е.А. Брагина (2018) получили подтверждения, используя в качестве источника информации детей с СДВГ [141, с.167]. G. Trapp и его коллеги (2007) выявили, что взаимодействие родителей и детей в семьях детей с СДВГ не только менее теплое, но и менее активное и менее эффективное, чем в семьях с детьми без СДВГ [142, р.396-397]. Влияние симптомов СДВГ на родительское принятие и отвержение было доказано и в лонгитюдном исследовании; Е.С. Shelleby и J. Ogg (2019) используя данные национального исследования с участием большой школьной выборки ($n=3386$), выявил, что симптомы СДВГ, измеренные в возрасте 5 лет, отрицательно прогнозировали родительское тепло в возрасте 9 лет [143, р.7].

Родительское отвержение связано с тем, что нарушается фундаментальная человеческая потребность в принадлежности (need to belong) – «...повсеместное стремление к формированию и поддержанию, по крайней мере, минимального количества прочных, позитивных и значимых межличностных отношений» [144, р.497]. Дети нуждаются в позитивных и прочных отношениях с родителями и другими значимыми взрослыми. В ситуации отсутствия таких отношений у детей формируется «синдром отвержения», который вызывает тревожность, гнев, агрессию, понижение самооценки и т.д. [25, р.26; 131, с.110].

Родительское отвержение связано не только с отсутствием чувства защищенности, привязанности и одиночества, оно закладывают набор ожиданий, установок и поведенческих паттернов, которые ребенок привносит в отношения со сверстниками [145, р.460]. Parke, Burks, Carson, Nevill и Boyum (1994) предприняли попытку объяснить связь систем отношений: «родитель-ребенок» и «ребенок-сверстники». Ими разработана трехсторонняя модель отношений «семья-сверстники», которая включает в себя 3 компонента и предполагает, что родители стимулируют развитие социальной компетентности детей через: 1) позитивные детско-родительские взаимоотношения, которые дети переносят на модель отношений со сверстниками; 2) обучение ребенка социальным навыкам, объяснения и помощь в решении сложных социальных ситуаций; 3) структурирование социальной среды ребенка с целью расширения возможностей для развития социальных навыков. Данная модель получила подтверждение в общей школьной выборке; D.J. McDowell, D. Ross и R.D. Parke

(2009) провели короткое лонгитюдное исследование с участием детей 4 классов ($n=159$; 82 мальчика, средний возраст - 10 лет). Результаты показали, что все 3 компонента прогнозируют улучшение социальных навыков детей и их последующее социальное принятие через 1 год после начала наблюдения [47, p.225].

В отношении детей с СДВГ, получило подтверждение влияние второго и третьего компонента данной модели. В экспериментальном исследовании родители рассматривались как «первичные агенты изменений» в социальном функционировании детей с СДВГ. Родители обучались быть «тренерами дружбы» для своих детей, они должны были создавать социальные возможности для своих детей, поощрять их отношения со сверстниками и обучать их социальным навыкам. Результаты показали, что дети с СДВГ, включенные в интервенцию ($n=32$, 6-10 лет), имели более высокий уровень социальных навыков и ниже уровень социального отвержения, чем дети контрольной группы [146, p.745].

Реализация роли «инструктора» в понимании и решении социальных ситуаций невозможна в ситуации негативного взаимодействия родителя и ребенка, а расширение социальной среды невозможно в ситуации безразличия и игнорирования родителей. В связи с этим, родительское отвержение можно считать более существенным и кумулятивным фактором риска отвержения сверстниками.

В отношении общей школьной выборки родительское отвержение, как фактор риска социального отвержения детей, рассмотрен намного раньше. М. Putallaz (1987) выявил, что принятие и привязанность родителей положительно связаны с социальным предпочтением детей ($n=42$, 6-12 лет), а родительского отвержения – отрицательно [147, p.332-333]. В недавнем краткосрочном лонгитюдном исследовании Р. Stavriniades и коллеги (2017) также выявили роль родительского отвержения в прогнозировании виктимизации детей ($n=846$, 10-14 лет) в школьной среде. При этом, уровень виктимизации положительно прогнозируется родительским отвержением как со стороны матери, так и отца [148, p.5-6].

Относительно исследований социального отвержения детей с СДВГ, внимание к семейным факторам риска появилось относительно недавно. N.M. Kaiser, K. McBurnett и L.G. Pfiffner (2011) выявили, что негативное воспитание (непоследовательное дисциплинирование и телесные наказания) связано с более низкими социальными навыками детей с СДВГ в возрасте 5-11 лет. При этом, негативное воспитание усиливает негативное влияние СДВГ на социальные навыки и поведение детей [51, p.197-198]. Эффект негативного воспитания на социальные навыки выявлен и у более старших детей с СДВГ в возрасте 10-14 лет [68, p.893-894].

Доказано влияние негативного взаимодействия и на социальное положение детей с СДВГ в группе сверстников. А.У. Mikami и его коллеги (2010) выявили, что проявляемый родительский критицизм во взаимодействии с детьми ($n=124$, 68% мальчики, 6-10 лет, из них 62 с СДВГ и 62 группы сравнения), проявляемый

в сосредоточенности родителей исключительно на нежелательном поведении детей во время игры в лабораторных условиях, имеет отрицательную корреляционную связь не только с социальными навыками, но и с социальным принятием в группе сверстников, а также положительную с отвержением [53, р.730-732].

Учитывая влияния негативного взаимодействия «родитель-ребенок» на социальное принятие детей с СДВГ в лабораторных условиях и существующие доказательства в общей школьной выборки, можно предположить, что родительское отвержение будет выступать значимым фактором риска социального отвержения детей с СДВГ в школе.

Конфликтные отношения «учитель-ученик»

Отношения «учитель-ученик» являются значимым фактором школьной адаптации; качество этих отношений проспективно прогнозирует академические навыки, академическую успеваемость, дисциплинированность, уменьшение проблем с поведением в начальной школе [149, р.186]. В Казахстане и странах СНГ отношения «учитель-ученик» концептуализируются как стиль педагогического общения [150, с.22] и измеряются как отношения учителя со всем классом. За рубежом существует другой подход, когда отношения «учитель-ученик» рассматриваются с позиции взаимодействия учителя с отдельным учеником.

R. Pianta (2001) выделил три основных аспекта качества отношений учителя с определенным учеником: конфликт, близость и зависимость. Под конфликтными отношениями он понимает взаимоотношения, когда учитель борется с ребенком, воспринимает ребенка как злого или непредсказуемого. Конфликт в отношениях заставляет учителя чувствовать себя эмоционально истощенным и неэффективным. Близость в отношениях между учителем и ребенком характеризуется теплотой, позитивными эмоциями и открытым общением. Зависимость связана с тем, что ребенок чрезмерно зависим от учителя; сильно реагирует на отношение учителя к нему, просит помощи от учителя, когда она не нужна [151, р.2]. Предложенные измерения основаны на восприятии учителем его отношений с отдельным учеником и дают широкие возможности для эмпирического изучения. Данная концепция является более подходящей для настоящего исследования, так дает возможность измерить и оценить влияние качества отношений в диаде «учитель-ученик СДВГ» на социальное отвержение.

Положительное взаимодействие «учитель-ученик» связано с академической успеваемостью, самооэффективностью, просоциальным поведением детей с СДВГ [152, р.136]. M. Rogers и его коллеги (2015) выявили, что тесная связь детей с СДВГ 6-10 летнего возраста с учителем помогает сохранить их академическую мотивацию даже несмотря на их поведенческие проблемы и академические трудности [153, р.342]. D. Granot (2016) в исследовании с участием детей с СДВГ в возрасте 8-14 лет выявил, что безопасные отношения между учителем и учеником уменьшают поведенческие проблемы детей и улучшают навыки обучения [154, р.426-427].

В то же время, проявление симптомов СДВГ оказывает значительное влияние на качество отношений учителя с учеником; статус СДВГ (его наличие или отсутствием у ребенка) объясняет 19% дисперсии отношений «учитель-ученик», оцененных учителем, и 16% дисперсии восприятия этих отношений учеником [153, p.340-341]. L.E. Prino и коллеги (2016) выявили, что учителя воспринимают свои отношения с детьми с СДВГ ($n=56$, средний возраст - 8 лет) как более конфликтные и менее положительные, в сравнении с типично развивающимися детьми [155, p.99-100]. N. Zendarski и его коллеги (2020) подтвердили это в большей выборке детей первого класса из 43 австралийских школ (6-8 лет, 177 детей с СДВГ, 208 детей без СДВГ). Дети с СДВГ также сообщают о нарушениях во взаимодействии с учителем; они испытывают более низкий уровень взаимного доверия и связи в сравнении с детьми без симптомов СДВГ [7, p.280].

Дети с СДВГ имеют более конфликтные отношения не только в сравнении с типично развивающимися сверстниками, но и в сравнении с другими детьми с особыми образовательными потребностями. G.D. Santos, S. Sardinha и S. Reis (2016) изучали отношения учителей с учениками 6-12 лет, имеющих СДВГ ($n=16$), расстройство аутистического спектра ($n=20$), церебральный паралич ($n=13$) и умственную отсталость ($n=21$). Они выявили, что отношения учителей с детьми с СДВГ более конфликтны, чем с детьми других категорий. При этом, уровень конфликтности отношений возрастает с возрастом [156, p.952].

Причиной столь сильных нарушений в качестве отношений «учитель-ученик» является проявление симптомов СДВГ и сопутствующие трудности. В силу недостатка внимания, гиперактивности и импульсивности учителя склонны больше фокусироваться на проблемном поведении, усиливать контроль и дисциплину детей с СДВГ [157, p.149-150] и воспринимать детей с СДВГ как неудачливых, неприспособленных, трудных, невоспитанных [15, с.22]. Ю.С. Чмутова выявила, что учителя детей с СДВГ склонны использовать неконструктивный стиль педагогического взаимодействия, а именно манипулятивные и авторитарные стратегии поведения [150, с.23-24]. N. Zendarski и коллеги (2020) изучили факторы, которые больше всего связаны с качеством отношений «учитель-ученик» в группе детей с СДВГ, как в пределах ребенка, так и учителя. Они выявили, что проблемы поведения детей с СДВГ (наравне с полом и просоциальным поведением) являются более значимы в прогнозировании качества отношений между учителем учеником, по сравнению с детьми, не имеющими данного расстройства [7, p.280]. M. Al-Yagon с коллегами (2016) выявили, что дети с СДВГ и академическими проблемами имели более негативные отношения с учителем, в сравнении с детьми с СДВГ без сопровождающих академических трудностей [158, с.14].

Качество отношений детей с учителем оказывает влияние на их социальное положение в группе сверстников. Учитель является «главным архитектором» атмосферы в классе. По мнению A.Y. Mikami, M.D. Lerner и J. Lun (2010) поведение учителя устанавливает модель отношений со сверстниками; реакции учителя на поведение ребенка дает другим детям сигналы о том, следует ли

оценивать поведение ребенка как девиантное [86, p.126]. Отношения «учитель-ученик» является важной частью социального контекста отношений со сверстниками как типично развивающихся детей [87, p.291-292], так и детей с СДВГ [54, p.32-33].

J.N. Hughes с коллегами (2014) провели лонгитюдное исследование с участием 713 детей (52,6% мальчики), которые обучались в 3-4 классах. Авторы модифицировали социометрическую процедуру и предлагали ученикам выделить детей, которые по их наблюдениям больше получают поддержку от учителя. Авторы определили эту переменную как репутацию сверстников относительно поддержки учителем. Также детям предлагалось определить детей, которые характеризуются высокой академической успеваемостью. Данная оценка была определена как академическая репутация сверстников. Социальное принятие и отвержение измерялось с помощью стандартной социометрической процедуры; детям нужно было выделить детей класса, которые больше всего нравятся или не нравятся им. Результаты показали, что репутация сверстников относительно поддержки учителем позитивно прогнозирует репутацию академической успеваемости и социальное принятие сверстников на 2-ом году наблюдения, объясняя 18% и 11% их дисперсии соответственно. При этом, высокий уровень поддержки ребенка учителем, воспринимаемой сверстниками, защищает детей с низким уровнем академических достижений от низкого уровня социального принятия на 2-ом году наблюдения [72, p.316-317].

Взаимосвязь качества отношений «учитель-ученик» и социального положения ребенка в группе доказана также в ситуации, когда данные отношения оцениваются учителем. В лонгитюдном исследовании было выявлено, что качество отношений учителя и ученика (поддержка и конфликт) в первом классе прогнозирует принятие сверстниками детей ($n=360$, 52,2% мальчики) в следующем году, даже после учета уровня принятия сверстниками и проблем поведения, измеренных в начале наблюдения [66, p.476-477].

В отношении детей с СДВГ подобные исследования не проводились. Однако, G.D. Santos и коллеги (2016) одновременно изучали качество отношений «учитель-ученик» и социометрическое принятие и отвержение детей с СДВГ. В исследование приняла участие небольшая выборка детей с СДВГ ($n=16$), включенных в программу специального образования, и группа сравнения из числа их типично развивающихся сверстников ($n = 244$). Исследователи выявили, что дети с СДВГ наравне с более конфликтными отношениями с учителем, являются менее социально предпочитаемы, чем дети группы сравнения [156, p.952]. Однако, в данном исследовании не проведен статистический анализ взаимосвязи и влияния этих двух переменных.

Несмотря на значимые нарушения детей с СДВГ в отношениях с учителем, только относительно недавно они появились в фокусе исследований. Возможно, это связано с существующей стигматизирующей моделью в изучении нарушения социального функционирования детей с СДВГ, когда их основные причины видятся в индивидуальных особенностях и поведении самого ребенка с

расстройством, и упускается социальный контекст [54, p.31]. Вклад конфликтных отношений «учитель-ученик» в прогнозирование социального отвержения детей с СДВГ остается не изучен.

1.4.2 Влияние факторов защиты от социального отвержения

Из числа индивидуальных факторов доказано положительное влияние просоциального поведения и внеурочной активности на социальное функционирование детей с СДВГ [159, p.4-6; 67, p.394-395; 60, p.366-368; 68, p.893-894]. Просоциальное поведение можно отнести к специфическому фактору улучшения социального статуса ребенка в группе сверстников, так как оно является одним из четырех типов социального поведения, объясняющего вероятность социального отвержения детей [44, p.17-18]. Внеурочная активность происходит в основном вне контекста класса. Ее положительное влияние связано с расширением социальной среды детей, где они могут развивать свои социальные навыки.

Относительно семейного уровня широко доказано влияние положительного взаимодействия родителя с ребенком. В предыдущем разделе описаны механизмы взаимосвязи двух систем отношений «родитель-ребенок» и «ребенок-сверстники». Влияние родительского принятия получило подтверждения во многих исследованиях с участием детей с симптомами СДВГ [160, p.886-890; 50, p.185] и клинически установленным расстройством [68, с.893-894]. В тоже время, Е.А. Hurt и коллеги (2007) выявили, что родительское принятие оказывает положительное влияние на социальное положение детей с СДВГ в группе сверстников, только в случае низкого уровня семейного одиночества, испытываемого детьми с СДВГ [73, p.543]. Это свидетельствует о том, что наравне с родительским принятием важным защитным механизмом может быть социальная поддержка семьи.

Наблюдаемые взаимодействия с учителем и отдельными сверстниками являются важными источниками для социометрической оценки социального отвержения [87, p.291-292]. Получены доказательства, подтвердившие роль дружеских диадических отношений [69, p.1042; 70, p.142] и поддержки учителя [66, p.474] в сохранении социального положения детей с СДВГ в группе.

Таким образом, можно выделить три специфических защитных механизма – просоциальное поведение, диадические дружеские отношения и школьная социальная поддержка, так как они связаны с непосредственным взаимодействием в группе сверстников. Внеурочную активность, родительское принятие и семейную социальную поддержку можно отнести к кумулятивным защитным механизмам. Все выбранные защитные факторы являются модифицируемыми, и оценка их влияния может внести значимый вклад в практику социальной работы по улучшению социального функционирования детей с СДВГ.

Просоциальное поведение и внеурочная активность ребенка

Просоциальное поведения является – это «...добровольное поведение, направленное на благо другого человека» [161, p.370]. J.E. Grusec и коллеги (2011) подчеркивая целенаправленность данного поведения отмечает, что

просоциальное поведение характеризуется тем, что оно является «...добровольным и преднамеренным поведением, приносящим пользу другому» [162, p.549].

Существуют разные подходы к пониманию *мотивов просоциального поведения*. J.E. Grusec и коллеги (2011) отмечали, что это поведение связано только с внутренними альтруистическими побуждениями, ценностями, внутренними целями и самонаградой [162, p.549]. M.L. Hoffman (2000) считал эмпатию главным внутренним побуждением. В соответствии с его теорией развития просоциального поведения, эмпатический дистресс, связанный с сопереживанием человеку, испытывающему дискомфорт, боль, опасность и т.д., является эффективным просоциальным мотивом. Такая помощь помогает людям чувствовать себя хорошо, уменьшая эмпатические страдания [163, p.30-33]. N. Eisenberg, R.A. Fabes и T.L. Spinrad (2006) выделяют эгоистические мотивы просоциального поведения: ожидание конкретных результатов, социальное вознаграждение в виде похвалы или уклонение от наказания. По его мнению, эгоистические, так же как альтруистические мотивы, могут подталкивать к просоциальному поведению [164, p.647].

Существует две основные *среды формирования* просоциального поведения. Первичной средой является семья; родители помогают своим детям приобрести способность чувствовать сочувствие к страданиям других. Приписывание ребенку позитивных характеристик за проявленное сострадание и помощь является эффективным способом формирования просоциального поведения. Рутинные практики также играют важную роль. Например, дети, которые регулярно выполняют домашние обязанности, приносящие пользу другим членам семьи, более склонны проявлять заботу о других [162, p.554-555]. Сверстники, учителя и сообщества являются вторичной средой развития просоциальных навыков. Дети учатся у своих сверстников проявлять просоциальность в поведении. Учитель, поощряя и вознаграждая просоциальное поведение, также способствует его развитию [162, p.556].

Просоциальное поведение связано с развитием способностей: 1) понимать эмоции других людей; 2) оценивать ситуации с точки зрения социальных норм и планировать свое поведение; 3) понимать то, каким образом нужно проявлять просоциальное поведение [162, с.550]. Из-за дефицита внимания дети с СДВГ имеют трудности с развитием данных способностей; они испытывают трудности с пониманием и оценкой социальной ситуации [51, p.193]. Также, они часто не имеют «...достаточного понимания того, как применять просоциальные навыки, и вместо этого по умолчанию используют не-просоциальные навыки как средство получения социального воздействия» [16, p.319].

Как следствие, дети с СДВГ имеют менее сформированные просоциальные навыки. В. Ragnarsdottir и его коллеги (2018) выявили, что дети с СДВГ ($n=592$, 410 мальчики, 5-10 лет) имели более низкий уровень просоциального поведения, чем их типично развивающиеся сверстники [165, p.8]. Подобные результаты получены и в восточной культуре; Н. Ozdemir и А.Т. Bahadir (2018) провели похожее исследование в Турции и также выявили, что дети с СДВГ ($n=61$; 8-12

лет) меньше проявляли просоциальное поведение в сравнении с группой сравнения [166, р.9]. В Казахстане подобные исследования не проводились. Однако, в одной из стран СНГ, Российской Федерации, также выявлено, что дети с СДВГ ($n=44$, 7-11 лет) демонстрировали более низкий уровень развития просоциальных навыков [127, р.55].

Просоциальное поведение является важным фактором качества отношений детей со сверстниками и социального положения в группе. М. Раар и коллеги (2013), используя большую выборку национального исследования Норвегии (9430 детей из 79 школ) выявили, что просоциальное поведение отрицательно взаимосвязано с проблемами со сверстниками, испытываемыми детьми с симптомами СДВГ в возрасте 7-9 лет [159, р.4-6]. D. Erhardt и S.P. Hinshaw (1994), позднее S. Mrug и коллеги (2007), изучали как просоциальное поведение улучшает социальное положение детей с клинически диагностированным СДВГ в условиях летней программы. В первом исследовании, в исследовательскую программу были включены 25 детей с СДВГ и 24 ребенка типично развивающихся детей в возрасте 8-12 лет. Результаты показали, что просоциальное поведение детей с СДВГ уже на первой недели значительно прогнозирует позитивные социометрические номинации, даже несмотря на агрессивное поведение детей [19, р.838]. Во втором исследовании исследовательской средой была интенсивная 8-недельная летняя программа для детей с СДВГ. Участники исследования ($n=268$) также были ранее не знакомы. Результаты показали, помогающее поведение, измеренное с помощью наблюдения в начале программы, вносит вклад в положительное изменение социального статуса детей с СДВГ в конце программы [60, р.366-368]. Таким образом, данные исследования показали, что просоциальное поведение способствует формированию положительных атрибуций и положительных аффективных реакций со стороны сверстников. В то же время, во внешкольной среде отношения не столь длительны и стабильны как в классе, где за детьми с СДВГ закрепляется негативная репутация [54, р.32].

В исследованиях получены доказательства того, что просоциальное поведение может компенсировать и редуцировать негативное влияние эмоциональных и поведенческих проблем на социальное положение детей с симптомами СДВГ в группе. S. Diamantopoulou, L. Henricsson и A. Rydell (2005) выявили, что просоциальное поведение детей с симптомами СДВГ ($n=653$ детей, 50% девочки, 12 лет) положительно прогнозирует социальные предпочтения в группе сверстников после контроля пола, симптомов СДВГ, агрессивного поведения и эмоциональных проблем (тревожность, депрессия) [67, р.394-395]. Иными словами, просоциальное поведение помогает детям сохранить социальное принятие, несмотря на эмоциональные и поведенческие проблемы.

Модерирующая роль выявлена в двух исследованиях В.Ф. Andrade и R. Tannock. В 2012 году авторы провели поперечное исследование с участием детей общей школьной выборки с симптомами СДВГ ($n=500$, 245 мальчики, 6 - 9 лет). Результаты показали, что просоциальное поведение снижало связь между симптомами СДВГ (невнимательностью, гиперактивностью и

импульсивностью) и проблемами в отношениях со сверстниками. Это свидетельствует о том, что просоциальное поведение редуцирует негативное влияние симптомов СДВГ на социальное функционирование детей [167, p.678]. Позже, данные авторы подтвердили этот модулирующий эффект в 2-летнем лонгитюдном исследовании; просоциальные навыки детей (n=492, 49% девочки, 6-10 лет) редуцировали влияние симптомов СДВГ на проблемы со сверстниками, измеренные на 2 году исследования. Интересно, что просоциальное поведение, измеренное в 1 году, не было статистически значимо связано с проблемами сверстников во 2 году. По мнению авторов, это связано с тем, что просоциальные навыки могут быть менее заметными и запоминающимися из года в год. Сверстники могут сосредоточиться на недавних просоциальных действиях, которые более непосредственно влияют на текущего сверстника отношения [16, p.324-325].

Следующий важный индивидуальный фактор, способный улучшить социальное функционирование детей с СДВГ – это *внеурочная активность*. R. Gilligan (2000) рассматривал участие в различных видах деятельности в свободное время, как один из источников повышения жизнестойкости детей и подростков в неблагоприятных ситуациях. Развитие сильных сторон и талантов детей помогает компенсировать трудности в других сферах, повысить самоуважение, социальную уверенность, чувство принадлежности той или иной группе, улучшить социальные навыки и расширить социальную сеть [168, p.39-41].

G. King и коллеги (2003) определяют внеурочную активность как «...участие в формальной и неформальной повседневной деятельности детей во всех видах внешкольной среды, включая среду для игр, спорта, развлечений, обучения и религиозного самовыражения» [169, p.65]. В данном определении внеурочная активность дифференцируется на два вида деятельности: формальную и неформальную. Эти виды, часто, также определяются как структурированная и неструктурированная активность.

Структурированную деятельность отличают два основных аспекта: 1) организованные взрослыми встречи (занятия, мероприятия и т.д.) с определенной целью и 2) определенный набор правил и стандартов поведения. Неструктурированная деятельность спонтанна и управляется самим ребенком [170, p.2]. К первому виду можно отнести посещение ребенком спортивных клубов, уроки музыки, участие в школьных организациях и т.д. Второй вид – это спортивные и творческие увлечения, общение со сверстниками, посещение бассейна и многое другое.

Внеурочная активность может отличаться по содержанию. Дети могут посещать занятия спорта, развития творческих способностей, участвовать в волонтерстве и т.д. Одной из наиболее оптимальных и распространенных типологий внеурочной активности по содержанию является следующая классификация: отдых и развлечения, физическая активность, социальная активность, активность по развитию навыков, деятельность, ориентированная на саморазвитие [171]. В Казахстанском исследовании выявлено, что спортивная

активность оказывает положительное влияние на детей с СДВГ. Ф.С. Ташимова и М. К. Калипанова (2017) изучили влияние участия детей с СДВГ в спорте на их психологические особенности. В экспериментальном исследовании они выявили, что у детей с СДВГ, посещающих спортивные секции, улучшаются когнитивные функции и повышается самооценка. При этом значимой роль в этом играет стимулирование достижений тренером или классным руководителем [59, с.106-108].

Внеурочная активность может быть групповой или индивидуальной. Особенное внимание данной дифференциации уделяется в исследованиях влияния физической активности и спорта. Командные виды спорта помогают детям научиться сотрудничать, идти на компромисс, приобрести навыки для позитивного взаимодействия в разных социальных ситуациях, снизить социальную тревожность [172, p.56; 173, p.353].

Выделяют несколько свойств внеурочной активности детей. A.R. Ray, S.W. Evans и J.M. Langberg (2017) идентифицирует и оценивает 2 свойства: а) интенсивность активности, которая характеризует количество времени, проводимого детьми в различных видах деятельности; б) разнообразие активности, которое связано с количеством видов деятельности, в которые вовлечены дети [68, p.884]. M. Shimoni, B. Engel-Yeger и E. Tirosh (2010) наравне с разнообразием и интенсивностью, анализируют еще одно свойство – это степень удовольствия от участия [171, p.1235].

Таким образом, внеурочной активностью является участие детей в различных видах деятельности вне процесса обучения, и может быть представлена различными видами деятельности (структурированной или неструктурированной, групповой или индивидуальной), отличаться по содержанию, интенсивности, степени разнообразия и удовольствия от участия.

Особенности внеурочной активности детей с СДВГ изучаются последнее десятилетие, однако исследования все еще ограничены. Найдено только два зарубежных исследования, в которых изучалась внеурочная активность детей с СДВГ в сравнении с их типично развивающимися сверстниками. В первом исследовании M. Shimoni и коллеги (2010) измеряли фактическое участие детей с СДВГ во внеурочной активности [171, p.1234], а во втором исследовании B. Engel-Yeger и D. Ziv-On (2011) изучали их предпочтения [174, p.1154]. Первое исследование показало, что мальчики с СДВГ ($n=25$, 8-11 лет) имели значительно ниже уровне интенсивности участия в 3 видах внеурочной активности: 1) социальной активности; 2) активности по развитию навыков; 3) деятельности, направленной на саморазвитие, чем дети группы сравнения [171, p.1236]. Во втором исследовании было выявлено, что дети с СДВГ ($n=29$, 100% мальчики, 6-10 лет) имеют также более низкий уровень предпочтения физической активности, социальной активности и активности по развитию навыков, чем их типично развивающиеся сверстники ($n=29$). Особенно сильные различия выявлены в предпочтениях деятельности по развитию навыков. Авторы считают, что это связано с двумя причинами. Во-первых, эта активность предполагает длительный период опыта участия до тех пор, пока ребенок не

достигнет положительных результатов, и детям с СДВГ сложно поддерживать мотивацию в условиях задержки вознаграждения. Во-вторых, это может быть результатом двигательных, когнитивных и других эмоциональных трудностей, которые могут испытывать дети с СДВГ [174, p.1158-1160]. M. Shimoni и коллеги (2010) также выявили интересный факт, что уровень удовольствия детей с СДВГ от участия в формальной активности, был ниже, чем у детей группы сравнения [171, p.1237]. По мнению авторов, это связано с тем, что детям с СДВГ сложно придерживаться норм и правил структурированной внеурочной активности. Это подтверждает исследование В. Engel-Yeger и D. Ziv-On (2011); формальную активность была менее предпочтительна для детей с СДВГ, чем для детей группы сравнения [174, p.1158].

Важно отметить, что главными фасилитаторами включения детей младшего школьного возраста в различные виды активности являются родители. D. Thompson и M. Emira (2011) провели качественное исследование опыта родителей детей с СДВГ и расстройством аутистического спектра по вовлечению детей во внеурочную активность. Они выявили, что родители сталкиваются с непониманием и недостаточной эмпатией со стороны специалистов. Также родители испытывают большой стресс, связанный с тем, что им трудно решить, раскрывать природу нарушения поведения ребенка или нет. С одной стороны, это может помочь адаптировать среду, с другой стороны, родители боятся стигматизации и выделения их детей от других. Большинство родителей, участвовавших в фокус группе ($n=44$) имели негативный опыт получения доступа к внеурочной активности [175, p.70-71].

Наиболее широкие доказательства получило положительное влияния физической активности и спорта на благополучие и развитие детей с СДВГ. Выявлено, что этот вид внеурочной активности детей снижает тяжесть симптомов СДВГ [176, p.76-77], уровень тревожности [177, p.502] и их проблем поведения [178, p.77-78].

Внеурочная активность является дополнительной социальной средой, где ребенок может развивать свои социальные навыки, которые в последующем способствуют повышению его социального статуса в группе сверстников. Это получило подтверждение в общей школьной выборке в исследовании D. J. McDowell, D. Ross и R. D. Parke (2009). Они выявили, что предоставленная родителями возможность для взаимодействия со сверстниками (внешкольная активность и взаимодействие в соседском сообществе) оказывает влияние на повышение социальной компетентности детей ($n=159$, 4 класс, 82 мальчики), которая в последующем прогнозирует их социальное принятие одноклассников на 2-ом году наблюдения [47, p.230-231].

Получены доказательства, что внеурочная активность детей с СДВГ положительно влияет на их социальные навыки и социальное положение в группе сверстников. A. Lopez-Williams и коллеги (2005) предприняли попытку оценить вклад спортивных достижений и социального поведения детей с СДВГ в их отношения со сверстниками. Они предполагали, что эффект негативного поведения детей с СДВГ настолько силен, что спортивные достижения не будут

влиять на социометрический статус детей. Однако, результаты показали, что спортивные результаты и негативное поведение имели примерно одинаковый эффект в прогнозировании социального принятия и отвержения сверстниками и составляли примерно равные доли их дисперсии [179, p.176].

A.R. Ray и его коллеги (2017) изучали компенсаторный и модулирующий эффект участия детей с СДВГ во внеурочной активности. Они изучили влияние общей активности, вне зависимости от видов. Измерение участие в деятельности включало два параметра: а) интенсивность (количество времени, проведенное в различных видах деятельности) и б) разнообразие (количество видов деятельности, в которой участвует ребенок, например, спорт, кружки, различные хобби и т.д.). Выявлен статистически значимый прямой эффект активности детей с СДВГ ($n=324$, 71,3 % мальчики, 14 лет) в прогнозировании их социальных навыков после учета факторов риска: тяжести симптомов, проблем поведения, депрессии и негативного воспитания [68, p.893-894]. Иными словами, участия в различных видах деятельности во внеурочное время компенсирует негативное влияние факторов риска двух уровней (индивидуального и семейного) на социальное функционирование детей с СДВГ.

Таким образом, результаты предшествующих исследований демонстрируют, что просоциальное поведение и внеурочная активность являются значимыми индивидуальными факторами, помогающими детям с СДВГ сохранить положительные отношения со сверстниками и социальное положение в группе.

Родительское принятие

В соответствии с теорией межличностного принятия/отвержения R. Rohner (1985, 2014), ранее описанной в диссертации, родительское принятие проявляется как в телесной форме – физическая ласка (объятия, поцелуи), улыбки, одобрительные взгляды, поддержка, так и в словесной – похвала, приятные слова, доверительный разговор и т. п. Тепло и привязанность является фундаментальным свойством отношений родитель-ребенок.

СДВГ у ребенка оказывает влияние на родительское принятие; A.C. Gerdes и коллеги (2003) обнаружили, что СДВГ статус ребенка объясняет 17% материнского принятия в отношениях с мальчиками в возрасте 7-12 лет [140, p.371]. При этом, родители детей с клинически установленным СДВГ ($n=143$, 5-11 лет) испытывают более низкий уровень родительского тепла в сравнении с родителями типично развивающихся детей [51, p.198-199]. Как отмечают J. Corcoran и коллеги (2017) «...материнское тепло может быть трудно достижимо, учитывая негативные аффективные состояния, которые они испытывают» [137, p.331].

Несмотря на трудности сохранения родительского принятия, данный фактор оказывает положительное влияние на социальное функционирование детей с СДВГ. A.Y. Mikami и коллеги (2010) выявили позитивную корреляцию между родительским теплом и социальным принятием детей с СДВГ в группе сверстников [53, p.730-732]. Это подтверждают результаты исследования N. Kaiser, K. McBurnett и L. Pfiffner (2011). Они выявили, что высокий уровень

родительского положительного воспитания связан с более высоким уровнем социальных навыков детей с СДВГ и их более низким уровнем агрессивного поведения (5-11 лет) [51, p.198]. Родительское принятие дает ребенку модель позитивных взаимоотношений, которые он переносит на отношения со сверстниками. Эта закономерность описана и доказана в рамках модели Parke, Burks, Carson, Nevill and Boyum (1999), которая объясняет связь между системами отношений «родитель-ребенок» и «ребенок-сверстники».

S.P. Hinshaw и коллеги (1997) изучали компенсаторный эффект положительных отношений между детьми с СДВГ и их матерями. Особенностью данного исследования является также то, что детско-родительские отношения были оценены как контроль и управление ребенком при наличии тепла и чувствительности в отношении его. Кроме того, исследовательской средой была 5-недельная летняя программа. Было выявлено, что чем более положительны детско-родительские отношения, тем больше дети получали положительные номинации от других участников программы. Также в данном исследовании было обнаружено, что детско-родительские отношения оказывали более сильное влияние на мальчиков с СДВГ (n=73, с 6 до 12 лет), чем на типично развивающихся детей (n=60). Иными словами, положительные отношения матерей и детей с СДВГ помогают мальчикам с СДВГ сохранить социальное положение в группе сверстников [160, p.886-890].

Также предпринята попытка изучить влияние отношений детей с СДВГ с отцами. Hurt и коллеги (2007) выявили, что отцовское тепло во взаимодействии с мальчиками с СДВГ (n=110, 7-12 лет) положительно прогнозирует социальное принятие в группе сверстниками, а также низкий уровень социального отвержения и меньше проблем в социальном поведении [73, p.548-549].

Существуют доказательства непрямого влияния родительского принятия. Выявлено, что высокий уровень позитивного воспитания (включенность, тепло, контроль и управление при наличии тепла) и низкий негативного воспитания (непоследовательность, физическое и вербальное наказание, обвинения) связаны с высоким уровнем социальных навыков и низким агрессии детей [51, p.198-199], которые, в свою очередь, коррелируют с социальным отвержением.

В двух исследованиях выявлен буферный (интерактивный) защитный эффект родительского тепла. Kawabata и коллеги (2012) в большом поперечном исследовании (2463 школьников с 1 по 9 классы, 6-16 лет), выявил, что материнская родительская привязанность влияет на взаимосвязь между проблемами внимания и школьными социальными проблемами (буллинг и отвержение) детей с симптомами СДВГ и отвержение сверстников. Иными словами, выявлен буферный эффект материнского родительского тепла, который представляет более сильное влияние, но необходимо отметить, что буферный эффект был выявлен только для старших детей (4-6 классы). Материнская теплота выступает ресурсом социальной поддержки, которая помогает ребенку справиться с социальными проблемами [50, p.185]. Ray и коллеги (2017) в поперечном исследовании подтвердили модулирующий эффект и в группе детей с клинически установленным диагнозом СДВГ; включенность

родителей снижает взаимосвязь между факторами риска и социальными навыками, а значит увеличивает вероятность благополучного социального функционирования детей [68, p.893-894].

Диадические дружеские отношения

В соответствии с моделью J.N. Hughes интеракции ребенка с отдельными сверстниками является одним из важных источников для оценки и восприятия поведения ребенка [87, p.291-292]. В силу этого, качество диадических отношений выступает важным фактором социального отвержения детей с СДВГ

Дружба отличается от конструкторов «социальное принятие» и «социальное предпочтение», хотя и коррелирует с ними. Дети могут быть приняты сверстниками, но не иметь дружеских отношений. В то же время, имея диадические дружеские отношения, дети могут быть отвергаемы частью группы [14, p.780]. Особенностью измерения данного аспекта является то, что оценка его двусторонняя по своей природе; оба члена диады должны признавать важность дружбы [12, p.413], потому что дружба – это диадические отношения, основанные на обоюдной привязанности и взаимности [20, p.1286; 12, p.413].

Симптомы СДВГ способствуют нарушению отношений детей не только на уровне группы, но и на уровне диад. В. Ноза и её коллеги (2005) обнаружили, что у 56% участников с СДВГ не было друзей в группе сверстников, у 33% был один друг и только у 9% было два друга. В то время как среди типично развивающихся детей группы сравнения у 32% не было взаимных положительных выборов, у 39% был один взаимный выбор, а у 22% было два выбора и более [12, p.419].

Несмотря на этот факт, дружба хотя бы с одним сверстником может улучшить социальное положение детей с СДВГ в группе. В диадических отношениях у детей есть возможность развивать социальные навыки. М.К. Demaray и S.N. Elliott (2001) выявили, что социальная поддержка близких друзей имела сильную корреляционную связь с социальными навыками, как в группе детей с симптомами СДВГ, так и в группе сравнения. В данном исследовании выявлено, что дружеские диадические отношения имели корреляционную связь с академической успеваемостью. При этом, у детей с симптомами СДВГ, эта связь была сильнее [180, p.81]. Таким образом, данное исследование демонстрирует, что диадические дружеские отношения позволяют детям с СДВГ развивать социальные навыки и преодолевать академические трудности, которые в свою очередь связаны с социальным отвержением и принятием детей с СДВГ в группе сверстников.

Модерирующий эффект данного защитного фактора выявлен в двух недавних исследованиях. S.L. Cardoos и S.P. Hinshaw (2011) изучали защитный эффект дружбы в условиях 5-недельного летнего лагеря, в котором принимали участие девочки с СДВГ (n=140) и без СДВГ (n=88) в возрасте 6-12 лет. Девочки с СДВГ и без СДВГ вместе участвовали в группах, сформированных в соответствии с возрастом по 23-27 детей в группе. Важно отметить, что детям и членам коллектива лагеря было неизвестно, кто из детей имеет СДВГ. Выявлено, что дружба модерирует связь факторов поведенческого риска (интернализация

поведения, экстернализация поведения и низкий уровень социальной компетентности) и виктимизации. Иными словами, диадические дружественные отношения снижали негативное влияние выделенных поведенческих факторов на социальное принятие сверстникам. При этом, исследования показали, что наличие даже одного друга редуцирует эти факторы риска [69, p.1041-1042].

Выявлен защитный интерактивный эффект дружбы и для мальчиков в лонгитюдном исследовании. Vesker и коллеги (2013) выявили модулирующий защитный эффект дружеских отношений для участников программы послешкольной поддержки (5-13 лет; 53% мальчики), которые значительно снижали взаимосвязь между симптомами СДВГ и социальными проблемами через один год наблюдения. При этом, модулирующий эффект был выявлен для детей разного возраста и пола [70, p.147].

Важно отметить, что оба исследования проводились во внешкольной среде. Кроме того, во втором исследовании, модулирующей переменной была оценка детьми качества дружеских отношений не только в пределах класса и школы, но и в среде соседских сверстников, участников спортивных клубов и т.д. Остается не известным, будут ли диадические дружеские отношения иметь эффект в условиях школьного класса, который является более стабильной средой, в которой складывается устойчивая негативная репутация детей с СДВГ.

Социальная поддержка семьи и школы

Социальная поддержка как механизм, способствующий благополучию детей, стала привлекать внимания исследователей за рубежом с начала 80-ых годов 20 века [181, p.624]. Однако, в Казахстане, как и в других странах СНГ, она начала исследоваться только последние десятилетия. Д.В. Лифинцев, А.Б. Серых и А. Н. Анцута (2016) аргументируют, что это связано с преобладанием социально-правового подхода в интерпретации социальной поддержки, когда она воспринимается как часть социальной политики и используется с взаимозаменяемыми понятиями «социальная защита», «социальная помощь», «социальное обеспечение». Данные авторы считают, что для практики социальной работы необходимо изучение социальной поддержки как социально-психологического феномена, так как это смещает фокус внимания с макроуровня на микроуровень [182, с.8-9].

В зарубежных исследованиях социальная поддержка рассматривается именно как социально-психологический феномен. При этом, существует *два основных подхода к пониманию социальной поддержки* и ее влияния: 1) модель стресс-буферизирующего эффекта и 2) модель основного эффекта. В соответствии с первым подходом, социальная поддержка рассматривается как защитный механизм в стрессе и неблагоприятных обстоятельствах жизни. S. Cohen (2004) определяет социальную поддержку как «... *предоставление социальной сетью психологических и материальных ресурсов, направленных на улучшение способности индивида справиться со стрессом*» [183, p.676]. Второй подход связан с тем, что социальная поддержка оказывает положительное влияние на человека, вне зависимости от наличия или отсутствия неблагоприятных ситуаций. J.K. Chen и H.S. Wei (2013) определяют социальная поддержку как

«... содействие, помощь или информация, побуждающая людей верить, что их любят, заботятся и ценят, и что они разделяют взаимные обязательства с членами сети» [184, p.253].

В соответствии со вторым подходом социальная поддержка – это качество социальной сети и социальной интеграции. S. Cohen (2004) сопоставляя два понятия «социальная поддержка» и «социальная интеграция», аргументирует, что социальная поддержка имеет стресс-буферизирующий эффект, а социальная интеграция – модель основного эффекта. Социальная поддержка уменьшает последствия стрессовых переживаний, а социальная интеграция способствует позитивным психологическим состояниям (например, идентичности, целеустремленности, самооценке и т. д.). В соответствии с моделью основного эффекта, социальная интеграция полезна независимо от того, находится ли человек в состоянии стресса [183, p.677-678].

Существуют определения социальной поддержки, в которых авторы включают оба эффекта. Д.В. Лифинцев и коллеги (2016) определяют социальную поддержку как *«...особый тип контактов и взаимоотношений индивида со своим непосредственным социальным окружением, связанный с предоставлением ресурсов развития и удовлетворением его социальных и психологических потребностей» [185, p.72].* Более отчетливо эти два эффекта соединяет М.К. Demary и С.К. Malesky (2002). Они считали, что социальная поддержка – это *«...восприятие индивидом общей поддержки или конкретного поддерживающего поведения (доступного или принятого) от людей в их социальной сети, которое улучшает функционирование людей или может буферизировать неблагоприятные результаты» [186, p.215].* Таким образом, в определении авторы отмечают два защитных механизма: основной эффект – улучшает функционирование людей, стресс-буферизирующий эффект – снижает негативное влияние неблагоприятных жизненных обстоятельств.

S. M. Mastoras и коллеги (2015) отмечает, что буферная модель используется в основном в отношении взрослых, а в отношении детей в исследованиях используются модель основного влияния или смешанные, когда одновременно используются и основная и стресс-буферная модель [71, p.713].

Социальная поддержка является многомерной конструкцией и поэтому измеряется с помощью различных подходов. *Фактическая (принятая) поддержка* представляет собой наблюдаемые признаки поддержки, информацию о поддержке от других людей, независимо от того, кто ее получает. *Воспринимаемая социальная поддержка* – это субъективное восприятие и оценка поддержки самими индивидами. Воспринимаемая социальная поддержка отражают реальность в том виде, в каком она видится индивиду, это субъективный опыт быть поддержанным окружающей средой [181, p.625]. Д.В. Лифинцев и его коллеги (2016) отметили, что фактическая и воспринимаемая социальная поддержка являются составляющими двуединого процесса, при этом они могут быть согласованы друг с другом для одних людей, но не согласованы для других [182, с.11]. P.S. Chu и его коллеги (2010) выявили, что воспринимаемая социальная поддержка более сильно связано с

положительными результатами развития и благополучным функционирование детей, чем фактическая [181, р.638].

В субъективном измерении социальной поддержки также выделяют *воспринимаемую* и *желаемую поддержку*. Предложенная Ма (1996) концепция для измерения воспринимаемой и желаемой поддержки является очень полезной для практики социальной работы, потому что позволяет выявить несогласованность и определить вид и источник поддержки, который нужно стимулировать [187, р.88]. Степень согласованности воспринимаемой и желаемой поддержки Д.В. Лифинцев (2016) назвал комплементарностью - «...согласованность содержания и частоты предоставления социальной поддержки с актуальными потребностями человека и ее субъективной значимостью в данный момент времени» [182, с.11].

Социальная поддержка также может отличаться по функциям помощи. Существует три типа социальной поддержки, которые выделяются в работах большинства авторов: инструментальная информационная и эмоциональная. *Инструментальная поддержка* представляет собой помощь в достижении определенных целей, например, финансовая и материальная поддержка или помощь в решении ежедневных задач. Инструментальная поддержка включает в себя такие ресурсы, как деньги и время. *Информационная поддержка* связана с предоставлением необходимой информации, направленной на помощь человеку справиться с трудностями или проблемами. *Эмоциональная поддержка* включает выражение эмпатии, заботы, доверия и возможности выражения эмоций [182, с.11]. С.Н. Tardy (1985), кроме трех указанных выше типов поддержки, выделял *оценочную социальную поддержку*. Этот тип поддержки связан с обратной связью от отдельных людей и включает в себя предоставление другим информации, относительно оценки действий, достижений или успехов человека [188, р.189]. Классификация социальной поддержки Cohen и Wills (1985) включает информационную, инструментальную, эмоциональную и *аффилиационную поддержку*. Четвертый тип поддержки отражает то, насколько установлены связи и контакты с другими людьми, насколько сильна внутренняя зависимость между индивидом и его социальной группой или социальным институтом [189, р.313].

Источниками поддержки могут быть члены семьи, другие родственники, друзья, соседи, сверстники, организации здравоохранения и образования, группа самопомощи и так далее. J. L-C. Ma (2017) обобщая эти источники, выделила *первичную* (семья, друзья) и *вторичную* (социальные службы, школа, организации здравоохранения) социальные сети как источники социальной поддержки [28, р.40]. Определенные источники и типы поддержки являются более значимыми в определенных ситуациях, например, на этапе диагностике информационная поддержка более значима от специалистов здравоохранения [187, р.82]. По мнению J.L-C. Ma (2017), более полезным является оценка не общей поддержки, а специфического вида помощи, получаемой от конкретного источника. Данная информация является более информативной для практики социальной работы [28, р.42].

Таким образом, феномен «социальная поддержка» концептуализируется и измеряется с точки зрения ее объективной и субъективной оценки, может отличаться по выполняемым функциям и предоставляться разными источниками.

Дети с СДВГ нуждаются в дополнительных ресурсах поддержки со стороны семьи и школы из-за академических, поведенческих и социальных трудностей. Родители детей с СДВГ также нуждаются в дополнительных ресурсах (личных, семейных и общественных) из-за трудностей, связанных с заботой и воспитанием детей [28, p.28].

М.К. Demaray и S.N. Elliott (2001) впервые провели измерение социальной поддержки воспринимаемой детьми с симптомами СДВГ в сравнении со сверстниками, не демонстрирующими характеристики расстройства. Они обнаружили, что мальчики с симптомами СДВГ (n=48, 3-6 классы) имели более низкую общую воспринимаемую социальную поддержку, чем их одноклассники, не имеющие симптомов (n=46). При этом, дети с более высоким уровнем тяжести проявляемых симптомов СДВГ (n=27) имели еще более низкие оценки воспринимаемой поддержки. Также они выяснили, что в восприятии важности социальной поддержки различий между группами нет [180, p.77]. Иными словами, дети с СДВГ меньше удовлетворены поддержкой, чем их типично развивающиеся сверстники, но при этом она для них также значима, как и для группы сравнения. Позже, J.L.-C. Ma и коллеги (2019) выявили различия в восприятии социальной поддержки со стороны матери и отца. Исследователи обнаружили, что дети с СДВГ больше удовлетворены материнской поддержкой чем отцовской [64, p.5].

J.L.-C. Ma и коллеги (2017) изучали социальную поддержку родителей детей с СДВГ. Они выявили, что гонконгские родители детей с СДВГ менее удовлетворены поддержкой со стороны школы, особенно аффилиационной поддержкой, в сравнении с поддержкой со стороны семьи и друзей. По мнению исследователей, это связано с тем, что в школе недостаточно ресурсов (знаний учителей о СДВГ, их опыта работы с детьми СДВГ, государственного финансирования дополнительных услуг) для удовлетворения особых потребностей учащихся в обучении [28, p.40].

Широко изучен положительный эффект социальной поддержки на благополучие детей общей школьной выборки. М.К. Demaray и С.К. Maleski (2002) выявили, что социальная поддержка оказывает положительное влияние на самооценку детей, социальные и адаптивные навыки, а низкий уровень социальной поддержки негативно связана с различными поведенческими проблемами [186, p.234-235].

Несмотря на важность социальной поддержки для детей с СДВГ не так много исследований посвящены этой проблеме. Выявлено, что общая социальная поддержка связана с самоуважением детей с СДВГ [66, p.472], академической компетентностью [180, p.81], восприятием компетентности и чувством надежды детей с СДВГ [64, p.5]. Социальная поддержка уменьшает

степень одиночества у детей с СДВГ [190, p.2905], которое они испытывают в результате трудностей во взаимоотношениях со сверстниками.

Также получены доказательства положительного влияния социальной поддержки на социальное функционирование детей с СДВГ. М.К. Demaray и S.N. Elliott (2001) выявили, что в группе детей с симптомами СДВГ (n=48, 3-6 классы) общая социальная поддержка от 4 источников (родителей, друзей, учителей и одноклассников) имела положительную корреляцию с социальными навыками [180, p.81]. Это выявлено и в общей школьной выборке [186, p.213].

Доказана связь социальной поддержки с социальным положением детей в группе в общей школьной выборке. С.L. Booth (1994) выявил, что низкий уровень социальной поддержки со стороны родителей отрицательно связан с уровнем социального принятия в группе сверстников [191, p.197-200]. Воспринимаемая социальная поддержка от родителей имела умеренную отрицательную взаимосвязь с виктимизацией детей [192, p.279]. Это получило доказательство и в группе детей с СДВГ. S.M. Mastoras и коллеги (2015) выявили, что поддержка родителей и учителей имеет положительную корреляционную связь с социальным принятием детей с СДВГ в классе. При этом, более сильный эффект в прогнозировании социального принятия имела именно социальная поддержка учителя [71, p.721]. В общей школьной выборке было получено доказательство модулирующего эффекта социальной поддержки; А. Baldry и D.P. Farrington (2005) обнаружили, что поддерживающее поведение родителей снижает негативное влияние жестокого обращения родителей на виктимизацию подростков [192, p.274].

2 МЕТОДОЛОГИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Модели влияния факторов и статистические гипотезы

На основе литературного обзора и концепции факторов риска и защиты разработаны *пять моделей* отношений между отобранными факторами и социальным отвержением детей с СДВГ и детей группы сравнения. Модель 1 является прогностической и оценивает влияние факторов риска трех уровней: индивидуального (эмоционально-поведенческие трудности и академическая успеваемость), социального (конфликт отношений «учитель-ученик») и семейного (родительское отвержение) на социальное отвержение (рисунок 4).

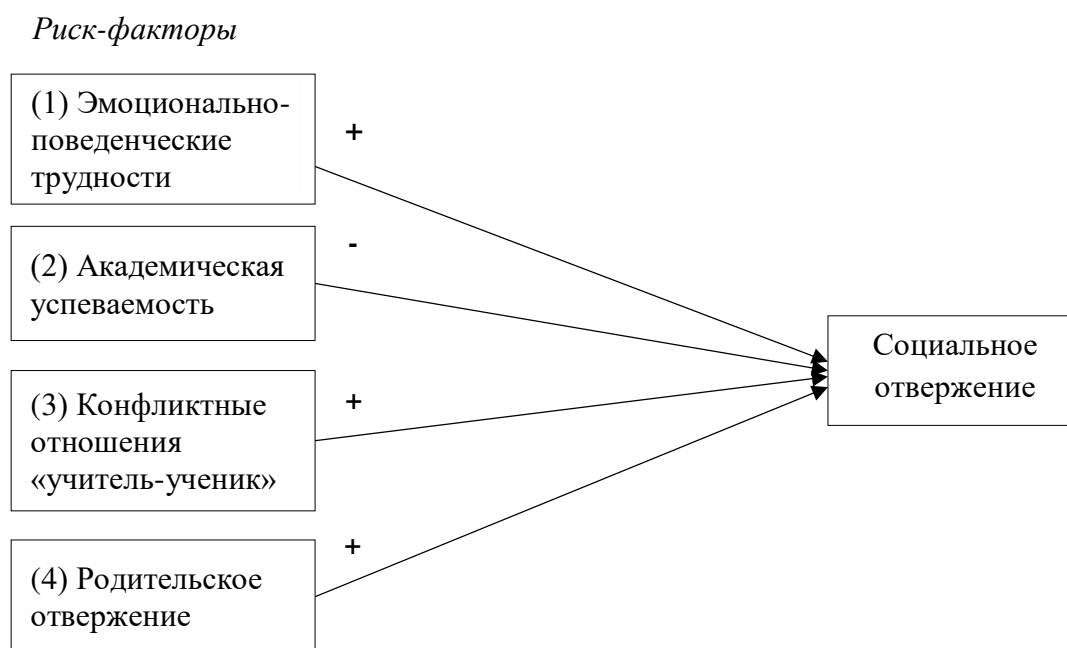


Рисунок 4 - Прямое влияние факторов риска (Модель 1)

Учитывая результаты предыдущих исследований, можно предположить, что эмоционально-поведенческие трудности, конфликтные отношения «учитель-ученик», родительское отвержение будут положительно прогнозировать социальное отвержение детей с СДВГ и детей группы сравнения, а академическая успеваемость – отрицательно.

Модель 2 оценивает компенсаторный эффект защитных факторов (рисунок 5), предполагающий уменьшение проблемы (зависимой переменной) в условиях риска. Данная модель включает в себя основные факторы индивидуального (просоциальное поведение и внеурочная активность), семейного (родительское принятие) и социального (диадические дружеские отношения) уровней. Данные факторы включены в модель относительно детей с СДВГ и детей типично развивающихся. Учитывая результаты предшествующих исследований, можно предположить, что просоциальное поведение, внеурочная активность, родительское принятие и диадические дружеские отношения будут оказывать

прямой отрицательный эффект на социальное отвержение после контроля факторов риска. Также данная модель включает два дополнительных фактора защиты в группе детей с СДВГ: социальная поддержка семьи и социальная поддержка школы. Модель 2 будет принята, если влияние факторов защиты будет статистически значимо после контроля факторов риска.

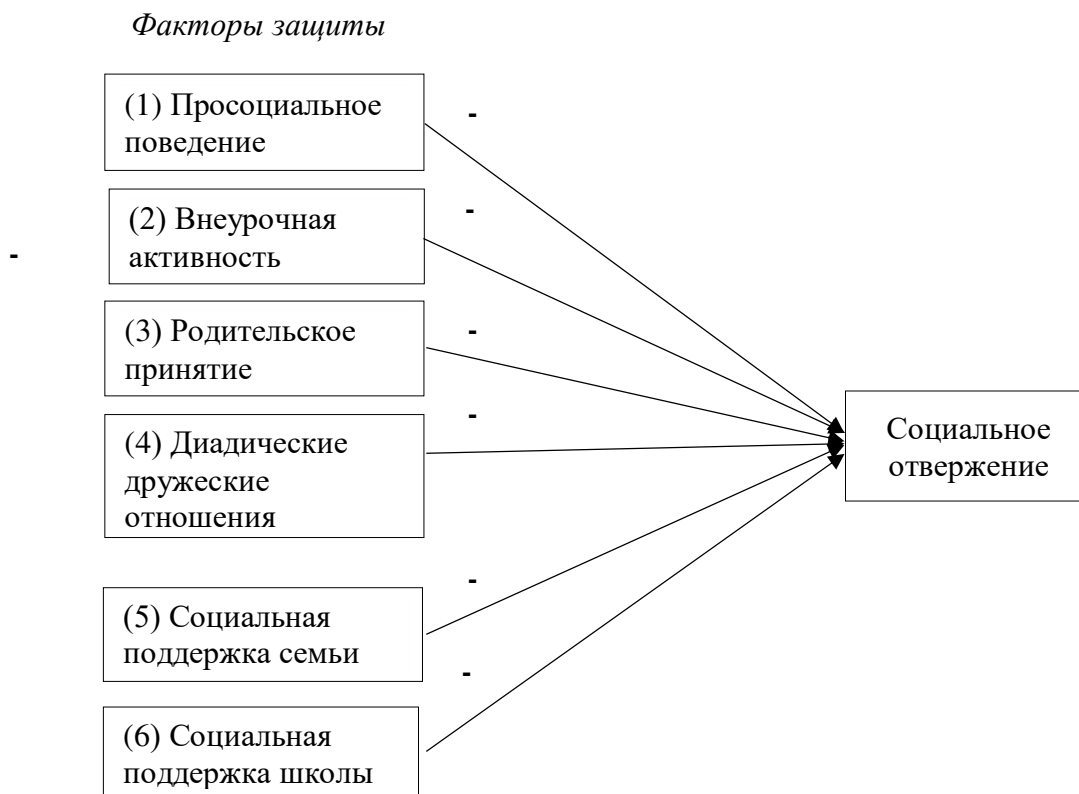


Рисунок 5 - Компенсаторный эффект защитных факторов (Модель 2)

Модели 3-5 оценивают модулирующий эффект факторов, связанный с возможностью фактора изменять взаимосвязь между зависимой и независимой переменными, редуцируя негативное влияние факторов риска [63, p.135]. Модель 3 (рисунок 6) включает факторы индивидуального уровня: просоциальное поведение и внеурочная активность. На основании обзора предшествующих исследований можно предположить, что просоциальное поведение и внеурочная активность будут ослабевать взаимосвязь риск-факторов и социального отвержения в обеих группах.

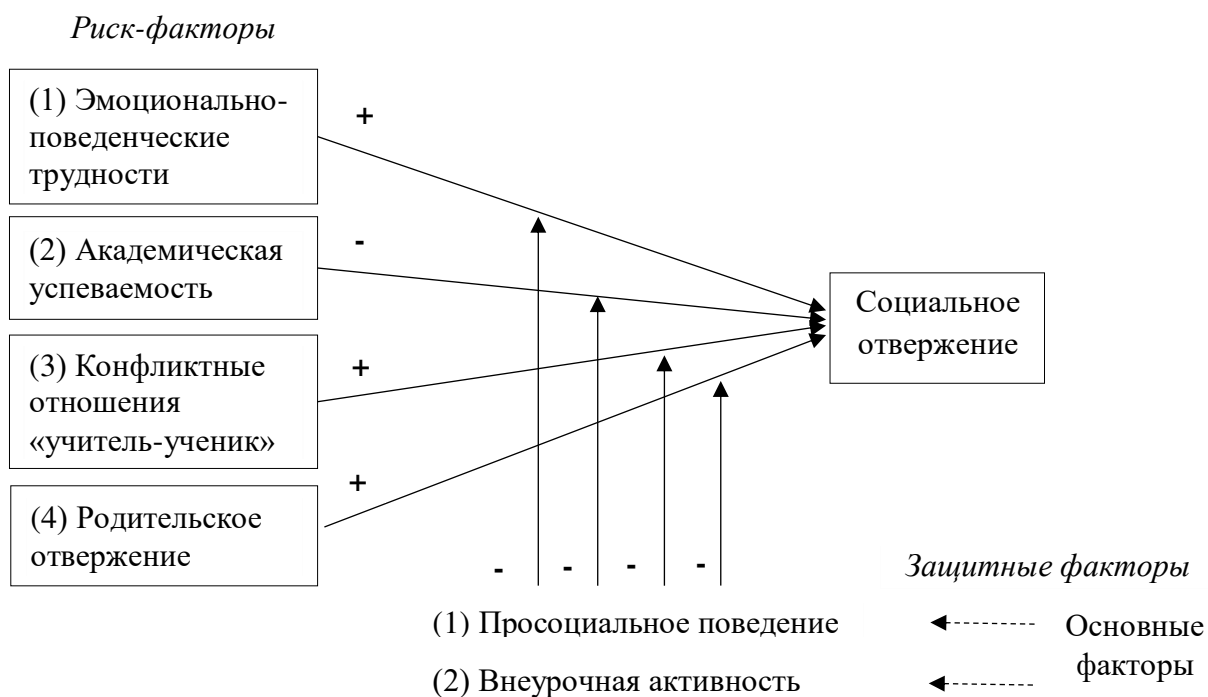


Рисунок 6 - Модерирующий эффект индивидуальных защитных факторов (Модель 3)

Модель 4 оценивает модерирующую роль семейных факторов: основного и дополнительного (рисунок 7). Данная модель предполагает, что родительское принятие будет снижать взаимосвязь всех четырех факторов риска с социальным отвержением детей обеих групп.

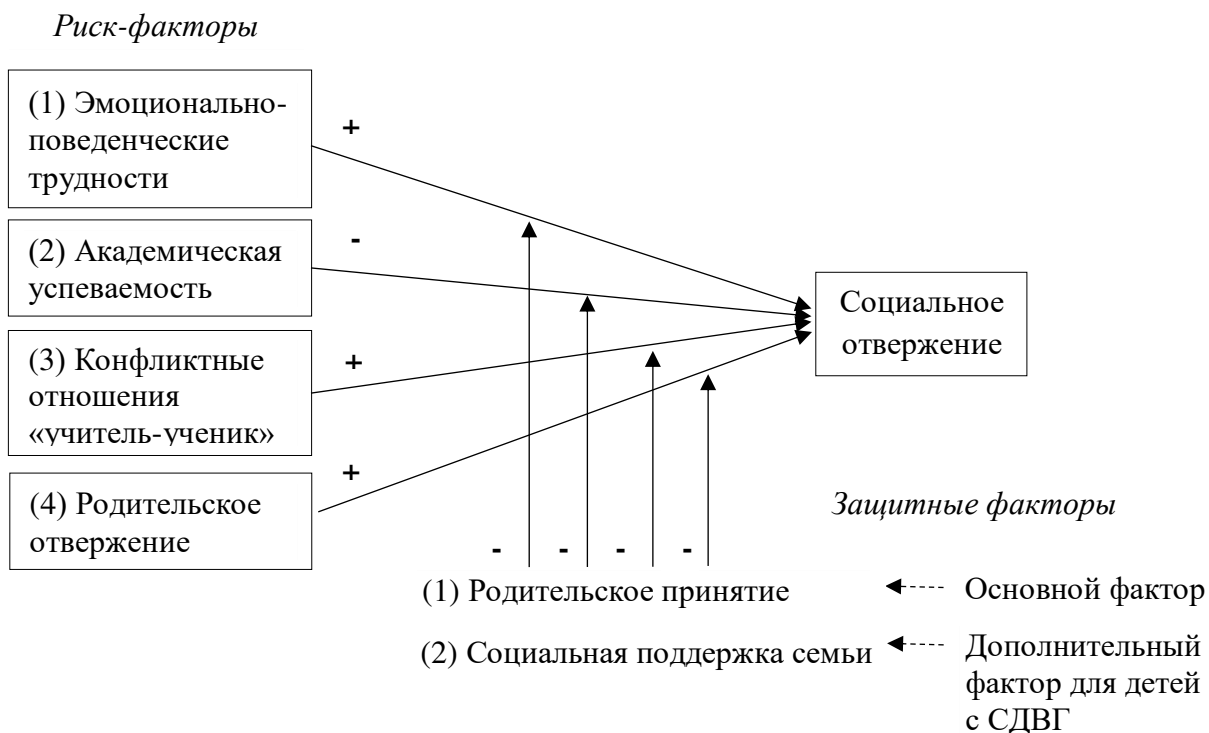


Рисунок 7 - Модерирующий эффект семейных защитных факторов (Модель 4)

Семейная социальная поддержка включена как дополнительный фактор защиты для детей с СДВГ, который также будет снижать взаимосвязь между выбранными факторами риска и социальным отвержением.

Модель 5 оценивает модулирующую роль защитных факторов социального уровня (рисунок 8). Учитывая, что защитный интерактивный эффект диадических дружеских отношений доказан во внешкольном контексте, можно предположить, что этот фактор в контексте класса также будет снижать связь риск факторов и социального отвержения. Социальная поддержка школы также включена как дополнительный фактор защиты для детей с СДВГ.

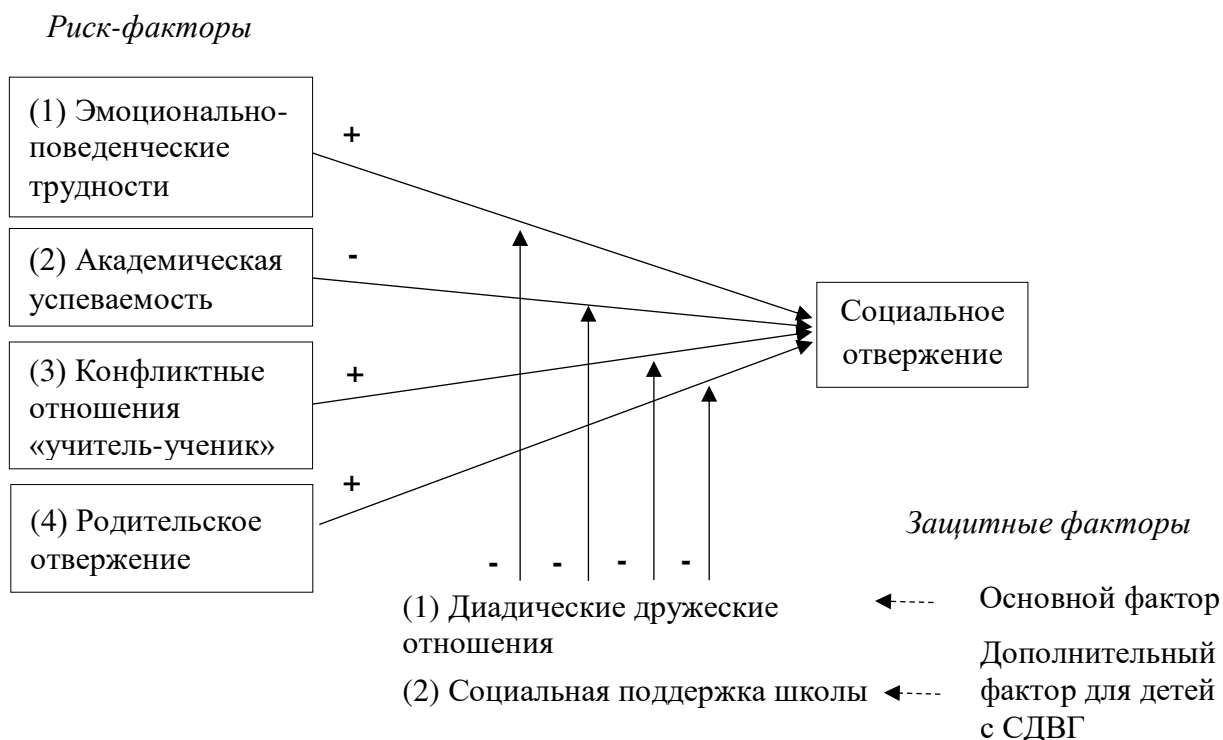


Рисунок 8 - Модерирующий эффект социальных защитных факторов (Модель 5)

Модели 3-5 будут приняты, если интеракция факторов риска и факторов защиты будет иметь статистически значимый эффект на социальное отвержение.

В настоящем исследовании рассматриваются четыре основных исследовательских вопроса. Первый исследовательский вопрос: Выше ли уровень социального отвержения у детей с СДВГ, чем у их типично развивающихся сверстников в условиях казахстанской школы?

Гипотеза 1 (H1): дети с СДВГ города Алматы испытывают более высокий уровень социального отвержения сверстниками, чем их типично развивающиеся сверстники. Если результаты указывают на наличие статистически значимых различий между двумя группами, гипотеза H1 будет принята.

Второй исследовательский вопрос: Будут ли выбранные факторы риска индивидуального, семейного и социального уровней иметь значимый эффект на

социальное отвержение в одной прогностической модели в отношении детей с СДВГ и типично развивающихся детей?

Гипотеза 2 (H2): дети с СДВГ города Алматы имеют более высокий уровень эмоционально-поведенческих проблем, конфликтных отношений с учителями, родительского отвержения и более низкий уровень академической успеваемости, просоциального поведения, внеурочной активности, родительского принятия и диадических дружеских отношений в группе, чем их типично развивающиеся сверстники. Если результаты указывают на наличие статистически значимых различий между двумя группами, гипотеза H2 будет принята.

Гипотеза 3 (H3): факторы риска, а именно, (а) эмоционально-поведенческие трудности, (б) академическая успеваемость, (в) конфликтные отношения между учеником и учителем и (г) родительское отвержение прогнозируют социальное отвержение как детей с СДВГ, так и детей типично развивающихся.

Статистические гипотезы относительно прямого эффекта выбранных факторов риска отражены в таблице 2.

Таблица 2 - Статистические гипотезы относительно прямого эффекта факторов риска на социальное отвержение (Модель 1)

Гипотеза	Статистические гипотезы прогностического эффекта факторов риска
H3.1	Высокий уровень эмоционально-поведенческих трудностей связан с более высоким уровнем социального отвержения детей с СДВГ и детей ТР.
H3.2	Высокий уровень академической успеваемости связан с более низким уровнем социального отвержения детей с СДВГ и детей ТР.
H3.3	Высокий уровень конфликтных отношений «учитель-ученик» связан с более высоким уровнем социального отвержения детей с СДВГ и детей ТР.
H3.4	Высокий уровень родительского отвержения связан с более высоким уровнем социального отвержения детей с СДВГ и детей ТР.

Третий исследовательский вопрос: Будут ли выбранные защитные факторы компенсировать негативное влияние факторов риска?

Гипотеза 4 (H4): факторы защиты, а именно, (а) просоциальное поведение, (б) внеурочная активность, (в) родительское принятие и (г) диадические дружеские отношения компенсируют факторы риска и негативно прогнозируют социальное отвержение в обеих группах, а дополнительные факторы (д) социальная поддержка семьи и (е) социальная поддержка школы компенсируют факторы риска в группе детей с СДВГ.

Статистические гипотезы отражены в таблице 3.

Таблица 3 - Статистические гипотезы относительно компенсаторного эффекта потенциальных факторов защиты от социального отвержения (Модель 2)

Гипотеза	Статистические гипотезы компенсаторного эффекта факторов защиты
Н4.1	Высокий уровень просоциального поведения связан с более низким уровнем социального отвержения детей с СДВГ и детей ТР после контроля фактора риска (эмоционально-поведенческих трудностей - Н4.1.1; академической успеваемости - Н4.1.2; конфликтных отношений «учитель-ученик» - Н4.1.3; родительского отвержения – Н4.1.4
Н4.2	Высокий уровень внеурочной активности связан с более низким уровнем социального отвержения детей с СДВГ и детей ТР после контроля фактора риска (эмоционально-поведенческих трудностей - Н4.2.1; академической успеваемости - Н4.2.2; конфликтных отношений «учитель-ученик» - Н4.2.3; родительского отвержения - Н4.2.4).
Н4.3	Высокий уровень родительского принятия связан с более низким уровнем социального отвержения детей с СДВГ и детей ТР после контроля фактора риска (эмоционально-поведенческих трудностей - Н4.3.1; академической успеваемости - Н4.3.2; конфликтных отношений учитель-ученик - Н4.3.3; родительского отвержения - Н4.3.4).
Н4.4	Высокий уровень диадических дружеских отношений связан с более низким уровнем социального отвержения детей с СДВГ и детей ТР после контроля фактора риска (эмоционально-поведенческих трудностей - Н4.4.1; академической успеваемости - Н4.4.2; конфликтных отношений «учитель-ученик» - Н4.4.3; родительского отвержения - Н4.4.4).
Н4.5	Высокий уровень социальной поддержки семьи связан с более низким уровнем социального отвержения детей с СДВГ после контроля фактора риска (эмоционально-поведенческих трудностей - Н4.5.1; академической успеваемости - Н4.5.2; конфликтных отношений «учитель-ученик» - Н4.5.3; родительского отвержения - Н4.5.4).
Н4.6	Высокий уровень социальной поддержки школы связан с более низким уровнем социального отвержения детей с СДВГ после контроля фактора риска (эмоционально-поведенческих трудностей - Н4.6.1; академической успеваемости - Н4.6.2; конфликтных отношений «учитель-ученик» - Н4.6.3; родительского отвержения - Н4.6.4).

Четвертый исследовательский вопрос: Будут ли выбранные защитные факторы оказывать модулирующий эффект на взаимосвязь факторов риска и социального отвержения?

Гипотеза 5 (H5): факторы защиты, а именно, (а) просоциальное поведение, (б) внеурочная активность, (в) родительское принятие и (г) диадические дружеские отношения ослабевают взаимосвязь факторов риска и социального отвержения в обеих группах, а дополнительные факторы (д) социальная поддержка семьи и (е) социальная поддержка школы оказывают такое же влияние в группе детей с СДВГ.

Для оценки данной гипотезы сформулированы 2 набора статистических гипотез (таблицы 4-5).

Таблица 4 - Статистические гипотезы о взаимосвязи факторов риска и социального отвержения в подгруппах с высоким и низким уровнем факторов защиты (Модели 3-5)

Гипотеза	Статистические гипотезы модулирующего эффекта факторов защиты
H5.1	У детей с СДВГ и детей ТР, которые имеют высокий уровень просоциального поведения, сила связи между фактором риска (эмоционально-поведенческие трудности – H5.1.1; академическая успеваемость – H5.1.2; конфликтные отношения «учитель-ученик» – H5.1.3; родительское отвержение – H5.1.4) и социальным отвержением будет слабее, чем у тех, кто имеет более низкий уровень просоциального поведения.
H5.2	У детей с СДВГ и детей ТР, которые имеют высокий уровень внеурочной активности, сила связи между фактором риска (эмоционально-поведенческие трудности – H5.2.1; академическая успеваемость – H5.2.2; конфликтные отношения «учитель-ученик» – H5.2.3; родительское отвержение – H5.2.4) и социальным отвержением будет слабее, чем у тех, кто имеет более низкий уровень внеурочной активности.
H5.3	У детей с СДВГ и детей ТР, которые имеют высокий уровень родительского принятия, сила связи между фактором риска (эмоционально-поведенческие трудности – H5.3.1; академическая успеваемость – H5.3.2; конфликтные отношения «учитель-ученик» – H5.3.3; родительское отвержение – H5.3.4) и социальным отвержением будет слабее, чем у тех, кто имеет более низкий уровень родительского принятия.
H5.4	У детей с СДВГ и детей ТР, которые имеют высокий уровень диадических дружеских отношений, сила связи между фактором риска (эмоционально-поведенческие трудности – H5.4.1; академическая успеваемость – H5.4.2; конфликтные отношения «учитель-ученик» – H5.4.3; родительское отвержение – H5.4.4) и

Продолжение таблицы 4

Гипотеза	Статистические гипотезы модулирующего эффекта факторов защиты
Н5.4	социальным отвержением будет слабее, чем у тех, кто имеет более низкий уровень диадических дружеских отношений.
Н5.5	У детей с СДВГ, которые имеют высокий уровень социальной поддержки семьи, сила связи между фактором риска (эмоционально-поведенческие трудности – Н5.5.1; академическая успеваемость – Н5.5.2; конфликтные отношения «учитель-ученик» – Н5.5.3; родительское отвержение – Н5.5.4) и социальным отвержением будет слабее, чем у тех, кто имеет более низкий уровень этой поддержки.
Н5.6	У детей с СДВГ, которые имеют высокий уровень социальной поддержки школы, сила связи между фактором риска (эмоционально-поведенческие трудности – Н5.6.1; академическая успеваемость – Н5.6.2; конфликтные отношения «учитель-ученик» – Н5.6.3; родительское отвержение – Н5.6.4) и социальным отвержением будет слабее, чем у тех, кто имеет более низкий уровень этой поддержки.

Таблица 5 - Статистические гипотезы о модулирующем эффекте факторов защиты (Модели 3-5)

Гипотеза	Статистические гипотезы модулирующего эффекта факторов защиты
Н6.1	Продукт взаимодействия фактора риска (эмоционально-поведенческие трудности – Н6.1.1; академическая успеваемость – Н6.1.2; конфликтные отношения «учитель-ученик» – Н6.1.3; родительское отвержение – Н6.1.4) и просоциального поведения статистически значим при прогнозировании социального отвержения детей с СДВГ и детей ТР.
Н6.2	Продукт взаимодействия фактора риска (эмоционально-поведенческие трудности – Н6.2.1; академическая успеваемость – Н6.2.2; конфликтные отношения «учитель-ученик» – Н6.2.3; родительское отвержение – Н6.2.4) и внеурочной активности статистически значим при прогнозировании социального отвержения детей с СДВГ и детей ТР.
Н6.3	Продукт взаимодействия фактора риска (эмоционально-поведенческие трудности – Н6.3.1; академическая успеваемость – Н6.3.2; конфликтные отношения «учитель-ученик» – Н6.3.3; родительское отвержение – Н6.3.4) и родительского принятия статистически значим при прогнозировании социального отвержения детей с СДВГ и детей ТР.

Продолжение таблицы 5

Гипотеза	Статистические гипотезы модулирующего эффекта факторов защиты
Н6.4	Продукт взаимодействия фактора риска (эмоционально-поведенческие трудности – Н6.4.1; академическая успеваемость – Н6.4.2; конфликтные отношения «учитель-ученик» – Н6.4.3; родительское отвержение – Н6.4.4) и диадических дружеских отношений статистически значим при прогнозировании социального отвержения детей с СДВГ и детей ТР.
Н6.5	Продукт взаимодействия фактора риска (эмоционально-поведенческие трудности – Н6.5.1; академическая успеваемость – Н6.5.2; конфликтные отношения «учитель-ученик» – Н6.5.3; родительское отвержение – Н6.5.4) и социальной поддержки семьи статистически значим при прогнозировании социального отвержения детей с СДВГ.
Н6.6	Продукт взаимодействия фактора риска (эмоционально-поведенческие трудности – Н6.6.1; академическая успеваемость – Н6.6.2; конфликтные отношения «учитель-ученик» – Н6.6.3; родительское отвержение – Н6.6.4) и социальной поддержки школы статистически значим при прогнозировании социального отвержения детей с СДВГ.

2.2 Дизайн, этические вопросы, выборка и методы эмпирического исследования

Дизайн исследования и этические вопросы

Использован поперечный дизайн и количественные методы исследования. Социометрические процедуры проводились в школьных классах в групповом формате. Учителя оценивали качество своих отношений с детьми и эмоционально-поведенческие проблемы детей. Родители заполняли опросники для оценки родительского принятия и отвержения, воспринимаемой социальной поддержки семьи и школы, а также о внеурочной активности своих детей. Одновременно от учителей были собраны данные об успеваемости детей.

Исследование одобрено Локальным Этическим Комитетом Факультета медицина и здравоохранения Казахского национального университета им аль-Фараби (№ IRB-A051) и согласовано с Управлением образования города Алматы (Приложение А).

Возможные риски нарушения анонимности и конфиденциальности были тщательно продуманы и учтены при разработке протокола исследования. Протокол и инструменты исследования, формы информационного листа и согласия рассмотрены этической экспертизой.

Участники исследования были проинформированы о целях и процедурах исследования, о своем праве выйти из исследования в любое время, а также о том, что данные, полученные в ходе исследования, будут использоваться только

в научных целях и не предоставляться третьим лицам. После информирования, родители подписывали: а) информационное согласие участника исследования и б) информационное согласие на сбор данных с участием детей (Приложение А).

Выборка исследования

Эмпирической базой исследования были государственные школы города Алматы. Школьная система города Алматы представляет собой восемь районов, включающих разное количество школ. Участники исследования были рекрутированы с каждого района: Ауэзовского (4 школы, 15 детей с СДВГ), Бостандыкского (5 школ, 24 ребенка с СДВГ), Медеуского (3 школы, 11 детей с СДВГ), Алмалинского (9 школ, 14 детей), Алатауского (5 школ, 11 детей с СДВГ), Жетысуского (5 школ, 18 детей с СДВГ), Наурызбайского (2 школы, 10 детей с СДВГ) и Турксибского (2 школы, 5 детей с СДВГ). В исследовании было сформировано две выборки: 1) дети, имевшие на момент рекрутирования ранее установленный врачами диагноз СДВГ; 2) дети типично развивающиеся. В сборе данных приняли участие учителя, родители и одноклассники этих детей.

Процесс рекрутирования родителей детей с СДВГ осуществлялся двумя способами. *Первый способ* – коммуникация с администрацией, учителями, психологами, медицинскими специалистами и социальными педагогами школ. Мы следовали алгоритму рекрутирования участников, разработанному в рамках настоящего исследования: 1) получение информации от школьного медицинского работника о детях с клинически диагностированным СДВГ и гиперкинетическим расстройством; 2) беседа с учителями детей с СДВГ и информирование о настоящем исследовании; 3) предоставление информационного буклета родителям детей с СДВГ через учителей; 4) родители, желающие принять участие в исследовании, сообщали об этом учителю или автору настоящего исследования (контакты были указаны в буклете).

В ходе рекрутирования мы столкнулись с трудностями; многие родители отказывались от участия. В основном отказы были связаны с тем, что родители не видели личной пользы для них и их детей, а также опасались негативных последствий для их детей. В последующем, мы применили *второй способ* рекрутирования, который использовался Исследовательским центром семейной и групповой практики Департамента социальной работы Китайского университета Гонконга (Family and Group Practice Research Centre, Department of Social Work, The Chinese University of Hong Kong), работающего с семьями детей с СДВГ [28, p.32]. Родители приглашались на двухчасовые психообразовательные беседы (Приложение В), после которых им предлагалось принять участие в настоящем исследовании. Информация о данных беседах распространялась тремя способами: 1) учителя информировали родителей; 2) объявления размещались в школах на различных стендах (при предварительном согласовании с директорами школ); 3) приглашения публиковались на личной странице автора исследования в Facebook.

Группа сравнения включала типично развивающихся детей. Типичность (нормальность) развития может проявляться в разных сферах, от когнитивных функций до физиологии ребенка [75, p.179]. Однако, в настоящем исследовании

объектом являются дети с СДВГ, который относится к группе поведенческих и эмоциональных расстройств, поэтому к типично развивающимся детям были отнесены дети, не имеющие каких-либо расстройств в эмоциональной и поведенческих сферах, а также в когнитивном развитии. Критериями включения детей в группу сравнения были 1) класс, 2) пол и 3) возраст, соответствующие детям с СДВГ, принимавшим участие в исследовании (выбраны 324 ребенка). Критерием исключения было наличие диагностированных расстройств (3 ребенка были исключены, в 2 случаях у детей была задержка психического развития, в 1 случае вызывающее оппозиционное расстройство поведения). После отбора в соответствии с вышеуказанными критериями дети были выбраны случайным способом. Затем родители детей приглашались к участию в исследовании. В 12 случаях случайная процедура была проведена повторно из-за отказа родителей от участия в исследовании.

Социально-демографические характеристики участников отражены в таблице 6. В ходе исследования были сформированы две группы: первая - 108 детей с установленным диагнозом СДВГ, вторая - 108 типично развивающихся детей. В исследовании приняли участие дети в возрасте от 7 до 12 лет ($M = 9,4$; $SD = 1,56$; 96% мальчиков). Выборка была этнически разнообразной, но большинство детей были казахами (56,5%), русскими (21,8%) и уйгурами (6,9%). Большинство из них воспитывались в полных (67,6%) или монородительских семьях (27,4%).

Возраст большинства родителей находился в следующих возрастных пределах: 31-35 лет (27,4%), 36-40 лет (34,7%) и 41-45 лет (25,5%). Большинство родителей были женщинами (91,6%). 68,5% родителей работали полный рабочий день, 41,2% были выпускниками колледжей, а 42,2% имели средний семейный доход, равный или превышающий 160-239 тысяч тенге. Все преподаватели были женщинами в возрасте от 24 до 62 лет ($M = 42$; $SD = 11,3$) со средним стажем работы 16 лет ($SD = 8,3$).

Таблица 6 - Социально-демографические характеристики участников

Социально-демографические характеристики		Дети с СДВГ		Дети ТР	
		(n)	(%)	(n)	(%)
Возраст детей	7-9 лет	55	50,9	55	50,9
	10-12 лет	53	49,1	53	49,1
Класс обучения	1	16	14,8	16	14,8
	2	24	22,2	24	22,2
	3	40	37,0	40	37,0
	4	28	25,9	28	25,9
Пол детей	Мужской	104	96,3	104	96,3
	Женский	4	3,7	4	3,7
Этническая принадлежность	Казах	56	51,9	66	61,1
	Русский	28	25,9	19	17,6
	Уйгур	7	6,5	8	7,4
	Другие	17	15,7	15	13,9

Продолжение таблицы 6

Социально-демографические характеристики		Дети с СДВГ		Дети ТР	
		(n)	(%)	(n)	(%)
Возраст родителей	<30	4	3,7	1	0,9
	31–35	37	34,3	22	20,4
	36–40	31	28,7	44	40,7
	41–45	24	22,2	31	28,7
	46–50	12	11,1	10	9,3
	>51	0	0	0	0
Пол родителей	Мужской	10	9,3	8	7,4
	Женский	98	90,7	100	92,6
Семейный статус	Замужем/женат	72	66,7	74	68,5
	Разведен/разведена	30	27,8	29	26,9
	Вдова/вдовец	0	0	5	4,6
	Другое	6	5,5	0	0
Количество детей в семье	1	40	37,0	28	25,9
	2	38	35,2	56	51,9
	3	22	20,4	19	17,6
	4	8	7,4	5	4,6
	5≥	0	0	0	0
Образование родителей	Среднее образование	23	21,3	21	19,4
	Среднеспециальное образование	41	38,0	48	44,4
	Высшее образование	44	40,7	39	36,2
	Другое	0	0	0	0
Трудовая занятость родителей	Полный рабочий день	66	61,1	82	75,9
	Неполный рабочий день	35	32,4	18	16,7
	Безработный	7	6,5	8	7,4
	Другое	0	0	0	0
Ежемесячный доход семьи	< 120 000 тенге	16	14,8	7	6,5
	121 000 – 139 000 тенге	16	14,8	5	4,6
	140 000 – 159 000 тенге	17	15,8	9	8,3
	160 000 – 199 000 тенге	12	11,1	26	24,1
	200 000 – 239 000 тенге	20	18,5	33	30,6
	> 240 000 тенге	27	25,0	28	25,9
-	-	(n)	(%)		
Пол учителей	Мужской	0		0	
	Женский	108		100	
Возраст учителей	<30	9		8,3	
	31–35	24		22,2	
	36–40	9		8,3	
	41–45	28		25,9	
	46–50	17		15,8	
	>51	21		19,5	
Педагогический опыт	<3	4		3,6	
	3-10	35		32,4	
	11-20	37		34,3	
	21-30	22		20,4	
	31-40	10		9,3	

Измерение социального отвержения

Существует два основных подхода к измерению социометрического социального отвержения, ценностей и валидность которых хорошо изучены. Первый подход J.D. Coie (1983) представляет собой стандартную социометрическую процедуру и заключается в том, что дети выделяют три одноклассника, которые нравятся им больше всего (принятие) и три ребенка из тех, кто нравится меньше всего (отвержение) [36, p.265-266]. A.F. Newcomb и W.M. Bukowski (1983, 1984) предложили модифицированный подход; дети должны выбрать трех сверстников на номинацию «лучший друг» [88, p.84].

Существует много вариаций этой базовой процедуры. Например, некоторые исследователи контролируют гендерные различия. В. Ноза и коллеги (2005) использовали список одноклассников того же пола, что и опрашиваемый. Детям нужно было выбрать имена детей из этого списка по двум номинациям: «Лучший друг в классе» (позитивная номинация), «Не хочу с ним дружить» (негативная номинация) [12, p.415]. Для применения этого подхода необходима гендерно сбалансированная выборка, что сложно осуществить в связи со значительной диспропорцией распространенности и диагностирования СДВГ у мальчиков и девочек [55, p.108].

В социометрическом методе отношения сверстников могут быть концептуализированы и измерены на трех уровнях: индивидуальном, диадическом и групповом. Например, могут быть измерены индивидуальные количественные (индексы отвержения и принятия) и категориальные (статус «популярный», «отвергнутый», «пренебрегаемые») переменные. Основываясь на взаимных положительных выборах, можно оценить диадические отношения. Также можно оценить индекс групповой сплоченности как характеристику группы [88, p.83-84]. Этот метод является «золотым стандартом», позволяет получить достоверный индекс социального функционирования ребенка и широко используется в странах СНГ, в том числе и в Казахстане [193; 194].

Широко распространены оценочные шкалы, в которых используется три типа процедуры оценки в зависимости от того, кто является источником. Первый тип – это оценка сверстниками, когда дети определяют степень, в которой им нравится работать или играть с другими одноклассниками. Например, дети оценивают каждого одноклассника по шкале от 1 до 5 (1 совсем не нравится, 5 – очень нравится), отвечая, например, на такие вопросы: «Как сильно тебе нравится играть с этим ребенком в школе». В результате, все дети классифицируются в группы с низким, средним и высоким уровнем социального приятия [88, p.86]. Преимущество этого метода заключается в том, что каждый ребенок получает равное количество оценок, тогда как в социометрической процедуре номинации получают только некоторые дети, имеющие наиболее сильное социальное влияние [45, p.189-190]. Однако, сбор шкалированных оценок в больших референтных группах является очень трудозатратным.

Второй тип – это опросники субъективного восприятия ребенком. Этот подход использовали McLachlan, Zimmer-Gembeck и McGregor (2010), где детей просили ответить на вопрос «да» или «нет». Например, «Ваши друзья обычно

вступались за вас, когда вы попадали в беду?» [195, p.34]. Существует также измерение отдельных форм отвержения; опросник «Измерение социального отвержения сверстников» (The Social Peer Rejection Measure) был основан на таксономии отвержения сверстников, созданной S.R. Asher и его коллегами [21, p.110]. Согласно теоретической базе, опросник состоит из 6 шкал, соответствующих 6 формам отвержения. Анкета включает в себя 21 вопрос, который ребенок оценивает по 5-балльной шкале Лайкерта. Например, «Мои вещи (книги, игры и т. д.) были испорчены?» [195, p.36]. Однако, самоотчет детей с СДВГ может существенно отличаться от объективной картины из-за положительной иллюзорной предвзятости детей с СДВГ [91, p.336].

Третий тип включает в себя оценку социального принятия и отвержения учителями. Например, шкала социального принятия Dishion (the Dishion Social Acceptance Scale) [71, p.716]. Учителя оценивают долю детей в классе, которые не любят или отвергают каждого ребенка, используя шкалу от 1 (очень немногие, <25%) до 5 (почти все, >75%). Однако, оценки учителей считаются менее обоснованными и валидными, чем оценки сверстниками [89, p.657]. Опора только на взрослых как единственных информантов о социальных проблемах детей является ограничением исследований, потому что «... многие взаимодействия, которые происходят между сверстниками в неконтролируемых ситуациях, недоступны взрослым» [12, p.412]. По мнению В. Ноза и ее коллег (2005), методология, основанная на использовании оценки сверстниками (peer-informant methodologies), является более подходящей для изучения социальных проблем детей с СДВГ, так как эта оценка больше коррелирует и прогнозирует дальнейшие проблемы в адаптации детей, чем оценка взрослых [12, p.412].

Таким образом, учитывая цель настоящего исследования, социометрическая процедура имеет определенные преимущества: (1) объективность измерения; (2) менее времязатратный процесс; (3) возможности одновременной оценки отношений со сверстниками на трех уровнях: индивидуальном, диадическом и групповом.

Социометрическая процедура настоящего исследования

Социометрия проводилась в группах с инструкциями, читаемыми вслух. Также детям выдавались распечатанные социометрические карточки. В настоящем исследовании количество номинаций ограничивалось, поскольку неограниченные номинации не имеют столь сильных преимуществ в начальной школе [88, p.87], а фиксированное количество может сделать процедуру менее трудоемкой. Детям было предложено выбрать до 3-х одноклассников в 4-х вопросах.

Социометрические критерии обычно делятся на две группы: эмоциональные, связанные с неформальным взаимодействием, и рабочие, связанные с академической или формальной деятельностью [193, с.17-18]. В связи с этим были включены 2 вопроса, связанные с академическими отношениями: положительный – «С кем из твоих одноклассников ты хотел бы работать в паре?»; негативный - «С кем из твоих одноклассников ты не хотел бы работать в паре?». Включены 2 вопроса о неформальных отношениях:

положительный – «Кого из своих одноклассников ты бы пригласил на свой день рождения?»; негативный - «Кого из своих одноклассников ты бы не пригласил на свой день рождения?».

Процедура подсчета баллов в настоящем исследовании

Было подсчитано количество положительных и отрицательных номинаций. Эти оценки отражали степень, в которой дети были приняты или отвергнуты группой сверстников. Социальное принятие – это количество полученных положительных номинаций, социальное отвержение – количество полученных отрицательных номинаций [12, p.413].

Учитывая разницу в количестве потенциальных номинантов в классах, необходимо было скорректировать влияние размера группы. Учет размера группы особенно важен, когда статус ребенка оценивается с помощью социометрических номинаций [88, p.85]. Существует два основных подхода к контролю влияния размера класса (группы). Первый – количество полученных номинаций делится на количество детей в группе [193, с.24]. Однако, несмотря на простоту, этот метод не помогает снизить влияние размера класса [196, p.847]. Второй путь – это стандартизация баллов. Этот метод представляет собой преобразование сырых баллов в стандартизированные баллы внутри группы [36, p.266; 196, p.848]. Этот метод является наиболее давним решением учета вариации размеров групп и используется при изучении взаимоотношений сверстников у детей с СДВГ [12, p.416].

По сути, стандартизация позволяет определить социальное принятие и отвержение конкретного ребенка с учетом уровня принятия и неприятия отвержения других одноклассников в группе. Другими словами, этот метод оценивает социальный статус ребенка в контексте отношений, которые существуют в его группе. Этот метод важен, потому что он «... тесно связан с идеей о том, что статус является относительным к группе, в которой он оценивается» [88, p.89]. В настоящем исследовании стандартизированные баллы вычислялись отдельно в каждом классе в соответствии с формулой 1:

$$z = \frac{\sum R - \mu}{\sigma} \quad (1)$$

где, $\sum R$ - сумма негативных (позитивных) номинаций, полученных от сверстников, μ – среднее значение количества негативных (позитивных) номинаций, полученных во всей группе, σ – стандартное отклонение.

Таким образом, для каждого ребенка были рассчитаны стандартизированные индексы социального отвержения и принятия. Затем был рассчитан уровень социального влияния ребенка (принятие плюс отвержение) и уровень социальных предпочтений (принятие минус отвержение) [12, p.413]. Далее, дети с СДВГ и группы сравнения были разделены на пять групп, используя выявленные индексы принятия, отвержения, социальных предпочтений и социального влияния. Существует широко используемая

система J.D. Coie (1983), когда пять типов социального статуса («популярный», «спорный», «игнорируемый», «отвергнутый», «средний») определяются на основе соотношения индексов социального предпочтения и социального влияния: «популярный» - индекс социального предпочтения больше 1,0, индекс принятия больше 1,0 и индекс отвержения меньше 0; «отвергнутый» - индекс социального предпочтения меньше 1,0, индекс отвержения больше 0 и индекс принятия меньше 0; «игнорируемый» – индекс социального влияния меньше 1,0 и индекс принятия равен 0; «спорный» - оценка социального влияния больше 1,0 и индексы принятия и отвержения больше 0; «средний» – оценка социальных предпочтений находилась в диапазоне: - 0,5 и 0,5. [36, p.267]. Данная классификация использовалась для сравнения с предыдущими исследованиями, а в качестве зависимой переменной использовался стандартизированный индивидуальный индекс отвержения.

Измерение факторов риска

Эмоционально-поведенческие трудности

В настоящем исследовании в качестве индивидуального фактора риска определены эмоционально-поведенческие проблемы детей, которые включают в себя невнимательность, гиперактивность и импульсивность, тревожность и депрессию, сложность эмоциональной регуляции, агрессию и нарушение правил поведения. В связи с этим Опросник сильных сторон и трудностей (The Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) обладает преимуществом, так как оценивает все вышеперечисленные проблемы.

Это опросник широко применяется и адаптирован более чем на 80 языках (www.sdqinfo.com). SDQ (Goodman, 1997) — это краткая количественная рейтинговая шкала, предназначенная для выявления трудностей и просоциального поведения детей [197]. Существуют форма опросника для родителей, учителей и детей. В настоящем исследовании была использована форма опросника для учителей.

Опросник включает пять шкал: 1) эмоциональные симптомы, 2) проблемы с поведением, 3) гиперактивность-невнимательность, 4) проблемы со сверстниками и 5) просоциальное поведение. Четыре шкалы (эмоциональные симптомы, проблемы с поведением, гиперактивность-невнимательность и проблемы сверстников) суммируются. Более высокие баллы по первым четырем шкалам указывают на более высокий уровень эмоциональных и поведенческих трудностей, а более высокие баллы по пятой шкале означают более высокий уровень просоциальных навыков. Опросник содержит 25 утверждений. Респонденты оценивают каждый пункт по 3-балльной шкале в диапазоне от 0 (не соответствует) до 2 (полностью соответствует). В настоящем исследовании в корреляционном и регрессионном анализе в качестве фактора риска «эмоционально-поведенческие трудности» использовались суммарные баллы по трем шкалам (эмоциональные симптомы, проблемы с поведением и гиперактивность-невнимательность), так как подшкала «проблемы со сверстниками» также, как и социометрическое социальное отвержение измеряет особенности отношений со сверстниками в группе.

Исходная шкала учительской версии SDQ показала удовлетворительную внутреннюю согласованность - от 0,70 до 0,84 [197, с.1339], как и версия шкалы, адаптированной на русский язык - от 0,64 до 0,77 [198]. В настоящем исследовании коэффициент α -Кронбаха был удовлетворительным для общей шкалы SDQ (0,71) и ее субшкал: эмоциональные симптомы - 0,73; проблемы поведения - 0,67; гиперактивность –невнимательность - 0,73; проблемы сверстников - 0,77; просоциальное поведение - 0,70 (Приложение В).

Академическая успеваемость

Переменная «академическая успеваемость» представляла собой средние баллы оценки успеваемости по основным школьным предметам в начальной школе: казахский язык, русский язык, английский язык, литература, математика и естествознание. Минимально возможный балл – 2, максимально - 5.

Конфликтные отношения «учитель-ученик»

Инструменты оценки взаимоотношений учителя с отдельно взятым учеником на казахском и русском языках не были найдены. На английском языке существует несколько измерительных инструментов. Например, оценка детей раннего возраста учительской поддержки (The Young Children's Appraisals of Teacher Support – Y-CATS) [199] и шкала детской оценки отношений с учителем (The Child Appraisal of Relationship with Teacher Scale - CARTS) [200]. Данные опросники направлены на изучение восприятия детьми отношений со своими учителями. Было доказано, что сообщенные учителем отношения (конфликт и близость) соответствуют оценке, сообщенной ребенком. Однако, эти опросники были адаптированы только в западных странах. Кроме того, валидность и надежность Y-CATS были определены только для детей детского сада и первого класса. Также разработан инструмент наблюдения за отношениями в диаде «учитель-ученик» - The Student-Teacher Relationship Observation Measurement (SRTOM), который применялся для оценки взаимодействия учителей со своими вторыми классами в начальных школах Берлина [201]. Однако, SRTOM не были использованы в других исследованиях.

Шкала отношений ученик-учитель (The Student-Teacher Relationship Scale - STRS) является наиболее широко используемой. STRS разработан Robert Pianta (1992). Он ввел трехмерную оценку качества отношений, основанную на теории детско-взрослой привязанности [202]. STRS — это опросник, оценивающий восприятие учителем своих отношений с отдельным учеником [151, р.1-2]. Изначально, эта шкала была разработана для оценки взаимоотношений учителя с детьми в возрасте от 3 до 8 лет, но позже была доказана достоверность и валидность опросника для детей старшего возраста (до 12 лет) [203, с.457; 204, с.215]. STRS был адаптирован и показал достаточный уровень надежности и валидности в различных культурных контекстах [205; 203, с.462-463; 206; 207; 208; 209].

Полная версия STRS состоит из 3 шкал: «близость», «конфликт» и «зависимость». Короткая версия (STRS-Short Form) включает в себя 2 шкалы: «близость» и «конфликт». STRS-SF включает в себя 15 вопросов: шкала «конфликт» - 7 вопросов, шкала «близость» - 8 вопросов (Приложение В).

Высокий балл по шкале «конфликт» означает, что учитель воспринимает своего ученика как конфликтного и непредсказуемого. Шкала «близость» характеризуется теплотой, привязанностью и открытым общением. Учителя оценивают каждое утверждение, используя 5-балльную шкалу Лайкерта (от 1 – «полностью не согласен» до 5 – «полностью согласен»). Авторами шкалы выявлен высокий уровень согласованности: близость - 0,86; конфликт - 0,92 [151, с.21].

Этот опросник имеет ряд преимуществ, а именно: (1) доказанные валидность и надежность в Западной и Восточной культурах; (2) наличие короткой формы; (3) автором шкалы предоставлен свободный доступ к использованию в образовательных исследованиях без изменения содержания и структуры инструмента, а также разрешен перевод на другие языки (<https://curry.virginia.edu/>).

В настоящем исследовании использовалась сокращенная форма STRS-SF, поскольку шкала «зависимость» не требовалась. STRS-SF был переведен с английского на русский язык. Затем, проведена стандартная процедура обратного перевода. Были сопоставлены прямые и обратные переводы и скорректированы утверждения шкалы. Результаты пилотного проекта представлены в разделе 2.3.2 диссертации. В основном исследовании коэффициент α -Кронбаха был удовлетворительным: STRS-SF-общий показатель-0,76; конфликт-0,86; близость-0,85.

Родительское отвержение

Опросник родительского принятия-отвержения (PARQ - Parental Acceptance-Rejection Questionnaire) является наиболее широко используемым инструментом. Надежность и валидность PARQ (Rohner, 1984) для использования в научных исследованиях и практике были подтверждены значительным количеством эмпирических исследований. Полученные данные подтверждают выводы о кросс-культурной валидности и надежности данного опросника. Данные более чем 400 исследований по всему миру подтверждают этот вывод и показывают, что дети и взрослые повсеместно воспринимают свое принятие-отвержение примерно по тем же четырем классам поведения, которые оценивает PARQ независимо от культуры, этнической принадлежности, социального класса, расы, пола и других факторов [210, p.269].

PARQ имеет 4 шкалы: шкала теплоты / принятия содержит 20 пунктов, шкала враждебности / агрессии - 15 пунктов, шкала безразличия/пренебрежения - 15 пунктов, шкала недифференцированного отвержения - 10 пунктов. Респондентам предлагается оценить, насколько утверждение о их взаимодействии с детьми соответствует или не соответствует. Каждое утверждение оценивается по 4-балльной шкале Лайкерта от 4 (почти всегда верно) до 1 (почти никогда не верно) (Приложение В). В отношении 7 положительно сформулированных пунктов шкалы безразличия / пренебрежения происходит обратный подсчет.

Более высокие баллы по шкале «теплота / принятие» означают положительную связь между родителями и детьми. Более высокие баллы по

другим шкалам означают наличие разнообразных форм родительского поведения, причиняющего физический и психологический вред детям. Внутренняя согласованность оригинальной шкалы варьировалась от 0,85 до 0,98 [210, р.273] и от 0,72 до 0,91 шкалы, переведенной и адаптированной на русский язык [131, с.112]. В настоящем исследовании коэффициенты α -Кронбаха были удовлетворительными для общей шкалы - 0,73; шкалы «теплота / принятие» - 0,83; шкалы «враждебность / агрессия» - 0,76; шкалы «безразличие / пренебрежение» - 0,70; шкалы «недифференцированное отвержение» - 0,71. Первая шкала использовалась в качестве защитного фактора «родительское принятие», а сумма баллов других шкал использовалась в качестве фактора риска – «родительское отвержение».

Измерение факторов защиты

Просоциальное поведение

В качестве данной переменной в настоящем исследовании была использована шкала «просоциальное поведение» вышеупомянутого SDQ, адаптированного на русский язык.

Внеурочная активность

Шкала для измерения внеурочной активности была разработана автором настоящего исследования. Структура опросника была основана на двух основных свойствах активности ребенка во внеурочное время: а) разнообразие активности и б) интенсивность активности [68, р.884]. Были определены три основных вида деятельности: 1) спорт; 2) творчество и 3) социальная активность. В анкету включены вопросы о структурированной и неструктурированной деятельности (рисунок 9). Структурированная деятельность характеризуется наличием определенных правил и норм поведения. Неструктурированная деятельность является самоуправляемой [170, р.2]. Также включены вопросы относительно индивидуальной и групповой внеурочной активности.

Разработанная шкала содержит 3 подшкалы (спортивная активность, творческая активность и социальная активность), каждая из которых включает 3 вопроса (всего 9 вопросов): 2 вопроса относительно структурированной активности и 1 - неструктурированной. Это дает возможность оценить разнообразие внеурочной активности ребенка. Для измерения интенсивности использовалась шкала Лайкерта. Родители должны были оценить, насколько регулярно их ребенок участвует в определенной внеурочной деятельности: 1 – никогда, 2 – иногда, 3 – часто, 4 – всегда (Приложение В). Более высокие баллы означают, что дети имеют более высокий уровень активности во внешкольное время. Структура шкалы показана на рисунке 9.

Подсчет баллов производился следующим образом. Баллы по 3 вопросам каждой шкалы суммировались. Затем данная сумма делилась на 3 для получения среднего балла спортивной, творческой и социальной активности. Также первые вопросы каждой шкалы были суммированы и разделены на 3 для получения среднего балла структурированной групповой деятельности. Аналогичным образом рассчитывались баллы структурированной индивидуальной активности и неструктурированной деятельности. Оценка общей внеурочной деятельности

была рассчитана как средняя оценка по всем 9 вопросам. Результаты апробации шкалы представлены в разделе 2.3 диссертации.



Рисунок 9 - Структура шкалы внеурочной активности

Внутренней согласованность шкалы в основном исследовании удовлетворительная: всей шкалы составила 0,70; спортивной активности – 0,69; творческой активности – 0,71; и социальной активности – 0,76.

Родительское принятие

В качестве фактора защиты в настоящем исследовании была использована субшкала «теплота/принятие» вышеупомянутого PARQ, адаптированного на русский язык Г.В. Бурменской (2018).

Диадические дружеские отношения

Показателем переменной «диадические дружеские отношения» стало количество взаимных положительных номинаций, полученных детьми.

Социальная поддержка семьи

Опросники, изучающие социальную поддержку родителей, не были обнаружены на казахском и русском языках, поэтому использовалась шкала, которая была специально создана для родителей детей с СДВГ. Шкала воспринимаемой социальной поддержки (Perceived Social Support Scale, PSS) разработана профессором J.L-С. Ма (1996) на основе модификации предыдущего инструмента оценки восприятия социальной поддержки пациентами с онкозаболеванием [187, p.130].

PSS (Ma & Lai, 2017) – это шкала, которая дает оценку восприятия родителями детей с СДВГ объема социальной поддержки, которую они получают и желают. PSS оценивает 4 вида социальной поддержки (информационную, эмоциональную, инструментальную и аффилиационную) от 5 возможных источников (семьи, друзей, школы, медицинских и социальных служб). Эта шкала также включает несколько открытых вопросов, в которых родители могут описать вид помощи, которую они хотели бы получить. Родители должны оценить свое восприятие помощи и степень удовлетворенности, используя 4-балльную шкалу Лайкерта с ответами в диапазоне от 1 (очень неудовлетворён) до 4 (очень удовлетворен). Более высокие баллы указывают на большую удовлетворенность социальной поддержкой. Кроме того, родители оценивают желаемую социальную поддержку также по 4-балльной шкале от 1 (не желаемая) до 4 (очень желаемая) (Приложение В) [28, р.34].

Существуют преимущества использования этой шкалы в настоящем исследовании. Во-первых, PSS адаптирована специально для измерения социальной поддержки родителей детей с СДВГ. Во-вторых, оценивает воспринимаемую и желаемую социальную поддержку, что является очень полезным для практики социальной работы.

Также эта шкала измеряет 4 основные вида поддержки от 5 источников [211, с.207]. Это расширяет возможности применения шкалы в разных областях социальной работы. Кроме того, PSS включает открытые вопросы и можно получить дополнительную информацию. В исследованиях автора шкала показала высокий уровень внутренней согласованности, которая колебалась от 0,91 до 0,93 [28, р.34]. Автор опросника, профессор J.L.-C. Ma, дала согласие на перевод и использование инструмента в рамках настоящего исследования, а также предоставила его оригинальный вариант на английском языке.

PSS был переведен с английского на русский язык. Для обеспечения точности была проведена стандартная процедура обратного перевода. Результаты пилотного исследования представлены в разделе 2.3.2 диссертации. В основном исследовании внутренняя согласованность была удовлетворительной: PSS-общий показатель составил - 0,82, семейная социальная поддержка - 0,84, а школьная социальная поддержка - 0,81. В настоящем исследовании шкала воспринимаемой социальной поддержки со стороны семьи использовалась в качестве фактора защиты «социальная поддержка семьи».

Социальная поддержка школы

Шкала воспринимаемой социальной поддержки со стороны школы вышеупомянутого PSS (Ma & Lai, 2017) была использована в качестве переменной «социальная поддержка школы».

Измерение социально-демографических характеристик

Для изучения социально-демографических характеристик использовалась разработанная автором анкета. Данная анкета заполнялась родителями детей обеих выборок. Переменные включали возраст ребенка, класс ребенка, пол ребенка, возраст, пол и семейное положение родителя, количество детей в семье,

образование родителя, занятость родителя и семейный доход. Также в ходе исследования была собрана информация об основных социально-демографических характеристиках учителей (пол и возраст) и сведения о педагогическом стаже. Дополнительно родителям предлагалось указать сколько раз ребенок менял школу и класс обучения (Приложение В).

Математический анализ данных

Для анализа данных использовалась программа IBM Statistics SPSS 21. Описательный статистический анализ проведен на основе расчета процентов, среднего значения и стандартного отклонения в обеих группах в отдельности.

Для изучения различий количественных переменных между группой детей с СДВГ и группой сравнения был применен t-критерий для независимых выборок. С целью выявления зависимости переменных от социально-демографических характеристик детей (пол, возраст, класс), родителей (семейное положение, образование, статус работы и семейный доход) и учителей (возраст, педагогический стаж) проведены однофакторный дисперсионный анализ ANOVA и t-критерий. Для изучения различий в категориальной переменной – диадические дружеские отношения (1 категория – 0 взаимных выборов, 2 категория – 1 выбор и более), а также дополнительного сравнения частоты распределения социометрических статусов, использовался критерий независимости χ^2 , который позволяет выявить статистически значимые различия в результатах между двумя или более группами.

Корреляционный анализ Пирсона был использован для изучения взаимосвязи между зависимой и независимыми переменными. В корреляционном анализе переменная «диадические дружеские отношения» использовалась как шкала равных отношений.

Модель 1 была протестирована с помощью пошагового множественного линейного регрессионного анализа. Были введены следующие переменные факторов риска: 1) эмоционально-поведенческие трудности, 2) академическая успеваемость, 3) конфликтные отношения «учитель-ученик» и 4) родительское отвержение. Регрессионный анализ проведен отдельно для детей с СДВГ и группы сравнения.

Модели 2-5 были протестированы с помощью иерархического регрессионного линейного анализа. Для выявления компенсаторного и модулирующего эффекта потенциальных защитных факторов относительно детей обеих групп (просоциальное поведение, внеурочная активность, родительское принятие, диадические дружеские отношения) и детей с СДВГ (социальная поддержка семьи, социальная поддержка школы) проведено два подготовительных шага:

1) все переменные (за исключением переменной – диадические дружеские отношения, которая использовалась в регрессионном анализе как категориальная переменная) были центрированы с использованием среднего значения с целью предупреждения мультиколлинеарности [212, p.118-119];

2) созданы перекрестные переменные, как продукт умножения переменной фактора риска и переменной фактора защиты, например, родительское

отвержение × просоциальное поведение (всего создано 24 перекрестных продукта между 4 факторами риска и 6 факторами защиты для детей с СДВГ и 16 перекрестных продуктов для детей группы сравнения; 4 фактора риска и 4 фактора защиты).

В ходе регрессионного анализа переменные были введены в следующем порядке: шаг 1 - переменная фактора риска; шаг 2 - потенциальный защитный фактор; шаг 3 – перекрестная переменная данных факторов риска и защиты. Шаг 2-ой позволяет оценить компенсаторный эффект – прогностическую силу фактора защиты после контроля фактора риска. Шаг 3-ий оценивает модулирующий эффект – влияние фактора защиты на связь фактора риска и социального отвержения.

Иерархический регрессионный анализ был проведен отдельно для каждого фактора защиты в контексте каждого фактора риска. Всего иерархический анализ был проведен 24 раза в отношении детей с СДВГ и 16 раз в отношении детей группы сравнения.

Дополнительно к иерархическому регрессионному анализу, чтобы изучить влияние факторов защиты на взаимосвязь между факторами риска и социальным отвержением, участники были разделены на группы с низким и высоким уровнем защитных факторов (всего по 6 факторам сформированы 12 подгрупп детей с СДВГ и по 4 факторам 8 подгрупп детей типично развивающихся). Далее проведен корреляционный анализ Пирсона, что дает возможность выяснить каким образом меняется взаимосвязь в зависимости от значений факторов защиты.

2.3 Результаты пилотного эмпирического исследования

Целью пилотного исследования была оценка надежности и валидности измерительных инструментов: 1) переведенных с английского языка в рамках настоящего исследования (Student-Teacher Relationship Scale – Short Form, R. Pianta, 1992; Perceived Social Support Scale, J.L.C. Ma, 2017), 2) разработанных автором в рамках настоящего исследования (Шкала внешкольной активности).

Участники пилотного исследования

Для изучения психометрических свойств было сформировано 3 выборки: первая - учителя начальных классов ($n = 21$) для оценки надежности и валидности Student-Teacher Relationship Scale – Short Form (STRS – SF); вторая - родители типично развивающихся детей младшего школьного возраста ($n = 21$) для оценки Шкалы внеурочной активности; третья - родители детей с клинически установленным СДВГ ($n = 21$) для адаптации Шкалы восприятия социальной поддержки Perceived Social Support Scale (PSS).

Для адаптации опросника STRS – SF случайным образом было отобрано по 4 ребенка с каждого класса, при этом учащиеся были сбалансированы по полу и возрасту. 2 детей были исключены, так как обучались у учителя менее 6 недель. Н.М.У. Коопен и коллеги (2012) считают, что «...от 1 месяца до 2 месяцев знакомства необходимы для отчета учителя о поведении и сложившихся его отношениях с учеником» [204, с.220]. Таким образом, общее количество детей

составило 82 учащихся. Для проверки психометрических свойств Шкалы внеурочной активности случайным способом выбрано только по 1 ребенку из числа ранее выбранных для адаптации опросника STRS-SF. Родители детей с клинически установленным СДВГ отобраны в процессе рекрутирования в основное исследование. Более подробно социально-демографическая информация об участниках пилотного исследования представлена в таблице Г.1 Приложения.

Процедура сбора данных

Учителям было предложено заполнить переведенный на русский язык STRS – SF. Каждый учитель заполнил 4 бланка опросника, по одному на каждого из выбранных четырех учащихся. Общее количество заполненных форм – 82 бланка STRS-SF. Родители типично развивающихся детей заполнили Шкалу внеурочной активности, а родители детей с СДВГ опросник PSS.

Статистические процедуры

Психометрические свойства рассчитаны с помощью IBM Statistics SPSS 21. Для оценки надежности использовался наиболее простой и часто применяемый коэффициент альфа Кронбаха. Данный коэффициент измеряет внутреннюю согласованность, основную на идеи о том, что «...различные части теста (пункты и группы пунктов) могут рассматриваться как различные формы теста» [213, с.157]. Коэффициент альфа Кронбаха был рассчитан для опросников и их подшкал в отдельности.

Так как все шкалы являются многомерными тестами, для измерения их валидности выбран факторный анализ, применяемый для оценки внутренней структуры (размерности) теста или анкеты. Существует положение, что, если «...внутренняя структура, выявленная в ходе факторного анализа, соответствует теоретическим ожиданиям или заявленному конструкту, можно говорить о валидности теста» [213, с.231]. Факторный анализ проведен с помощью метода анализа главных компонент, который является одним из наиболее популярных типов изучения внутренней структуры [214, с.25-26].

Измерены факторные нагрузки, позволяющие выявить «...действительно ли пункты, предназначенные для измерения определенного фактора, относятся именно к этому фактору и ни к какому другому» [213, с.233]. Для этого использовался метод вращения варимакс, основанный на ортогональном вращении факторных осей. Этот метод позволяет получить более простую структуру и упрощает интерпретацию данных [215, с.285-286].

Описательный статистический анализ результатов STRS-SF представлен в таблице Г.2 Приложения.

Шкалы опросника имеют отрицательную корреляционную связь ($r = - 0,55$, $p < 0,01$), что соответствует теоретическому конструкту; близость и конфликт имеют противоположное направление в оценке качества отношений в диаде «учитель-ученик», а также предыдущим исследованиям [209, р.423], что демонстрирует стабильность данной взаимосвязи в различных культурах.

Опросник обладает удовлетворительным уровнем внутренней согласованности: коэффициент альфа Кронбаха для всего опросника составил –

0,72, шкалы «Конфликт» - 0,82; шкалы «Близость» - 0,81. Также рассчитаны коэффициенты для групп, разделенных по полу и возрасту (таблица 7).

Таблица 7 - Внутренняя согласованность опросника STRS-SF (альфа Кронбаха)

Шкалы	Коэффициент альфа Кронбаха						
	Общая выборка	Мальчики	Девочки	6-7 лет	8-9 лет	10-11 лет	12 лет
Конфликт	0,81	0,83	0,76	0,79	0,82	0,70	0,71
Близость	0,82	0,81	0,72	0,87	0,84	0,72	0,69

STRS-SF надежен для измерения отношений учителя с учащимися вне зависимости от пола и возраста, так как показал достаточный и хороший уровень внутренней согласованности. Исключением является сомнительный уровень коэффициента альфа Кронбаха по шкале «Близость» для детей 12-летнего возраста. Возможно, это связано с тем, что первоначально STRS разрабатывался для детей 3-8 лет.

В ходе факторного анализа автоматически определено 2 главных компонента, которые объясняют 69% дисперсии качества отношений «учитель-ученик». С помощью метода вращения варимакс были определены факторные нагрузки каждого из 15 пунктов опросника (таблица 8). Самый высокий уровень нагрузки начинается от 0,70 и больше, диапазон 0,60-0,70 свидетельствует о высоком уровне нагрузки, 0,41-0,59 – среднем, 0,40 и ниже – низком [215, с.279]. В настоящем исследовании рассматривались факторные нагрузки от 0,40 и выше.

Таблица 8 - Факторные нагрузки вопросов опросника STRS-SF

№	Вопросы	Фактор 1 (конфликт)	Фактор 2 (близость)
1	Я разделяю нежные и теплые отношения с этим ребенком (Б)		0,640
2	Кажется, что этот ребенок и я всегда боремся друг с другом (К)	0,554	
3	Если ребенок расстроен, он будет искать поддержку от меня (Б)		0,749
4	Этот ребенок чувствует дискомфорт от моих прикосновений (Б)	(-0,554)	0,454
5	Этот ребенок ценит отношения со мной (Б)		0,491
6	Когда я хвалю этого ребенка, он/она сияет от гордости (Б)		0,521
7	Этот ребенок спонтанно делится информацией о себе (Б)		0,664
8	Этот ребенок легко начинает злиться на меня (К)	0,745	
9	Легко понять, что чувствует этот ребенок (Б)		0,640

Продолжение таблицы 8

№	Вопросы	Фактор 1 (конфликт)	Фактор 2 (близость)
10	Этот ребенок остается злым или сопротивляющимся после наказания (К)	0,618	
11	Общение с этим ребенком истощает мою энергию (К)	0,754	
12	Когда у этого ребенка плохое настроение, я знаю, что у нас долгий и трудный день (К)	0,564	
13	Чувства этого ребенка ко мне могут быть непредсказуемыми или могут меняться неожиданно (К)	0,639	
14	Этот ребенок нечестный или манипулирует мной (К)	0,760	
15	Этот ребенок открыто делится своими чувствами и опытом со мной (Б)		0,646

Первый компонент (фактор) нагружают 7 утверждений, которые соответствуют заявленной автором опросника шкале «Конфликт». Выявлено три пункта с высокой факторной нагрузкой: «Этот ребенок нечестный или манипулирует мной» (0,760), «Общение с этим ребенком истощает мою энергию» (0,754), «Этот ребенок легко начинает злиться на меня» (0,745).

Второй компонент нагружают 8 утверждений, корреляция которых варьируется 0,521 до 0,749. В отношении пяти пунктов выявлена высокая факторная нагрузка: «Если ребенок расстроен, он будет искать поддержку от меня» (0,749), «Этот ребенок спонтанно делится информацией о себе» (0,664), «Этот ребенок открыто делится своими чувствами и опытом со мной» (0,646), «Я разделяю нежные и теплые отношения с этим ребенком» (0,640) и «Легко понять, что чувствует этот ребенок» (0,640). По содержанию пунктов, данный фактор соответствуют шкале «Близость». Все 8 утверждений соответствуют пунктам шкалы, заявленным автором опросника.

В то же время, один вопрос имеют перекрестную нагрузку на оба фактора: «Этот ребенок чувствует дискомфорт от моих прикосновений». При оценке валидности оригинального опросника данное утверждение не имело нагрузку на оба фактора [151, р.26]. Возможно, это связано с особенностями педагогического общения в социокультурных особенностях Казахстана (стилем взаимодействия, дистанцией в общении). С.М. Джакупов в своем исследовании отметил, что в процессе обучения в казахстанских школах наблюдается снижение внимания к личностным аспектам обучающихся: «... крен оказался не в пользу личности, а, напротив, в пользу знаний, умений, навыков» [85, с.222]. Также в процессе анкетирования некоторые учителя уточняли или комментировали данное утверждения, например, говорили, что существует неформальный запрет на физическое прикосновение к учащимся.

В связи с этим, утверждение переформулировано следующим образом: «Этот ребенок чувствует дискомфорт если я нечаянно коснусь его». Пересмотренная формулировка данного утверждения использовалась в основном исследовании.

В целом, выявленные факторы соответствуют внутренней структуре опросника, заявленной автором, как и в предыдущих исследованиях по

адаптации STRS-SF [202, с.462]. Измерение эмпирической надежности опросника показало наличие хорошего уровня внутренней согласованности в целом, так и отдельных его шкал, что согласуется с предыдущими исследованиями [151, р.21-23; 209, р.422].

Результаты оценки психометрических свойств PSS представлены в таблице Приложения Д. Большинство родителей заполнили 8 подшкал (4 шкалы воспринимаемой и 4 шкалы ожидаемой социальной поддержки), направленных на оценку социальной поддержки от семьи, друзей, школы и медицины. Шкалы социальной поддержки от организаций социального обслуживания были не заполнены большинством участников. Возможно, это связано с тем, что дети с СДВГ не являются детьми с особыми образовательными потребностями в Казахстане. В связи с этим, анализ надежности и валидности проведен только в отношении 8 подшкал.

Анализ показал, что шкалы воспринимаемой поддержки положительно коррелируют между собой (таблица 9); шкала воспринимаемой поддержки семьи имеет статистически значимый уровень корреляции со шкалами относительно помощи друзей ($r = 0,50, p < 0,01$), школы ($r = 0,41, p < 0,01$) и медицины ($r = 0,47, p < 0,01$). Воспринимаемая поддержка друзей не имеет значимой корреляции с поддержкой школы ($r = 0,09, p > 0,05$) и медицины ($r = 0,15, p > 0,05$). Возможно, это связано с тем, что первый источник относится к первичной сети социальной поддержки, а два последующих являются вторичной сетью [28, с.40]. Корреляция воспринимаемой и ожидаемой поддержки отрицательная во всех шкалах: семья ($r = -0,38, p < 0,05$), друзья ($r = -0,21, p < 0,01$), школа ($r = -0,57, p < 0,01$) и медицина ($r = -0,12, p < 0,05$), что свидетельствует о том, что чем меньше родитель удовлетворен поддержкой, тем больше уровень его желаемой помощи, и наоборот.

Таблица 9 - Корреляция шкал опросника воспринимаемой поддержки

Шкалы	1	2	3	4	5	6	7	8
1) ВП семьи	-	-	-	-	-	-	-	-
2) ОП семьи	-0,38*	-	-	-	-	-	-	-
3) ВП друзья	0,50**	-0,12	-	-	-	-	-	-
4) ОП друзья	0,14	0,62**	-0,21**	-	-	-	-	-
5) ВП школа	0,41**	-0,30	0,09	-0,37	-	-	-	-
6) ОП школа	-0,36	0,12	0,20	0,12	-0,57**	-	-	-
7) ВП медицина	0,47**	0,25	0,34	-0,09	0,34**	0,31	-	-
8) ОП медицина	0,31	0,57**	-0,16	0,41	-0,12	0,10	-0,12*	-

Примечание:
 1 ВП – воспринимаемая поддержка, ОП – ожидаемая поддержка.
 2 * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Внутренняя согласованность опросника (за исключением шкалы «Социальное обслуживание») достаточная; коэффициент альфа Кронбаха для всего опросника составил 0,87. Внутренняя согласованность шкалы воспринимаемой поддержки со стороны медицины высокая (0,93), шкал относительно семьи и друзей – хорошая (0,84 и 0,80). Уровень согласованности

шкалы воспринимаемой поддержки школы также является достаточным (0,71). Все шкалы ожидаемой помощи имеют также достаточный уровень внутренней согласованности (таблица 10).

Таблица 10 - Внутренняя согласованность опросника (коэффициент альфа Кронбаха)

Источник социальной поддержки	Коэффициент альфа Кронбаха	
	Воспринимаемая	Ожидаемая
Семья	0,84	0,82
Друзья	0,80	0,80
Школа	0,71	0,84
Медицина	0,93	0,81

Выявлено 8 факторов (главных компонентов) в структуре опросника, также, как и в концепции автора инструмента. Восемь главных компонентов определяют 83% дисперсии социальной поддержки.

Факторные нагрузки пунктов опросника представлены в таблице 11. Шестой (ожидаемая поддержка со стороны школы) и седьмой (воспринимаемая поддержка со стороны медицины) компоненты имеют самую высокую и равномерную факторную нагрузку; от 0,72 до 0,93. Чуть выше порогового значения (0,40) имеет пункт относительно ожидаемой эмоциональной поддержки друзей - 0,42. Перекрестные значимые факторные нагрузки не выявлены. Все пункты нагружают факторы, соответствующие авторской концепции шкалы, а значит данный опросник обладает необходимым уровнем валидности.

Таблица 11 - Факторные нагрузки вопросов опросника PSS

Типы и источник социальной поддержки		Компоненты							
		1	2	3	4	5	6	7	8
<i>Семья</i>									
Воспринимаемая	информационная	0,63							
	эмоциональная	0,79							
	инструментальная	0,61							
	аффилиационная	0,77							
Ожидаемая	информационная		0,68						
	эмоциональная		0,82						
	инструментальная		0,90						
	аффилиационная		0,79						
<i>Друзья</i>									
Воспринимаемая	информационная			0,61					
	эмоциональная			0,75					
	инструментальная			0,49					
	аффилиационная			0,84					
Ожидаемая	информационная				0,77				
	эмоциональная				0,42				
	инструментальная				0,59				

Продолжение таблицы 11

Типы и источник социальной поддержки		Компоненты							
		1	2	3	4	5	6	7	8
аффилиационная					0,90				
<i>Школа</i>									
Воспринимаемая	информационная					0,48			
	эмоциональная					0,83			
	инструментальная					0,54			
	аффилиационная					0,81			
Ожидаемая	информационная						0,86		
	эмоциональная						0,77		
	инструментальная						0,82		
	аффилиационная						0,72		
<i>Медицина</i>									
Воспринимаемая	информационная							0,80	
	эмоциональная							0,93	
	инструментальная							0,91	
	аффилиационная							0,76	
Ожидаемая	информационная								0,64
	эмоциональная								0,92
	инструментальная								0,75
	аффилиационная								0,78
Примечание - типы поддержки соответствуют вопросам опросника: информационная – предоставляют Вам информацию о СДВГ; эмоциональная - разделяют Вашу проблему и оказывают Вам эмоциональную поддержку; инструментальная - предлагают вам прямую непосредственную помощь; аффилиационная - сопровождает Вас, когда Вы в этом нуждаетесь.									

В целом, Шкала PSS обладает надежностью и валидностью в социально-культурных условиях Казахстана. Однако, подшкалы социального обслуживания не удалось проверить на психометрические свойства. В отличие от Гонконга, в условиях которого была разработана данная шкала, в Казахстане дети с СДВГ не являются детьми с особыми образовательными потребностями и не могут участвовать в программах социальной помощи и защиты.

Субшкалы *Шкалы внеурочной активности* имеют статистически значимую корреляционную связь (таблица 12). Это означает, что чем выше уровень одного вида внеурочной активности, тем выше уровень других видов. Результаты вычисления коэффициента альфа Кронбаха показали, что шкала обладает достаточным уровнем внутренней согласованности (0,71), как и ее субшкалы (таблица 12). Это свидетельствует о надежности данного измерительного инструмента. Описательная статистика представлена в таблице Г.2 Приложения.

Факторный анализ показал 3 главных компонента, которые объясняют 73,86% дисперсии внеурочной активности детей. Матрица повернутых компонентов представлена в таблице 13.

Таблица 12 - Корреляция и внутренняя согласованность субшкал Шкалы внеурочной активности

Субшкалы	Коэффициент альфа Кронбаха	Спорт	Творчество	Социальная активность
Спорт	0,74	1	-	-
Творчество	0,84	0,45*	1	-
Социальная активность	0,71	0,56**	0,32*	1
Примечание - * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$				

Таблица 13 - Факторные нагрузки пунктов Шкалы внеурочной активности

Виды внеурочной активности	Компонента		
	1	2	3
Командный спорт			0,683
Индивидуальный спорт			0,885
Неструктурированная физическая активность			0,794
Групповая творческая активность	0,886		
Индивидуальная творческая активность	0,902		
Неструктурированная творческая активность	0,842		
Групповая социальная активность		0,821	
Индивидуальная социальная активность		0,812	
Неструктурированная социальная активность		0,745	

Выделены факторные нагрузки больше порогового уровня (0,40). Первый компонент нагружается тремя видами творческой активности, которые нужно было оценить родителям. Второй и третий также нагружаются вопросами соответствующего вида активности. Вопросов, которые нагружали бы одновременно несколько факторов нет.

Таким образом, можно сделать вывод, что внутренняя структура, выявленная в ходе факторного анализа, соответствует теоретической концепции, заложенной при разработке данной шкалы.

2.4 Результаты основного эмпирического исследования

2.4.1 Психометрические свойства измерительных инструментов

Используя данные, полученные в ходе основного эмпирического исследования, проведена оценка надежности и валидности измерительных инструментов. С помощью программы IBM Statistics SPSS 21, как и в пилотном исследовании, 1) рассчитаны коэффициенты альфа Кронбаха с целью выявления внутренней согласованности используемых инструментов и 2) проведен факторный анализ для изучения внутренней структуры. Коэффициент альфа Кронбаха был рассчитан для каждого измерительного инструмента в целом и подшкал в отдельности. Результаты представлены в таблице Д.1 Приложения.

Опросник сильных сторон и трудностей (SDQ)

Коэффициент альфа Кронбаха опросника составляет 0,71, что свидетельствует об удовлетворительном уровне внутренней согласованности.

Подшкалы опросника также имеют удовлетворительный уровень согласованности и варьируются от 0,67 до 0,78.

В ходе факторного анализа было выделено 5 главных компонентов, что соответствует внутренней структуре, заложенной авторами опросника [197, р.1340]. Данные компоненты объясняют 56,86% дисперсии. Анализ факторных нагрузок показал, что второй (проблемы со сверстниками), третий (просоциальное поведение) и четвертый (эмоциональные симптомы) факторы нагружаются вопросами, соответствующими теоретическому конструкту опросника. Например, в третий фактор наибольший вклад вносят утверждения: 1) внимателен/ьна к чувствам других людей (0,522); 2) охотно делится с другими детьми (угощением, игрушками, карандашами и т.д.) (0,710); 3) пытается помочь, если кто-нибудь расстроен, обижен или болен (0,577); 4) добр/а к младшим детям (0,701) и 5) часто вызывается помочь другим (родителям, учителям, детям) (0,484). Первый и пятый компоненты также нагружаются вопросами в соответствии с теоретическим конструктом, за исключением 25-го вопроса - «Выполняет задания от начала до конца, внимателен/ьна и сосредоточен/а». Данной утверждение имеет факторную нагрузку 0,469 на первый компонент (проблемы поведения) и 0,870 на пятый компонент (гиперактивность/невнимательность). В тоже время, данный вопрос оказывает практически в два раза выше нагрузку именно на пятый компонент, поэтому, несмотря на перекрёстную нагрузку одного вопроса, можно считать, что опросник обладает достаточной валидностью (таблица Д.2 Приложения).

Шкала отношений «ученик-учитель» – краткая форма (Student-Teacher Relationship Scale – Short Form)

Коэффициент альфа Кронбаха шкалы составляет 0,76, что говорит об удовлетворенном уровне согласованности. Внутренняя согласованность подшкал незначительно выше: Близость – 0,85, Конфликт – 0,86, что говорит о достаточном уровне надежности данного инструмента.

Программой автоматически было выделено 2 главных компонента, которые объясняют 54,86% дисперсии отношений «учитель-ученик». Оценка факторных нагрузок показывает, что первый компонент нагружается вопросами, оценивающими близость данных отношений, а второй – утверждениями относительно конфликтности отношений. Так, на первый фактор наибольшую нагрузку оказывают 7 утверждений: 1) кажется, что этот ребенок и я всегда боремся друг с другом (0,657); 2) этот ребенок легко начинает злиться на меня (0,755); 3) этот ребенок остается рассерженным или сопротивляющимся после дисциплинарного замечания (0,761); 4) общение с этим ребенком истощает мою энергию (0,716); 5) когда у этого ребенка плохое настроение, я знаю, что у нас долгий и трудный день (0,817); 6) чувства этого ребенка ко мне могут быть непредсказуемыми или могут неожиданно меняться (0,778); 7) этот ребенок нечестный или манипулирует мной (0,810) (таблица Д.3 Приложения). Данный фактор соответствует теоретическому конструкту, заложенному автором опросника R.Pianta. Однако, также, как и в пилотном исследовании, четвертый пункт имеют перекрестную нагрузку на оба фактора. Но при этом, нагрузка

данного пункта на первый фактор достаточно низкая (0,431) в сравнении с остальными утверждениями, поэтому, в целом, шкала «Конфликт» демонстрирует внутреннюю структуру, заявленную автором [151, p.26].

Опросник родительского принятия-отвержения (PARQ)

Опросник обладает удовлетворительным уровнем внутренней согласованности – 0,73, также, как и отдельные шкалы: враждебность/агрессия – 0,77, безразличие/пренебрежение – 0,60 и недифференцированное отвержение – 0,67. Шкала «теплота/привязанность» обладает высоким уровнем надежности; коэффициент альфа Кронбаха составил 0,93.

В ходе факторного анализа выделено 4 главных компонента, которые объясняют 58,12%. Первый фактор нагружаются 20 пунктами, которые соответствуют авторской структуре опросника и является шкалой «Теплота/Привязанность». Второй фактор также нагружается пунктами соответствующих шкал (таблица Д.4 Приложения).

Шкала внеурочной активности

Шкала внеурочной активности, разработанная в рамках настоящего исследования, обладает удовлетворительным уровнем внутренней согласованности – коэффициент альфа Кронбаха составил 0,71. Подшкалы также имеют средний уровень согласованности: спорт – 0,63, творчество – 0,71 и социальная активность – 0,67.

Автоматически были выделены 3 компонента, объясняющие 64,20% дисперсии данной переменной. Каждый компонент нагружается утверждениями, соответствующими теоретическому конструкту. Например, первый фактор нагружается 3 утверждениями, относящимися к видам творческой деятельности; факторная нагрузка вопроса о структурированной групповой активности составляет 0,678, структурированной индивидуальной - 0,792 и неструктурированной - 0,860. Исключением является 9 вопрос, который имеет перекрестную нагрузку на второй (0,404) и третий (0,541) факторы одновременно, но нагрузка на второй компонент очень низкая (таблица Д.5 Приложения), поэтому можно считать, что внутренняя структура, выявленная в результате факторного анализа, соответствует теоретическому конструкту.

Шкалы восприятия социальной поддержки (Perceived Social Support Scale)

Коэффициент внутренней согласованности всей Шкалы восприятия социальной поддержки составил 0,80, что свидетельствует о достаточном уровне надежности. Все 8 подшкал имели удовлетворительный уровень внутренней согласованности; коэффициент альфа Кронбаха варьировался от 0,69 до 0,84. Интеркорреляции вопросов 8 шкал варьировались от 0,40 до 0,62. Средний коэффициент интеркорреляции составил 0,47, что было вполне приемлемо.

Шкала измеряет воспринимаемую и ожидаемую социальную поддержку от 5 источников: семья, друзья, школа, медицинские учреждения и социальные службы. Однако, в основном исследовании, также, как и в пилотном, большинство родителей не ответили на вопросы шкал относительно поддержки служб социального обслуживания. В связи с этим, в основном исследовании был

проведен статистический анализ только шкал, измеряющих поддержку от других четырех источников.

В этом факторном анализе были автоматически выделены восемь компонентов. Этот результат согласуется с теоретическим конструктом шкалы, используемым авторами опросника. Данные восемь факторов объясняют 66,11% общей дисперсии социальной поддержки. Анализ факторных нагрузок показал, что каждый из восьми главных компонентов нагружается соответствующими вопросами шкалы. Например, в первый компонент, воспринимаемая социальная поддержка семьи, наибольший вклад вносят четыре вопроса, предлагающие родителю оценить удовлетворенность поддержкой семьи, а именно, 4 типов: информационной, эмоциональной, инструментальной и аффилиационной (таблица Е.6 Приложения). Таким образом, можно сделать вывод о валидности данной шкалы в измерении социальной поддержки.

2.4.2 Описательные характеристики, сравнение и корреляция переменных *Результаты оценки социометрических переменных*

В таблице 14 представлены статистические данные социометрических переменных и результаты применения t-критерия. Как и ожидалось, дети с СДВГ имели более высокий уровень социального отвержения и более низкий принятия, чем их типично развивающиеся сверстники. Результаты t-критерия подтвердили статистическую значимость этих различий ($t = 8,43, p < 0,001$ и $t = - 4,85, p < 0,001$, соответственно). Участники с СДВГ также имели выше уровень социального влияния ($t = 3,74, p < 0,001$) и ниже уровень социального предпочтения ($t = - 7,12, p < 0,001$), чем дети группы сравнения. Эти результаты согласуются с данными предыдущего исследования, где социометрические переменные также сравнивались между детьми с клинически диагностированным СДВГ и их одноклассниками того же пола и возраста [12, р.419-420].

Таблица 14 - Статистические данные социометрических переменных

Социометрические переменные	Дети с СДВГ (n=108)				Дети ТР (n=108)				t	Sig.
	М	SD	Min.	Max.	М	SD	Min.	Max.		
Индекс социального принятия	0,02	0,84	-0,92	1,98	0,63	0,98	-0,96	2,55	-4,85	0,000
Индекс социального отвержения	0,80	0,93	-0,96	2,55	-0,15	0,71	-0,96	2,08	8,43	0,000
Социальное влияние	0,82	0,61	-0,85	2,45	0,47	0,75	-1,50	2,18	3,74	0,000
Социальное предпочтение	-0,77	1,67	-3,47	2,94	0,78	1,54	-3,04	3,46	-7,12	0,000
Примечания: 1 Дети ТР – дети типично развивающиеся. 2 Чем выше баллы, тем выше уровень социального отвержения, принятия, влияния и предпочтения.										

Социометрический статус каждого участника был определен на основе системы классификации социального статуса J.D. Coie и др. (1983). Результаты, представленные в таблице 15, демонстрируют, что участники с СДВГ чаще классифицировались как отвергнутые (50,9%) в сравнении с их типично развивающимися сверстниками (14,8%). В то время как, участники группы сравнения имели чаще статус «популярные». Интересно, что 13% детей с СДВГ имели социальный статус «спорный», которого не было у детей группы сравнения. Данный статус связан с высоким уровнем социального влияния, когда ребенок получил большое количество как положительных, так и отрицательных номинаций. Как показано выше, именно дети с СДВГ имели более высокий уровень социального влияния. Также дети двух групп значительно отличались по статусу «средний», предполагающий диапазон социальных предпочтений от – 0,5 до 0,5. Типично развивающиеся дети чаще входили в данную категорию (24,1%), что также свидетельствует о их более благополучном социальном функционировании в сравнении с детьми с СДВГ (таблица 15). Распределение социометрических групп соответствует предыдущему исследованию В. Ноза и её коллег (2005), в котором 52% детей с СДВГ были отвергаемыми против 14% в группе детей без СДВГ. В то же время, полученные результаты показали, что отношения детей с СДВГ со сверстниками гетерогенны. Несмотря на свою уязвимость, 14,8% детей сохраняют социальное принятие, что в два раза больше доли детей со статусом «популярный», обнаруженной в исследовании В. Ноза и коллег [12, p.419-420].

Таблица 15 - Сравнение детей с СДВГ и детей ТР по социальному статусу

Социометрический статус	Дети с СДВГ (n=108)		Дети ТР (n=108)	
	n	%	n	%
Популярные	16	14,8	53	49,1
Отвергаемые	55	50,9	16	14,8
Пренебрегаемые	1	0,9	1	0,9
Средние	5	4,6	26	24,1
Спорные	14	13,0	0	0
Неклассифицированные	17	15,8	12	11,1

В связи с тем, что данная переменная является категориальной, для статистической проверки различий использовался критерий независимости хи-квадрат (χ^2). Данный критерий дает возможность понять варьировалась ли частота социальных статусов в зависимости от того имеют дети СДВГ или нет. Тест χ^2 подтвердил, что существуют статистически значимые различия в распределении социометрических статусов ($\chi^2 = 70,35$, $df = 5$, $p < 0,001$).

Для оценки значимых различий в индексе социального отвержения между (а) девочками и мальчиками, (б) детьми более младшего (7-9 лет) и старшего (10-12 лет) возраста были высчитаны его средние значения (таблица Д.7 Приложения) и применен t-критерий независимых выборок (таблица 16).

Полученные результаты показали, что статистически значимых различий индекса по полу ($t = 0,29, p > 0,05$) и возрасту ($t = 0,05, p > 0,05$) у детей с СДВГ нет, также, как и у детей типично развивающихся.

Односторонний анализ ANOVA была применен для исследования того, различаются ли средние баллы социального отвержения в зависимости от класса ребенка и социально-демографических характеристик его родителей (семейное положение, образование, трудовая занятость и семейный доход). Результаты исследования также показали отсутствие статистически значимых различий (таблица 16).

Таблица 16 - Сравнение индекса социального отвержения по социально-демографически признакам детей и родителей

Социально-демографические характеристики	Дети с СДВГ		Дети без СДВГ	
	<i>t</i>	<i>Sig.</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
<i>t-тест</i>				
Пол ребенка	0,29	0,76	-1,43	0,15
Возраст ребенка	0,05	0,96	-0,55	0,58
<i>ANOVA</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Класс ребенка	0,49	0,68	1,06	0,36
Семейное положение	1,31	0,27	1,12	0,32
Родительское образование	0,66	0,51	1,52	0,22
Трудовая занятость родителей	1,26	0,28	1,18	0,38
Семейный доход	1,40	0,23	0,80	0,55

Таким образом, социально-демографические характеристики детей и родителей не оказывает значительное влияние на различия в уровне социального отвержения. Следовательно, использование в качестве ковариатов в регрессионном анализе не целесообразно.

В ходе анкетирования родителям предлагалось указать, сколько раз их дети меняли школу и класс обучения. В таблице 17 представлена частота смены школы и классов. Данные показывают, что дети с СДВГ чаще меняют школу обучения, чем типично развивающиеся дети. Это свидетельствует об их существенных трудностях школьной адаптации. Результаты t-критерия показывают, что различия между двумя группами статистически значимы по количеству раз смены школы ($t = 4,27, p < 0,001$) и класса ($t = 3,53, p < 0,001$). При этом, в группе детей с СДВГ наблюдается закономерность; чем чаще дети меняют школу, тем выше уровень социального отвержения они испытывают. Это подтверждают результаты корреляционного анализа (таблица 18). Интересно, что корреляция частоты смены школы (класса) и социального отвержения статистически незначима в группе сравнения.

Таблица 17 - Сравнение детей с СДВГ и детей ТР по частоте смены школы/класса обучения

	Дети с СДВГ (n=108)			Дети ТР (n=108)		
	Количество детей	%	Индекс социального отвержения (M)	Количество детей	%	Индекс социального отвержения (M)
Смена школы (кол-во раз)						
0	68	63,0	0,57	86	79,6	-0,14
1	20	18,5	0,89	22	20,4	-0,21
2	6	5,6	1,70	0	0	-
3	7	6,5	1,31	0	0	-
4	5	4,6	1,70	0	0	-
5	1	0,9	2,24	0	0	-
Пропущенные данные	1	0,9	-	0	0	-
Смена класса (кол-во раз)						
0	71	65,7		93	86,1	
1	35	32,4		15	13,9	

Таблица 18 – Корреляция социального отвержения и показателей смены школы и класса

Переменные	1	2	3
Социальное отвержение	-	-0,04	0,00
Количество раз смены школы	0,39**	-	-0,13
Количество раз смены класса	0,25**	0,23*	-
Примечание - в нижней части от диагонали представлены результаты корреляционного анализа в группе детей с СДВГ, в верхней – в группе типично развивающихся детей.			

Таким образом, статистический анализ подтверждает гипотезу H1. Получены доказательства того, что дети с СДВГ города Алматы испытывают значительно более высокий уровень социального отвержения со стороны сверстников, чем их типично развивающиеся сверстники. Частота смены школы и класса детьми с СДВГ и ее корреляционная связь с социальным отвержением демонстрируют доказательства роли отвержения в школьной дезадаптации.

Результаты оценки факторов риска

Результаты показали, что дети с СДВГ имеют более высокий уровень эмоциональных и поведенческих проблем, чем типично развивающиеся дети (таблица 19). Различия по всем 4 шкалам (эмоциональные проблемы, поведенческие проблем, гиперактивность и проблемы со сверстниками) были статистически значимыми, так же, как и по общему баллу ($t = 15,47, p < 0,001$).

Для того чтобы выяснить, различается ли уровень эмоционально-поведенческих проблем, испытываемых детьми, в зависимости от пола, возраста и класса обучения, применены t-критерий независимых выборок и односторонней ANOVA. Результаты показали, несмотря на различия в средних

значениях, статистических значимых различий по полу ($t = 0,16, p > 0,05$), возрасту ($t = 0,14, p > 0,05$) и классу ($F = 0,60, p > 0,05$) в группе детей с СДВГ не выявлены. В группе типично развивающихся детей статистически значимые различия также отсутствуют (таблицы Д.8-Д.9 Приложения).

Таблица 19 - Сравнение эмоционально-поведенческих трудностей детей с СДВГ и детей ТР

Шкалы / подшкалы	Дети с СДВГ (n=108)				Дети ТР (n=108)				t	Sig.
	М	SD	Min.	Max.	М	SD	Min.	Max.		
Эмоциональные проблемы (SDQ)	3,75	1,65	0	8	1,98	1,23	0	6	8,90	0,00
Поведенческие проблемы (SDQ)	4,92	1,67	0	9	2,67	1,42	1	7	10,62	0,00
Гиперактивность/ невнимательность (SDQ)	4,80	2,04	1	10	2,41	1,52	0	6	9,75	0,00
Проблемы со сверстниками (SDQ)	4,95	2,24	1	10	2,49	2,16	0	10	8,20	0,00
Эмоционально-поведенческие трудности (SDQ – общие балл)	18,35	4,79	7	30	9,44	3,58	3	19	15,47	0,00

Конфликтные отношения «ученик-учитель»

Дети с СДВГ имели более конфликтные отношения с учителем, чем их типично развивающиеся сверстники. Результаты t-теста подтверждают статистически значимые различия ($t = 5,34, p < 0,001$). Дети группы сравнения, наоборот, имели более высокие баллы по шкале «Близость» (таблица 20).

Таблица 20 - Сравнение взаимоотношений «ученик-учитель» детей с СДВГ и детей ТР

Подшкалы	Дети с СДВГ (n=108)				Дети ТР (n=108)				t	Sig.
	М	SD	Min.	Max.	М	SD	Min.	Max.		
Близость (STRS-SF)	23,92	3,16	18	33	25,27	3,46	18	34	-2,99	0,003
Конфликт (STRS-SF)	24,13	4,25	15	32	20,98	4,40	12	31	5,34	0,000

При этом, дети более старшего возраста (10-12 лет) имели более высокий уровень конфликтных отношений в сравнении с детьми 7-9 лет (таблицы Д.8-Д.9 Приложения). Данные различия имели статистическую значимость в группе детей с СДВГ ($t = -2,41, p < 0,05$) и их типично развивающихся сверстников ($t = -2,26, p < 0,05$).

Академическая успеваемость

В таблице 21 представлен средние баллы академической успеваемости в обеих группах. Участники с СДВГ имели более низкий балл академических

оценок, чем дети группы сравнения, и эта разница была статистически значимой ($t = - 2,96, p < 0,01$).

Академическая успеваемость детей с СДВГ не отличалась у детей разного пола, возраста и класса (таблицы Д.8-Д.9 Приложения). Статистически значимые различия в успеваемости были выявлены только у детей группы сравнения, а именно, девочки имели более высокий уровень академических оценок, чем мальчики ($t = 2,27, p < 0,05$).

Таблица 21 - Сравнение академической успеваемости детей с СДВГ и детей ТР

Группы	Оценка академической успеваемости (средний балл)			
	М	SD	Min.	Max.
Дети с СДВГ (n=108)	3,59	0,33	3,00	4,35
Дети без СДВГ (n=108)	3,74	0,39	3,00	4,80

Родительское отвержение

Участники с СДВГ, по сравнению с типично развивающимися детьми, имели более высокий уровень родительского отвержения ($t = 2,00, p < 0,05$), включающего 3 типа отвержения. В то же время, отдельные шкалы не имели статистически значимых различий (таблица 22).

Таблиц 22 - Сравнение родительского отвержения детей с СДВГ и детей ТР

		Враждебность /Агрессия (PARQ)	Безразличие / Пренебрежение (PARQ)	Недифференцированное отвержение (PARQ)	Общее родительское отвержение (PARQ)
<i>Дети с СДВГ</i>	М	31,22	25,82	20,67	77,69
	SD	6,71	4,01	3,17	10,12
	Min.	17	18	14	57
	Max.	48	44	29	106
<i>Дети ТР</i>	М	30,03	25,09	19,96	75,03
	SD	5,62	3,75	3,30	9,34
	Min.	16	16	13	57
	Max.	45	34	29	101
<i>t-критерий</i>		$t=1,41$ $sig.=0,15$	$t=1,38$ $sig.=0,16$	$t=1,59$ $sig.=0,11$	$t=2,00$ $sig.=0,04$

Статистически значимые различия родительского отвержения в зависимости от пола, возраста и класса детей с СДВГ, также, как и детей группы сравнения, не выявлены (таблицы Д.8-Д.9 Приложения).

Таким образом, дети с СДВГ имеют более высокий уровень эмоционально-поведенческих трудностей, родительского отвержения и конфликтных отношений «учитель-ученик», чем типично развивающиеся сверстники. И наоборот, средний балл академической успеваемости выше у группы сравнения.

Результаты оценки факторов защиты

Дети с СДВГ имели более низкий уровень оценки просоциального поведения ($M = 5,6$, $SD=1,87$), чем типично развивающиеся дети ($M = 6,22$, $SD = 1,86$). Результаты применения t-критерия подтвердили, что эти различия статистически значимы ($t = - 2,43$, $p < 0,05$) (таблица 23).

Таблица 23 - Сравнение детей с СДВГ и детей ТР по просоциальному поведению

Группы	Просоциальное поведение (SDQ)			
	М	SD	Min.	Max.
Дети с СДВГ (n=108)	5,60	1,87	1	10
Дети ТР (n=108)	6,22	1,86	3	10

Были обнаружены статистически значимые различия просоциального поведения ($t = 2,25$, $p < 0,05$) по гендерному признаку у типично развивающихся детей; девочки имели более высокий уровень. В группе детей с СДВГ различия просоциального поведения в зависимости от социально-демографических характеристик статистически незначимы (таблицы Д.10-Д.11 Приложения).

Внеурочная активность

Уровень общей внеурочной активности у детей с СДВГ ниже, чем у детей группы сравнения (таблица 24). Такие же статистически значимые различия выявлены и по отдельным типам внеурочной активности. При этом, баллы вовлеченности в спорт были выше в обеих группах в сравнении с другими типами активности (дети с СДВГ: $M = 1,75$, $SD = 0,65$; дети ТР: $M = 1,96$, $SD = 0,61$). Баллы неструктурированной активности были выше, чем структурированной также в обеих группах ($M = 1,70$, $SD = 0,56$; $M = 1,88$, $SD = 0,53$, соответственно).

Таблица 24 - Сравнение детей с СДВГ и детей ТР по внеурочной активности

Типы внеурочной активности	Дети с СДВГ (n=108)				Дети ТР (n=108)				t	Sig.
	М	SD	Min.	Max.	М	SD	Min.	Max.		
Спортивная	1,75	0,65	1,00	3,33	1,96	0,61	1,00	3,33	-2,41	0,016
Творческая	1,47	0,55	1,00	3,00	1,65	0,59	1,00	3,00	-2,28	0,023
Социальная	1,46	0,49	1,00	3,33	1,59	0,46	1,00	2,67	-2,02	0,044
Структурированная групповая	1,42	0,46	1,00	3,00	1,61	0,44	1,00	2,67	-3,07	0,002
Структурированная индивидуальная	1,56	0,45	1,00	3,00	1,72	0,43	1,00	3,00	-2,54	0,012
Неструктурированная	1,70	0,56	1,00	3,00	1,88	0,53	1,00	3,00	-2,35	0,019
Общий уровень внеурочной активности	1,52	0,35	1,00	2,56	1,68	0,32	1,00	2,56	-3,45	0,001

Статистически значимые различия в уровне внеурочной активности в зависимости от социально-демографических характеристик детей обеих групп не выявлены (таблицы Д.10-Д.11 Приложения). Результаты измерения

внеурочной активности практически полностью соответствуют данным, полученным в ходе апробации опросника [216].

Родительское принятие

Для сравнения средних значений родительского принятия у участников с СДВГ и группы сравнения был проведен t-тест независимых выборок. Типично развивающиеся дети имели статистически значимый более высокий средний балл ($t = -6,15, p < 0,001$).

Таблица 25 - Сравнение детей с СДВГ и детей ТР по уровню родительского принятия

Группы	Родительское принятие (PARQ)			
	М	SD	Min.	Max.
Дети с СДВГ (n=108)	56,45	9,87	38	76
Дети ТР (n=108)	64,19	8,55	46	79

Статистически значимых различий по возрасту, полу и классам обучения детей в обеих группах обнаружено не было (таблицы Д.10-Д.11 Приложения).

Диадические дружеские отношения

Участники с СДВГ получили почти в два раза меньше взаимных положительных номинаций в процессе социометрической процедуры (23,1%) в сравнении с их типично развивающимися сверстниками (54,6%) (таблица 16). Большинство детей с СДВГ не получили ни одного взаимного выбора (76,9%), что свидетельствует о том, что они имеют нарушения взаимоотношений со сверстниками не только на групповом, но и на диадическом уровне.

Таблица 26 - Сравнение детей с СДВГ и детей ТР по количеству взаимных положительных выборов

Количество взаимных положительных номинаций	Дети с СДВГ (n=108)		Дети ТР (n=108)	
	Количество	%	Количество	%
0	83	76.9	49	45.4
1	21	19.4	39	36.1
2	4	3.7	20	18.5

Для статистической оценки различий данной переменной в двух группах использовался критерий χ^2 . Результаты показали, что различия в распределении количества взаимных положительных номинаций между детьми с СДВГ и детьми группы сравнения являются статистически значимые ($\chi^2 = 24,82, df = 2, p < 0,001$).

Для анализа данной переменной в зависимости от пола и возраста детей также использовался χ^2 . Результаты показали отсутствие отличий, за исключением различий в зависимости от класса в группе сравнения ($\chi^2 = 12,98, df = 6, p < 0,05$) (таблица Д.12 Приложения).

Социальная поддержка семьи

Результаты измерения социальной поддержки от четырех источников поддержки (семьи, друзей, школы, медицины) представлены в таблицы Д.13 Приложения. В связи с тем, что дети с СДВГ не относятся в Казахстане к категории детей с ограниченными возможностями и особыми образовательными потребностями, шкала «Социальное обслуживание» была не заполнена большинством участников. В последующем данная шкала была исключена из статистического анализа.

Результаты измерения социальной поддержки семьи показали, что наиболее полезными членами своей семьи участники опроса считали супругов (47%), собственных родителей (32,4 %), братьев и сестер (4,6%) и детей (6,5%). Также родители отмечали, что чувствуют поддержку со стороны других родственников, например, свекрови, дяди, тети (4,6%), что связано с культурными особенностями Казахстана; почти четверть семей являются расширенными [217], когда бабушки, дедушки и другие родственники могут помочь родителям справиться с растущими потребностями в уходе и воспитании детей. В то же время, 4,6% участников опроса заявили, что не получают какой-либо поддержки от членов своих семей.

В целом, общий уровень воспринимаемой социальной поддержки – средний ($M = 2,46$; $SD = 0,66$) (таблица 27). Родители чувствовали себя наиболее удовлетворенными эмоциональной социальной поддержкой со стороны членов семьи ($M = 2,56$; $SD = 0,85$) и наименее - информационной поддержкой ($M = 1,89$; $SD = 0,66$). Уровень воспринимаемой информационной поддержки значительно ниже, чем в предыдущем исследовании с участием гонконгских родителей детей с СДВГ ($M = 2,59$) [28, p.36]. Возможно, это связан с тем, что в настоящее время в Казахстане, в отличие от многих зарубежных стран, отсутствуют специализированные информационные ресурсы, которые помогли бы семьям получить знания относительно природы и лечения с СДВГ [102, с.108]. Важно отметить, что воспринимаемая социальная поддержка ($M = 2,46$; $SD = 0,66$) значительно ниже желаемой ($M = 3,66$; $SD = 0,36$). Наиболее сильно рассогласуются оценки информационной воспринимаемой ($M = 1,87$; $SD = 0,61$) и ожидаемой ($M = 3,15$; $SD = 0,68$) поддержки. Это свидетельствует о том, что родители детей с СДВГ не получают требующуюся им поддержку, особенно информационную.

Таблица 27 - Описательная статистика социальной поддержки семьи

Виды поддержки (PSS)		M	SD	Min.	Max.
Информационная	Воспринимаемая поддержка	1,87	0,61	1	4
	Ожидаемая поддержка	3,15	0,68	2	4
Эмоциональная	Воспринимаемая поддержка	2,61	0,84	1	4
	Ожидаемая поддержка	3,81	0,41	2	4
Инструментальная	Воспринимаемая поддержка	2,65	0,87	1	4
	Ожидаемая поддержка	3,87	0,41	2	4

Продолжение таблицы 27

Виды поддержки (PSS)		М	SD	Min.	Max.
Аффилиационная	Воспринимаемая поддержка	2,62	0,85	1	4
	Ожидаемая поддержка	3,83	0,42	2	4
Шкала «Воспринимаемая социальная поддержка семьи»		2,46	0,66	1,00	4,00
Шкала «Ожидаемая социальная поддержка семьи»		3,66	0,36	2,25	4,00

Результаты открытого вопроса «Какую помощь вы больше всего хотите получить от своей семьи?» показали, что родители нуждаются в (1) понимании природы и влияния СДВГ другими членами семьи; (2) поддержке со стороны супруга; (3) активном участии отца в воспитании детей; (4) материальной поддержке и (5) хороших отношениях между детьми в семье.

Результаты t-теста независимых выборок показали, что статистически значимых различий между младшими (7-9 лет) и старшими детьми (10-12 лет) нет, также как отсутствуют различия по гендерному признаку и классу обучения.

Дополнительно было изучено, существуют ли различия в оценке социальной поддержки в зависимости от социально-демографических характеристик родителей (таблицы Д.14-Д.15 Приложения). Выявлены статистически значимые различия в зависимости от образования ($F = 3,31, p < 0,05$) и семейного дохода ($F = 2,35, p < 0,05$) родителей. Интересно, что родители со средним образованием были больше удовлетворены социальной поддержкой со стороны семьи, чем родители со среднеспециальным и высшим образованием.

Социальная поддержка школы

Результаты оценки школьной социальной поддержки представлены в таблице 28. Более высокими баллами оценена эмоциональная поддержка ($M = 2,33; SD = 0,93$). Родители испытывают наибольшую неудовлетворенность информационной поддержкой со стороны школы ($M = 1,73; SD = 0,69$), также, как и со стороны семьи. Наиболее рассогласованными являются результаты именно воспринимаемой и ожидаемой информационной поддержки.

Таблица 28 - Описательная статистика социальной поддержки школы

Виды поддержки (PSS)		М	SD	Min.	Max.
Информационная	Воспринимаемая поддержка	1,73	0,69	3	4
	Ожидаемая поддержка	3,94	0,24	2	4
Эмоциональная	Воспринимаемая поддержка	2,33	0,93	1	4
	Ожидаемая поддержка	3,86	0,37	2	4
Инструментальная	Воспринимаемая поддержка	2,23	0,73	1	4
	Ожидаемая поддержка	3,70	0,53	2	4
Аффилиационная	Воспринимаемая поддержка	1,89	0,84	1	4
	Ожидаемая поддержка	3,01	0,76	2	4
Шкала «Воспринимаемая социальная поддержка школы»		2,07	0,58	1,00	3,60
Шкала «Ожидаемая социальная поддержка школы»		3,62	0,37	2,25	4,00

Результаты открытого вопроса «Какую помощь вы больше всего хотите получить от своей школы?» показали, что родители нуждаются в (1) дополнительной поддержке со стороны школьного психолога, логопеда, социального педагога; (2) понимании природы и влияния СДВГ со стороны школьных работников; (3) поддерживающем поведении учителя; (4) учителе, имеющем опыт обучения детей с СДВГ; (5) школьных программах коррекции; (6) расширении возможностей для участия детей во внеклассной деятельности; (7) снижении стигматизации и (8) поощрении активности ребенка, его интересов и талантов.

Статистически значимые различия баллов школьной социальной поддержки в зависимости от социально-демографических характеристик детей и родителей не выявлены (таблицы Д.15-Д.15 Приложения). В целом, данные факторы не отличаются в зависимости от социально-демографических характеристик детей с СДВГ и их родителей (таблица Д.16 Приложения).

Таким образом, результаты статистического анализа подтверждают гипотезу H2: дети с СДВГ города Алматы имеют более высокий уровень эмоционально-поведенческих проблем, конфликтных отношений с учителями, родительского отвержения и более низкий уровень академической успеваемости, просоциального поведения, внеурочной активности, родительского принятия и диадических дружеских отношений в группе, чем их типично развивающиеся сверстники.

Корреляционный анализ переменных

Взаимосвязь между зависимой и независимыми переменными была оценена с помощью коэффициента корреляции Пирсона. Коэффициенты в группе детей с СДВГ варьируются от - 0,65 до 0,68, в группе сравнения от - 0,63 до 0,69 (таблицы 29-30). Каждый фактор риска был существенно связан с социальным отвержением в ожидаемом направлении. Наиболее сильная положительная корреляция выявлена между социальным отвержением и эмоционально-поведенческими трудностями детей. При это, в обеих группах она практически идентичная ($r = 0,68$, дети с СДВГ; $r = 0,69$, дети ТР). Данные результаты соответствуют предыдущим исследованиям, в которых также была выявлена сильная корреляция отвержения с эмоциональными ($r = 0,74$) и поведенческими ($r = 0,71$) проблемами детей 6-13 лет, как с СДВГ, так и детей типично развивающихся [11, с.831]. Коэффициенты корреляции зависимой переменной с другими факторами риска были умеренными в обеих группах. Как и ожидалось, отвержение отрицательно коррелирует с успеваемостью (дети с СДВГ, $r = -0,60$; дети ТР, $r = -0,57$) и положительно связано с конфликтными отношениями «ученик-учитель» (дети с СДВГ, $r = 0,55$; дети ТР, $r = 0,51$) и родительским отвержением (дети с СДВГ, $r = 0,57$; дети ТР, $r = 0,65$). Таким образом, умеренная корреляция между независимыми и зависимой переменными говорит о том, что они изменяются вместе [117, р.166], и выбранные факторы риска могут вносить значимый вклад в прогнозирование социального отвержения.

Таблица 29 - Интеркорреляции зависимой и независимых переменных детей с СДВГ

Переменные	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<i>Зависимая переменная</i>											
1. Социальное отвержение	-	0,68**	-0,60**	0,55**	0,57**	-0,45**	-0,65**	-0,43**	-0,59**	-0,51**	-0,59**
2. ЭП трудности		-	-0,51**	0,39**	0,51**	-0,60**	-0,48**	-0,34**	-0,51**	-0,49**	-0,37**
3. Академическая успеваемость			-	-0,45**	-0,42**	0,33**	0,40**	0,35**	0,32**	0,39**	0,48**
4. Конфликт УУО				-	0,35**	-0,42**	-0,46**	-0,32**	-0,33**	-0,28**	-0,29**
5. Родительское отвержение					-	-0,39**	-0,39**	-0,35**	-0,40**	-0,53**	-0,40**
<i>Факторы защиты</i>											
6. Просоциальное поведение						-	0,51**	0,33*	0,32**	0,32**	0,31**
7. Внеурочная активность							-	0,40**	0,56**	0,42**	0,51**
8. Родительское принятие								-	0,39**	0,20*	0,31**
9. Диадическая дружба									-	0,32**	0,41**
10. СП семьи										-	0,41*
11. СП школы											-
Примечания: 1 ЭП эмоционально-поведенческие; УУО отношения «учитель-ученик»; СП социальная поддержка. 2 * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$											

Таблица 30 - Интеркорреляции зависимой и независимых переменных детей ТР

Переменные	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>Зависимая переменная</i>									
1. Социальное отвержение	-	0,69**	-0,57**	0,51**	0,65**	-0,63**	-0,59**	-0,54**	-0,52**
<i>Факторы риска</i>									
2. ЭП трудности		-	-0,49**	0,37**	0,50**	-0,60**	-0,41**	-0,42*	-0,34**
3. Академическая успеваемость			-	-0,40**	-0,40**	0,58**	0,39**	0,34**	0,40**
4. Конфликт УУО				-	0,45**	-0,50**	-0,26**	-0,26**	-0,33**
5. Родительское отвержение					-	-0,52**	-0,37**	-0,41**	-0,40**
<i>Факторы защиты</i>									
6. Просоциальное поведение						-	0,35**	0,41**	0,41**
7. Внеурочная активность							-	0,35**	0,46**
8. Родительское принятие								-	0,33**
9. Диадическая дружба									-
Примечания: 1 ЭП эмоционально-поведенческие; УУО отношения учитель-ученик. 2 * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$									

Результаты настоящего исследования показали, что зависимая переменная отрицательно коррелирует со всеми выбранными защитными факторами в обеих

группах. Это означает, что чем выше факторы защиты, тем ниже уровень социального отвержения, и наоборот. Все корреляционные связи умеренные. В то же время, в группе детей с СДВГ более высокий уровень корреляции, в пределах умеренной, имеет индивидуальный фактор - внеурочная активность ($r = - 0,65$). A.R. Ray и коллеги (2017) также обнаружили столь сильную связь между этим защитным фактором и социальным функционированием детей с СДВГ; корреляция между разнообразием и интенсивностью активности и социальными навыками варьировалась от 0,60 до 0,91 [68, p.889-890]. Корреляция социального отвержения со вторым индивидуальным фактором (просоциальное поведение) в группе детей с СДВГ ниже, но также является умеренной ($r = - 0,45$). В предшествующем исследовании просоциальное поведение имело умеренную положительную связь ($r = 0,56$) с социальным принятием детей с симптомами СДВГ [67, p.393].

Родительское принятие, как семейный фактор, умеренно отрицательно коррелирует с социальным отвержением в обеих группах, но в группе сравнения эта связь немного выше ($r = - 0,54$), чем у детей с СДВГ ($r = - 0,43$). Дополнительный защитный фактор для детей с СДВГ, семейная социальная поддержка, также отрицательно связана с отвержением ($r = - 0,51$), что подтверждает предыдущее исследование Mastoras и его коллег (2015), где они обнаружили умеренную положительную корреляцию социальной поддержки семьи с социальным принятием ($r = 0,44$), являющимся противоположным полюсом отвержения [71, p.718]. Диадические отношения, как фактор защиты, отрицательно связан с социальным отвержением детей с СДВГ ($r = - 0,59$) и типично развивающихся детей ($r = - 0,52$).

Дополнительные защитные факторы социального уровня, социальная поддержка школы, также имеют отрицательную умеренную корреляционную связь с отвержением детей с СДВГ ($r = - 0,59$). Этот результат соответствует предыдущему исследованию, где социальная поддержка учителя и семьи коррелировала с социальными предпочтениями, получаемыми детьми с СДВГ [71, p.720].

Факторы риска были отрицательно связаны с защитными факторами. В обеих группах наблюдалась более сильная и идентичная связь между эмоционально-поведенческими трудностями и просоциальным поведением ($r = - 0,60$). Интересно, что конфликтные отношения «учитель-ученик» имели менее выраженную корреляцию с факторами защиты социального и семейного уровней. Например, в группе детей с СДВГ связь данного фактора риска варьировалась от -0,29 до -0,32, а в группе сравнения от -0,26 до -0,33. Данный факт, возможно, связан с тем, что переменные были получены из разных источников информации; от учителей, родителей и сверстников.

В целом, все переменные имеют уровень корреляции, соответствующий требованию мультиколлинеарности (максимальный коэффициент толерантности 0,5 и 0,6) [212, p.118], а значит могут быть использованы в регрессионном анализе.

2.4.3 Тестирование моделей влияния факторов риска и факторов защиты

Результаты пошагового линейного регрессионного анализа представлены в таблицах 31-32. Переменные четырех факторов риска объясняют 62% дисперсии социального отвержения детей с СДВГ и 64% дисперсии отвержения типично развивающихся детей. Среди четырех предикторных переменных эмоционально-поведенческие проблемы объясняли большую долю вариации зависимой переменной ($\Delta R^2 = 0,47$) и были положительно связаны с социальным отвержением детей с СДВГ ($\beta = 0,38, p < 0,001$). Результаты этого регрессионного анализа соответствовали силе влияния проблем поведения на виктимизацию девочек с СДВГ ($\beta = 0,44$) и социальное отвержение мальчиков с СДВГ ($\beta = 0,66$), выявленной в предыдущих исследованиях [69, р.1042; 19, р.839]. Следующей по силе влияния на социальное отвержение являются конфликтные отношения ученика и учителя ($\Delta R^2 = 0,09, \beta = 0,23, p < 0,01$) в группе детей с СДВГ. В группе сравнения эффект данного фактора риска на зависимую переменную слабее почти в два раза ($\Delta R^2 = 0,01, \beta = 0,14, p < 0,05$). Академическая успеваемость имела практически одинаковый эффект на социальное отвержение детей обеих групп ($\Delta R^2 = 0,04, \beta = -0,21, p < 0,01$ и $\Delta R^2 = 0,03, \beta = -0,20, p < 0,01$). В то же время, родительское отвержение имело более сильный эффект на социальное отвержение в группе типично развивающихся детей ($\Delta R^2 = 0,12, \beta = 0,31, p < 0,001$), чем в группе детей с СДВГ ($\Delta R^2 = 0,02, \beta = 0,20, p < 0,01$).

Таблица 31 - Результаты пошагового регрессионного анализа в прогнозировании социального отвержения детей с СДВГ

Пере- менные	Модель 1			Модель 2			Модель 3			Модель 4		
	β	Sig.	95% CI	β	Sig.	95% CI	β	Sig.	95% CI	β	Sig.	95% CI
ЭП	0,68	0,000	[0,15, 0,23]	0,55	0,000	[0,12, 0,19]	0,46	0,000	[0,09, 0,17]	0,38	0,000	[-0,06, 0,15]
К-УУО				0,33	0,000	[0,04, 0,10]	0,25	0,000	[0,02, 0,08]	0,23	0,001	[0,02, 0,08]
АУ							-0,25	0,001	[-1,12, -0,29]	-0,21	0,004	[-1,01, -0,29]
РО										0,20	0,004	[0,00, 0,03]
R^2	0,47			0,56			0,60			0,62		
ΔR^2	0,47***			0,09***			0,04**			0,02**		

Примечание - ЭП - эмоционально-поведенческие трудности; АУ - академическая успеваемость; К-УУО - конфликтные отношения учитель-ученик; РО - родительское отвержение.

При пошаговом регрессионном анализе программа SPSS автоматически отбирает предикторные переменные, которые имеет статистически значимый эффект и исключает те переменные, которые его не имеют. Кроме того, переменные автоматически включаются в модель в логике от более сильного эффект к менее сильному [212, р.133]. Таким образом, результаты пошагового регрессионного анализа показали, что вместе с тем, что эмоционально-поведенческие проблемы имели самый сильный эффект в обеих группах, конфликтные отношения «учитель-ученик» более значимы в прогнозировании

социального отвержения детей с СДВГ, а родительское отвержение более значимо в группе типично развивающихся детей.

Таблица 32 - Результаты пошагового регрессионного анализа в прогнозировании социального отвержения детей ТР

Пере- менные	Модель 1			Модель 2			Модель 3			Модель 4		
	β	Sig.	95% CI	β	Sig.	95% CI	β	Sig.	95% CI	β	Sig.	95% CI
ЭП	0,69	0,000	[0,15, 0,23]	0,48	0,000	[0,09, 0,17]	0,39	0,000	[0,07, 0,15]	0,37	0,000	[0,06, 0,14]
РО				0,40	0,000	[0,02, 0,04]	0,35	0,000	[0,01, 0,03]	0,31	0,000	[0,01, 0,03]
АУ							-0,23	0,001	[-0,67, -0,17]	-0,20	0,005	[-0,62, -0,11]
К-УУО										0,14	0,034	[0,00, 0,04]
R ²	0,47			0,59			0,63			0,64		
ΔR^2	0,48***			0,12***			0,03**			0,01*		

Примечание - ЭП - эмоционально-поведенческие трудности; АУ - академическая успеваемость; К-УУО - конфликтные отношения учитель-ученик; РО - родительское отвержение.

Несмотря на данные различия, прогностическая модель была статистически значима. Следовательно, Модель 1, описанная в разделе 2.1, хорошо подходит как для детей с СДВГ, так и для детей типично развивающихся. Таким образом, гипотезы Н3.1, Н3.2, Н3.3 и Н3.4 были доказаны для детей с СДВГ и группы сравнения. Более высокие уровни факторов риска (эмоционально-поведенческие трудности, конфликтные отношения между учеником и учителем и родительское отвержение) связаны с более высоким уровнем социального отвержения, а более высокий уровень успеваемости связан с более низким уровнем социального отвержения детей обеих групп.

В отношении каждого потенциального защитного фактора было реализовано 2 основные статистические процедуры. Первая, корреляционный анализ Пирсона в отдельных группах с низким и высоким уровнем защитного фактора. Вторая, регрессионный анализ отдельно для каждого из четырех факторов риска. Данные статистические действия проведены в обеих группах, за исключением корреляционного и регрессионного анализа с включением двух дополнительных защитных факторов, социальной поддержки семьи и социальной поддержки школы, которые были проведены только в группе детей с СДВГ.

Просоциальное поведение

Участники были разделены на две группы; в качестве точки отсечения использовались 5 баллов, поскольку в соответствии с интерпретацией Опросника «Сильные стороны и трудности» наличие результатов в диапазоне от 0 до 4 баллов указывают на определенный риск и может отражать значимые проблемы детей в области просоциальных навыков. В первую группу с высоким уровнем просоциального поведения были включены дети с баллами выше 5 по

данной шкале. Дети второй группы – дети с низким уровнем просоциального поведения, имевшие баллы ниже или равные 5.

Коэффициенты корреляции между социальным отвержением и факторами риска представлены в таблице 33. Сила корреляции у детей с высоким уровнем просоциального поведения была слабее, чем у детей с низким уровнем этой переменной. Особенно, просоциальное поведение снижала корреляционную связь между социальным отвержением и конфликтными отношениями «учитель-ученик» в группе типично развивающихся детей ($r = 0,16, p > 0,05$).

Таблица 33 - Коэффициенты корреляции социального отвержения и факторов риска в группах с высоким/низким уровнем просоциального поведения

Подгруппы	Коэффициент корреляции Пирсона							
	ЭП трудности		Академическая успеваемость		Конфликт УУО		Родительское отвержение	
	Дети с СДВГ	Дети ТР	Дети с СДВГ	Дети ТР	Дети с СДВГ	Дети ТР	Дети с СДВГ	Дети ТР
Дети с низким уровнем просоциального поведения	0,69**	0,70**	-0,62**	-0,52**	0,56**	0,51**	0,64**	0,46**
Дети с высоким уровнем просоциального поведения	0,57**	0,39**	-0,48**	-0,31**	0,41**	0,16	0,38**	0,32**

Примечания:
1 ЭП - эмоционально-поведенческие, УУО – отношения «ученик-учитель».
2 Количество участников с низким уровнем просоциального поведения: $n=54$ (с СДВГ); $n=29$ (дети ТР). Количество участников с высоким уровнем просоциального поведения: $n=54$ (с СДВГ); $n=79$ (дети ТР).
3 ** $p < 0,01$

Результаты регрессионного анализа (таблица 34) показали, что просоциальное поведение отрицательно прогнозирует социальное отвержение детей с СДВГ после контроля трех факторов риска: академической успеваемости ($\Delta R^2 = 0,07, \beta = - 0,27, p < 0,01$), конфликтных отношений ученик-учитель ($\Delta R^2 = 0,05, \beta = - 0,26, p < 0,01$), и родительского отвержения ($\Delta R^2 = 0,06, \beta = - 0,24, p < 0,01$). Однако основной эффект просоциального поведения был статистически незначимым в контексте эмоционально-поведенческих проблем у детей с СДВГ ($\Delta R^2 = 0,00, \beta = - 0,05, p > 0,05$). В группе сравнения просоциальное поведение негативно связано с отвержением в контексте всех факторов риска. Таким образом, просоциальное поведение компенсирует негативное влияние всех факторов риска в группе типично развивающихся и три фактора риска в группе детей с СДВГ. Исключением является отсутствие защитного механизма в контексте эмоциональных и поведенческих проблем.

Модерирующий эффект просоциального поведения был подтвержден только в группе типично развивающихся детей; взаимодействие эмоционально-поведенческих проблем ($\Delta R^2 = 0,10, \beta = - 0,33, p < 0,001$), академической успеваемости ($\Delta R^2 = 0,12, \beta = - 0,36, p < 0,001$), конфликтных отношений с учителем ($\Delta R^2 = 0,11, \beta = - 0,33, p < 0,001$) и родительского отвержения ($\Delta R^2 =$

0,04, $\beta = -0,25$, $p < 0,01$) с просоциальным поведением внесло статистически значимый вклад в прогнозирование отвержения. В группе детей с СДВГ данные перекрестные продукты были статистически незначимыми.

Таблица 34 - Просоциальное поведение и факторы риска в прогнозировании социального отвержения

Введенные переменные	Дети с СДВГ (n = 108)			Дети ТР (n = 108)		
	ΔR^2	β	95% CI	ΔR^2	β	95% CI
Шаг 1 ЭП	0,48***	0,66***	[0,13, 0,23]	0,48***	0,40***	[0,07, 0,15]
Шаг 2 ПрП	0,00	-0,05	[-0,11, 0,06]	0,07***	-0,32***	[-0,17, -0,06]
Шаг 3 ЭП × ПрП	0,00	-0,03	[-0,02, 0,01]	0,10***	-0,33***	[-0,06, -0,03]
Общий R ²	0,49			0,66***		
Шаг 1 АУ	0,36***	-0,50***	[-1,85, -0,96]	0,33***	-0,39***	[-1,00, -0,44]
Шаг 2 ПрП	0,07***	-0,27**	[-0,21, -0,06]	0,13***	-0,36***	[-0,19, -0,07]
Шаг 3 АУ × ПрП	0,00	-0,02	[-0,18, 0,25]	0,12***	0,36***	[0,22, 0,46]
Общий R ²	0,43			0,59***		
Шаг 1 К-УУО	0,30***	0,44***	[0,06, 0,13]	0,26***	0,28***	[0,21, 0,07]
Шаг 2 ПрП	0,05**	-0,26**	[-0,21, -0,04]	0,19***	-0,44***	[-0,22, -0,11]
Шаг 3 К-УУО × ПрП	0,00	-0,07	[-0,02, 0,01]	0,11***	-0,33***	[-0,04, -0,01]
Общий R ²	0,36			0,56***		
Шаг 1 РО	0,33***	0,49***	[0,03, 0,06]	0,42***	0,34***	[0,01, 0,03]
Шаг 2 ПрП	0,06**	-0,24**	[-0,20, -0,04]	0,11***	-0,35***	[-0,19, -0,07]
Шаг 3 РО × ПрП	0,00	-0,04	[-0,00, 0,01]	0,04**	-0,25**	[-0,01, -0,00]
Общий R ²	0,39			0,59**		
Примечания: 1 ЭП - эмоционально-поведенческие трудности; АУ - академическая успеваемость; К-УУО - конфликтные отношения учитель-ученик; РО - родительское отвержение, ПрП - просоциальное поведение. 2 * p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001						

Таким образом, гипотеза Н4.1 подтвердилась полностью в отношении типично развивающихся детей и частично в отношении детей с СДВГ; исключением является гипотеза Н4.1.1, которая не получила подтверждения. Гипотеза Н5.1 полностью подтвердилась в отношении обеих групп. Сила связи между факторами риска и социальным отвержением слабее у детей с высоким уровнем просоциального поведения. Гипотеза относительно модулирующего эффекта просоциального поведения Н6.1 не получила подтверждения в группе детей с СДВГ и полностью доказана в отношении детей группы сравнения.

Внеурочная активность

Участники были разделены на две группы на основе среднего значения по Шкале внеурочной активности. Средние значения были рассчитаны отдельно для детей с СДВГ и группы сравнения. В группе детей с СДВГ высокоактивными идентифицированы дети, набравшие больше 1,52 балла, и менее активные, набравшие меньшее или равное 1,52 баллам. Типично развивающиеся дети были разделены на две группы: первая - дети с результатами по Шкале внеурочной активности выше 1,68 балла, вторая – дети с уровнем меньше или равном 1,68 баллов.

Как видно из таблицы 35, связь между социальным отвержением и факторами риска была достоверно слабее у детей с высоким уровнем внеурочной активности, как в группе детей с СДВГ, так и в группе типично развивающихся сверстников.

Таблица 35 - Коэффициенты корреляции социального отвержения и факторов риска в группах с высоким/низким уровнем внеурочной активности

Подгруппы	Коэффициент корреляции Пирсона							
	ЭП трудности		Академическая успеваемость		Конфликт УУО		Родительское отвержение	
	Дети с СДВГ	Дети ТР	Дети с СДВГ	Дети ТР	Дети с СДВГ	Дети ТР	Дети с СДВГ	Дети ТР
Дети с низким уровнем внеурочной активности	0,58**	0,75**	-0,68**	-0,64**	0,55**	0,61**	0,55**	0,62**
Дети с высоким уровнем внеурочной активности	0,55**	0,54**	-0,19	-0,37**	0,15	0,30*	0,30*	0,59**

Примечания:
1 Количество участников с низким уровнем внеурочной активности: n=57 (с СДВГ); n=60 (без СДВГ).
Количество участников с высоким уровнем внеурочной активности: n=51 (с СДВГ); n=48 (без СДВГ).
2 * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

В таблице 36 представлены результаты иерархического регрессионного анализа. Компенсаторный эффект внеурочной активности был обнаружен в обеих группах. После статистического контроля всех факторов риска внеурочная активность отрицательно коррелировала с социальным отвержением. Этот фактор, в отличие от просоциального поведения, оказывал статистически значимое влияние на отвержение сверстников в контексте эмоционально-поведенческого риска у детей с СДВГ ($\Delta R^2 = 0,13$, $\beta = -0,41$, $p < 0,001$).

Важно отметить, что внеурочная активность имеет более сильный эффект на социальное отвержение, чем предыдущий индивидуальный фактор – просоциальное поведение. Внеурочная активность прогнозирует в контексте академической успеваемости и конфликтных отношений с учителем 20% вариативности социального отвержения, а просоциальное поведение только 7% и 5% соответственно. В контексте родительского отвержения также выявлены существенные различия; внеурочная деятельность прогнозирует 21%, а просоциальное поведение только 6% социального отвержения. Иными словами,

внеурочная активность является более сильным защитным механизмом индивидуального уровня в сравнении с просоциальным поведением.

Взаимодействие факторов риска и внеурочной активности было статистически значимым в группе сравнения, прогнозируя от 11% до 22% дисперсии социального отвержения. В отношении детей с СДВГ, модулирующий эффект не выявлен; влияние всех перекрестных переменных оказалось статистически незначимым. Следовательно, данный фактор обладает модулирующим эффектом, то есть редуцирует факторы риска только типично развивающихся детей.

Таблица 36 - Внеурочная активность и факторы риска в прогнозировании социального отвержения

Введенные переменные	Дети с СДВГ (n = 108)			Дети ТР (n = 108)		
	ΔR^2	β	95% CI	ΔR^2	β	95% CI
Шаг 1 ЭП	0,48***	0,50***	[0,10, 0,17]	0,48***	0,51***	[0,11, 0,18]
Шаг 2 ВА	0,13***	-0,41***	[-1,48, -0,70]	0,11***	-0,33***	[-1,02, -0,47]
Шаг 3 ЭП × ВА	0,00	-0,01	[-0,10, 0,12]	0,08***	-0,29***	[-0,35, -0,15]
Общий R ²	0,62			0,67***		
Шаг 1 АУ	0,36***	-0,37***	[-1,44, -0,64]	0,33***	-0,36***	[-0,93, -0,41]
Шаг 2 ВА	0,20***	-0,52***	[-1,76, -1,01]	0,16***	-0,40***	[-1,21, -,57]
Шаг 3 АУ × ВА	0,01	0,12	[-0,09, 2,28]	0,06***	0,26***	[0,75, 2,32]
Общий R ²	0,57			0,55***		
Шаг 1 К-УУО	0,30***	0,30***	[0,03, 0,10]	0,26***	0,35***	[0,03, 0,08]
Шаг 2 ВА	0,20**	-0,53***	[-1,84, -1,01]	0,22***	-0,42***	[-1,26, -0,62]
Шаг 3 К-УУО × ВА	0,01	-0,10	[-0,17, 0,02]	0,05***	-0,25***	[-0,21, -0,06]
Общий R ²	0,51			0,54***		
Шаг 1 РО	0,33***	0,37***	[0,02, 0,05]	0,42***	0,45***	[0,02, 0,04]
Шаг 2 ВА	0,21***	-0,50***	[-1,73, -0,96]	0,14***	-0,40***	[-1,20, -0,62]
Шаг 3 РО × ВА	0,00	-0,01	[-0,04, 0,05]	0,04***	-0,21**	[-0,09, -0,02]
Общий R ²	0,53			0,61**		
Примечания: 1 ЭП - эмоционально-поведенческие трудности; АУ - академическая успеваемость; К-УУО - конфликтные отношения учитель-ученик; РО - родительское отвержение, ВА - внеурочная активность. 2 * p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001						

Таким образом, гипотеза Н4.2 была полностью доказана; высокий уровень внеурочной активности ребенка связан с меньшим уровнем социального

отвержения у детей с СДВГ и без СДВГ. Гипотеза Н5.2 полностью подтвердилась в отношении обеих групп. Сила связи между факторами риска и социальным отвержением слабее у детей с высоким уровнем внеурочной активности. Гипотеза Н6.2 была отвергнута для детей с СДВГ и полностью доказана в группе сравнения.

Родительское принятие

PARQ включает в себя 20 пунктов в подшкале «Тепло/Привязанность», которые оцениваются в диапазоне от 20 до 80 баллов. Оценки на уровне или выше средней точки 50 по этой шкале показывают, что родители воспринимают свои отношения с детьми скорее, как принятие, чем как отвержение. Поэтому участники были разделены на две группы: в первую группу вошли дети, чьи родители имели баллы по уровню принятия выше 50, а во вторую дети, чьи родители имели баллы ниже или равные 50.

Сила корреляции между факторами риска и социальным отвержением была слабее в группах с высоким уровнем родительского принятия, за исключением взаимосвязи между зависимой переменной и эмоционально-поведенческими трудностями, которая была выше у детей с СДВГ, чьи родители воспринимают свои отношения более положительными (таблица 37). Возможно, это связано с стремлением родителей компенсировать тяжесть эмоционально-поведенческих проблем детей родительским теплом и привязанностью.

Таблица 37 - Коэффициенты корреляции социального отвержения и факторов риска в группах с высоким/низким уровнем родительского принятия

Подгруппы	Коэффициент корреляции Пирсона							
	ЭП трудности		Академическая успеваемость		Конфликт УУО		Родительское отвержение	
	Дети с СДВГ	Дети ТР	Дети с СДВГ	Дети ТР	Дети с СДВГ	Дети ТР	Дети с СДВГ	Дети ТР
Дети с низким уровнем родительского принятия	0,55**	0,66**	-0,71**	-0,67**	0,43**	0,73**	0,58**	0,55*
Дети с высоким уровнем родительского принятия	0,66**	0,45**	-0,28*	-0,40**	0,42**	0,25*	0,35**	0,52**

Примечания:
 1 Количество участников с низким уровнем родительского принятия: n=43 (с СДВГ); n=16 (без СДВГ).
 Количество участников с высоким уровнем родительского принятия: n=65 (с СДВГ); n=92 (без СДВГ).
 2 * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Результаты регрессионного анализа представлены в таблице 38. Родительское принятие имеет компенсаторный эффект в обеих группах. Этот защитный фактор прогнозирует от 4% до 7% социального отвержения детей с СДВГ в зависимости от фактора риска. Хотя вклад родительского принятия в дисперсию отвержения меньше, чем эффект внеурочной активности, компенсаторный механизм статистически значим. Отрицательный эффект от -0,22 до -0,29 свидетельствует о том, что высокий уровень родительского принятия связан с низким уровнем социального отвержения.

Продукты взаимодействия родительского принятия и факторов риска были значимы только для детей группы сравнения; данный фактор смягчал негативное влияние четырех рисков на социальный статус (например, эмоционально-поведенческие проблемы, $\Delta R^2 = 0,03$, $\beta = -0,20$, $p < 0,01$; и академические трудности, $\Delta R^2 = 0,06$, $\beta = 0,26$, $p < 0,001$). Ни один из регрессионных анализов не показал модулирующего эффекта для детей с СДВГ.

Таблица 38 - Родительское принятие и факторы риска в прогнозировании социального отвержения

Введенные переменные	Дети с СДВГ (n = 108)			Дети ТР (n = 108)		
	ΔR^2	β	95% CI	ΔR^2	β	95% CI
Шаг 1 ЭП	0,48***	0,61***	[0,13, 0,21]	0,48***	0,54***	[0,11, 0,19]
Шаг 2 РП	0,04**	-0,22**	[-0,03,-0,00]	0,07***	-0,21**	[-0,03,-0,00]
Шаг 3 ЭП × РП	0,00	-0,03	[-0,00, 0,01]	0,03**	-0,20**	[-0,01, 0,00]
Общий R ²	0,53			0,57**		
Шаг 1 АУ	0,36***	-0,47***	[-1,80, -0,88]	0,33***	-0,46***	[-1,10, -0,58]
Шаг 2 РП	0,05**	-0,24**	[-0,03,-0,00]	0,13***	-0,29***	[-0,03,-0,01]
Шаг 3 АУ × РП	0,01	0,12	[-0,00, 0,08]	0,06***	0,26***	[0,02, 0,08]
Общий R ²	0,43			0,53***		
Шаг 1 К-УУО	0,30***	0,47***	[0,06, 0,14]	0,26***	0,36***	[0,03, 0,08]
Шаг 2 РП	0,07**	-0,29**	[-0,04,-0,01]	0,18***	-0,36***	[-0,04,-0,01]
Шаг 3 К-УУО × РП	0,01	-0,02	[0,00, 0,01]	0,03*	-0,20*	[0,00, 0,01]
Общий R ²	0,37			0,47**		
Шаг 1 РО	0,33***	0,50***	[0,03, 0,06]	0,42***	0,50***	[0,02, 0,05]
Шаг 2 РП	0,06**	-0,25**	[-0,03,-0,00]	0,09***	-0,29***	[-0,03,-0,01]
Шаг 3 РО × РП	0,00	-0,02	[-0,00, 0,01]	0,01**	-0,12*	[-0,00, 0,01]
Общий R ²	0,39			0,53**		
Примечания: 1 ЭП - эмоционально-поведенческие трудности; АУ - академическая успеваемость; К-УУО - конфликтные отношения учитель-ученик; РО - родительское отвержение, РП - родительское принятие. 2 * p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001						

Таким образом, гипотеза Н4.3 была полностью доказана; высокий уровень родительского принятия связан с меньшим уровнем социального отвержения у детей с СДВГ и группы сравнения. Гипотеза Н5.3 подтвердилась в отношении обеих групп и корреляция между зависимыми и независимыми переменными

ниже у детей с высоким уровнем родительского принятия, за исключением гипотезы Н5.3.1; у детей с высоким уровнем родительского принятия взаимосвязь эмоционально-поведенческих трудностей и социального отвержения выше, но в пределах одного диапазона статистической значимости. Гипотеза Н6.3 была отвергнута для детей с СДВГ и полностью принята в отношении типично развивающихся детей.

Диадические дружеские отношения

Дети с СДВГ и типично развивающиеся дети были разделены на две группы. Первые группы - участники, у которых был хотя бы один друг (один или несколько взаимных положительных номинаций). Дети, у которых не было ни одной взаимной положительной номинации были включены во вторую группу.

Как показано в таблице 39, связь между факторами риска и социальным отвержением была значительно слабее у детей, имевших по крайней мере одного друга. Наиболее слабая взаимосвязь социального отвержения с академической успеваемостью ($r = -0,13$ $p > 0,05$), конфликтными отношения с учителем ($r = 0,32$, $p > 0,05$) и родительским отвержением ($r = 0,05$ $p > 0,05$) обнаружена у детей с СДВГ, имеющих хотя бы одного друга.

Таблица 39 - Коэффициенты корреляции социального отвержения и риск-факторов в группах с высоким/низким уровнем диадической дружбы

	Коэффициент корреляции Пирсона							
	ЭП трудности		Академическая успеваемость		Конфликт УУО		Родительское отвержение	
	Дети с СДВГ	Дети ТР	Дети с СДВГ	Дети ТР	Дети с СДВГ	Дети ТР	Дети с СДВГ	Дети ТР
Дети, не имевшие ни одного друга	0,59**	0,77**	-0,64**	-0,70**	0,51**	0,59**	0,51**	0,65**
Дети, имевшие как минимум одного друга	0,58**	0,35**	-0,13	-0,16	0,32	0,12	0,05	0,38**

Примечания:
 1 Количество участников с низким уровнем диадической дружбы: n=83 (дети с СДВГ); n=49 (дети ТР). Количество участников с высоким уровнем диадической дружбы: n=25 (дети с СДВГ); n=59 (дети ТР).
 2 * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Результаты регрессионного анализа показывают, что диадические дружеские отношения оказывают компенсаторный эффект в обеих группах. Взаимные положительные номинации отрицательно прогнозировали социальное отвержение в обеих группах в контексте всех факторов риска. Диадические отношения объясняли от 9% до 20% дисперсии социального отвержения детей с СДВГ, что значительно больше, чем эффект родительского принятия, как защитного фактора семейного уровня (таблица 40).

Диадическая дружба демонстрирует модулирующий эффект в группе сравнения; данный фактор снижал взаимосвязь между всеми факторами риска и отвержением. Для детей с СДВГ модулирующий эффект выявлен только в контексте одного фактора риска; продукт взаимодействия академической

успеваемости и диадической дружбы был статистически значимым ($\Delta R^2 = 0,03$, $\beta = -0,22$, $p < 0,01$) в прогнозировании социального отвержения.

Таблица 40 - Диадические дружеские отношения и факторы риска в прогнозировании социального отвержения

Введенные переменные	Дети с СДВГ (n = 108)			Дети ТР (n = 108)		
	ΔR^2	β	95% CI	ΔR^2	β	95% CI
Шаг 1 ЭП	0,48***	0,57***	[0,11, 0,20]	0,48***	0,81***	[0,18, 0,28]
Шаг 2 ДДО	0,09***	-0,38*	[-1,18, -0,49]	0,08***	-0,32***	[-0,64, -0,28]
Шаг 3 ЭП × ДДО	0,00	-0,09	[-0,08, 0,02]	0,07***	-0,35***	[-0,23, -0,09]
Общий R ²	0,58			0,63***		
Шаг 1 АУ	0,36***	-0,52***	[-1,86, -1,06]	0,33***	-0,99***	[-2,26, -1,38]
Шаг 2 ДДО	0,17***	-0,53***	[-1,51, -0,86]	0,08***	-0,24**	[-0,56, -0,13]
Шаг 3 АУ × ДДО	0,03**	0,22**	[0,30, 1,78]	0,14***	0,66***	[1,09, 2,20]
Общий R ²	0,57**			0,55***		
Шаг 1 К-УУО	0,30***	0,43***	[0,06, 0,13]	0,26***	0,69***	[0,07, 0,14]
Шаг 2 ДДО	0,20***	-0,50***	[-1,46, -0,77]	0,13***	-0,37***	[-0,75, -0,32]
Шаг 3 К-УУО × ДДО	0,00	-0,08	[-0,08, 0,02]	0,08***	-0,42***	[-0,15, -0,05]
Общий R ²	0,50			0,47***		
Шаг 1 РО	0,33***	0,41***	[0,02, 0,05]	0,42***	0,77***	[0,04, 0,07]
Шаг 2 ДДО	0,15***	-0,48***	[-1,53, -0,59]	0,06**	-0,27***	[-0,60, -0,17]
Шаг 3 РО × ДДО	0,00	-0,07	[-0,05, 0,02]	0,05**	-0,33***	[-0,06, -0,01]
Общий R ²	0,52			0,54**		
Примечания: 1 ЭП - эмоционально-поведенческие трудности; АУ - академическая успеваемость; К-УУО - конфликтные отношения учитель-ученик; РО - родительское отвержение, ДДО - диадические дружеские отношения. 2 * p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001						

Таким образом, гипотеза Н4.4 была полностью доказана; высокий уровень диадической дружбы связан с более низким уровнем социального отвержения у детей с СДВГ и детей группы сравнения. Гипотеза Н5.4 полностью подтвердилась в отношении детей обеих групп. Гипотеза Н6.4 полностью принята в отношении детей группы сравнения, а в отношении детей с СДВГ принята только гипотеза Н6.4.2; диадические дружеские отношения ослабевают взаимосвязь академической успеваемости и социального отвержения.

Социальная поддержка семьи и школы

В отношении социальной поддержки семьи дети с СДВГ и дети типично развивающиеся были разделены на две группы с помощью средней точки уровня по шкале «Социальная поддержка семьи». Эти две группы были определены с использованием среднего значения: дети с высоким уровнем поддержки семьи (те, кто набрал больше 2,46 балла) и низким уровнем поддержки семьи (те, кто набрал меньше или равно 2,46 балла). Для определения групп по уровню социальной поддержки школы также использовалось среднее значение по соответствующей шкале опросника. Первая группа, дети чьи родители оценили поддержку больше чем на 2,07 средних баллов по шкале. Вторая группа, дети, чьи родители сообщили о низком уровне школьной поддержки - меньше или равно 2,07 балла.

Корреляция между независимыми и зависимой переменной была слабее у детей с высоким уровнем социальной поддержки семьи и школы. В таблице 41 представлены коэффициенты корреляции. В подгруппе с высоким уровнем социальной поддержки связь между факторами риска и социальным отвержением была слабее.

Таблица 41 - Коэффициенты корреляции социального отвержения и риск-факторов в группах с высоким/низким уровнем социальной поддержки семьи

	Коэффициент корреляции Пирсона			
	ЭП трудности	Академическая успеваемость	Конфликт УУО	Родительское отвержение
Дети с низким уровнем поддержки семьи ($n=61$)	0,67**	-0,65**	0,69**	0,60**
Дети с высоким уровнем поддержки семьи ($n=47$)	0,63**	-0,42**	0,30*	0,42**
Дети с низким уровнем поддержки школы ($n=69$)	0,70**	-0,49**	0,48**	0,56**
Дети с высоким уровнем поддержки школы ($n=39$)	0,55**	-0,27	0,43**	0,29
Примечание - * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$				

Основной эффект социальной поддержки семьи был значимым в контексте всех факторов риска (таблица 42), но был сильнее после учета академической успеваемости ($\beta = - 0,31$, $p < 0,001$) и конфликтов в отношениях ученик-учитель ($\beta = - 0,37$, $p < 0,001$). Однако этот фактор не оказывал модулирующего влияния; взаимодействие между факторами риска и социальной поддержкой семьи у детей с СДВГ было статистически незначимым.

Школьная социальная поддержка отрицательно предсказывала социальное отвержение; основные эффекты школьной социальной поддержки были статистически значимы во всех регрессионных анализах и варьировались от $\beta = - 0,35$ к $\beta = - 0,47$. Был обнаружен модулирующий эффект школьной социальной поддержки; перекрестный продукт эмоционально-поведенческих проблем и школьной поддержки был статистически значимым ($\Delta R^2 = 0,01$, $\beta = - 0,12$, $p < 0,05$). В других случаях модулирующий эффект не найден.

Таблица 42 - Социальная поддержка и факторы риска в прогнозировании социального отвержения

Введенные переменные	Семейная социальная поддержка			Введенные переменные	Школьная социальная поддержка		
	ΔR^2	β	95% CI		ΔR^2	β	95% CI
Шаг 1 ЭП	0,48***	0,58***	[0,12, 0,20]	Шаг 1 ЭП	0,48***	0,55***	[0,12, 0,19]
Шаг 2 СПС	0,03***	-0,22**	[-,53,-0,10]	Шаг 2 СПШ	0,12***	-0,35***	[-0,77,-0,36]
Шаг 3 ЭП × СПС	0,00	-0,00	[-0,05, 0,05]	Шаг 3 ЭП × СПШ	0,01*	-0,12**	[0,00, 0,14]
Общий R ²	0,53			Общий R ²	0,62*		
Шаг 1 АУ	0,36***	-0,46***	[-1,75, -0,85]	Шаг 1 АУ	0,36***	-0,39***	[-1,55, -0,64]
Шаг 2 СПС	0,08***	-0,31***	[-0,66,-0,20]	Шаг 2 СПШ	0,12***	-0,43***	[-0,95,-0,41]
Шаг 3 АУ × СПС	0,00	0,05	[-0,44, 0,89]	Шаг 3 АУ × СПШ	0,00	0,08	[-0,33, 1,27]
Общий R ²	0,44			Общий R ²	0,48		
Шаг 1 К-УУО	0,30***	0,44***	[0,06, 0,13]	Шаг 1 К-УУО	0,30***	0,41***	[0,05, 0,12]
Шаг 2 СПС	0,13***	-0,37***	[-0,74,-0,30]	Шаг 2 СПШ	0,20***	-0,47***	[-0,98,-0,53]
Шаг 3 К-УУО × СПС	0,00	-0,06	[-0,06, 0,04]	Шаг 3 К-УУО × СПШ	0,00	-0,02	[-0,07, 0,04]
Общий R ²	0,44			Общий R ²	0,51		
Шаг 1 РО	0,33***	0,40***	[0,02, 0,05]	Шаг 1 РО	0,33***	0,38***	[0,02, 0,05]
Шаг 2 СПС	0,05**	-0,23**	[-0,66, -0,15]	Шаг 2 СПШ	0,15***	-0,46***	[-0,99,-0,47]
Шаг 3 РО × СПС	0,00	-0,06	[-0,02, 0,01]	Шаг 3 РО × СПШ	0,00	-0,06	[-0,03, 0,04]
Общий R ²	0,40			Общий R ²	0,49		

Примечания:
 1 ЭП - эмоционально-поведенческие трудности; АУ - академическая успеваемость; К-УУО - конфликтные отношения учитель-ученик; РО - родительское отвержение, ДДО - диадические дружеские отношения, СПС - социальная поддержка семьи, СПШ - социальная поддержка школы.
 2 * p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Гипотезы Н4.5 и Н4.6 были полностью доказаны; высокий уровень социальной поддержки связан с более низким уровнем социального отвержения у детей с СДВГ и детей группы сравнения. Гипотеза Н5.5 и Н5.6 также полностью подтвердились. Гипотезы Н6.5 и Н6.6 не получили подтверждения, за исключением гипотезы Н6.6.1; школьная социальная поддержка снижает взаимосвязь эмоционально-поведенческих проблем и социального отвержения детей с СДВГ.

Результаты тестирования моделей устойчивости к риску обобщены в таблице 43.

Таблица 43 - Результаты тестирования компенсаторного и модулирующего эффектов защитных факторов

Защитный фактор	Фактор риска	Компенсаторный эффект		Модерирующий эффект	
		Дети с СДВГ	Дети ТР	Дети с СДВГ	Дети ТР
<i>Основные защитные факторы</i>					
Просоциальное поведение	ЭП трудности	Нет	Да	Нет	Да
	Академическая успеваемость	Да	Да	Нет	Да
	Конфликт УУО	Да	Да	Нет	Да
	Родительское отвержение	Да	Да	Нет	Да
Внеурочная активность	ЭП трудности	Да	Да	Нет	Да
	Академическая успеваемость	Да	Да	Нет	Да
	Конфликт УУО	Да	Да	Нет	Да
	Родительское отвержение	Да	Да	Нет	Да
Родительское принятие	ЭП трудности	Да	Да	Нет	Да
	Академическая успеваемость	Да	Да	Нет	Да
	Конфликт УУО	Да	Да	Нет	Да
	Родительское отвержение	Да	Да	Нет	Да
Диадическая дружба	ЭП трудности	Да	Да	Нет	Да
	Академическая успеваемость	Да	Да	Да	Да
	Конфликт УУО	Да	Да	Нет	Да
	Родительское отвержение	Да	Да	Нет	Да
<i>Дополнительные защитные факторы</i>					
Социальная поддержка семьи	ЭП трудности	Да	-	Нет	-
	Академическая успеваемость	Да	-	Нет	-
	Конфликт УУО	Да	-	Нет	-
	Родительское отвержение	Да	-	Нет	-
Социальная поддержка школы	ЭП трудности	Да	-	Да	-
	Академическая успеваемость	Да	-	Нет	-
	Конфликт УУО	Да	-	Нет	-
	Родительское отвержение	Да	-	Нет	-

Таким образом, основные факторы (просоциальное поведение, внеурочная активность, родительское принятие и диадические дружеские отношения) и дополнительные факторы, специально подобранные для детей с СДВГ (семейная и школьная социальная поддержка) компенсировали негативного влияния факторов риска на социальное функционирование детей с СДВГ, за исключением просоциального поведения в контексте эмоционально-поведенческих трудностей детей.

В отличие от компенсаторного эффекта, модулирующих эффект в группе детей с СДВГ был выявлен только в двух случаях: 1) диадические дружеские отношения снижают влияние академической успеваемости на социальное отвержение и 2) социальная поддержка школы редуцирует наиболее значимый фактор риска в прогнозировании отвержения – эмоционально-поведенческие трудности детей с СДВГ.

3 ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ, ВКЛАДА И ОГРАНИЧЕНИЙ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Анализ основных результатов эмпирического исследования

Полученные результаты подтверждают, что дети с СДВГ чаще имеют статус «отвергаемый» и испытывают более высокий уровень социального отвержения, чем их типично развивающиеся сверстники, что согласуется с данными предыдущих исследований [12, р.419-420]. В то же время, результаты поддерживают и утверждение о том, что социальное функционирование детей с СДВГ гетерогенно [68, р.883]; некоторым детям удалось сохранить социальное принятие в среде сверстников. Интересно, что в нашем исследовании 14,8% детей с СДВГ имели статус «популярный», в то время как в исследовании В. Ноаза и её коллег (2005) только 5% детей с СДВГ относились к этой категории [12, р.420]. Возможно, это связано с тем, что в нашем исследовании доля девочек составила только 3,7%, а в их исследовании выборка была более гендерно сбалансированная (21,2% девочки). Как было доказано ранее, ненормативное поведение девочек СДВГ воспринимается более негативно сверстниками, чем подобное поведение, демонстрируемое мальчиками [14, р.784].

Социальный опыт детей на уровне диады является таким же важным, как и на уровне группы [45, р.183]. Результаты настоящего исследования показали, что дети с СДВГ также имеют трудности в отношениях со сверстниками на диадическом уровне; они получили почти в два раза меньше положительных социометрических номинаций от своих сверстников, чем дети группы сравнения. Эти результаты также соотносятся с предыдущими исследованиями [12, р.412, 15, с.20]. Качество диадических отношений связано с тем, насколько ребенок обладает социальными навыками и способен проявлять помогающее и поддерживающее отношение. Эмпирические данные, как и в предшествующих исследованиях [165, р.8; 166, р.9], показали, что дети с СДВГ имеют более низкий уровень просоциального поведения, чем их типично развивающиеся сверстники.

Результаты исследования демонстрируют, что дети с СДВГ имеют более высокий уровень эмоциональных и поведенческих проблем, проявляемых в школе, и более конфликтные отношения с учителями в сравнении с типично развивающимися сверстниками. Академическая успеваемость, напротив, у детей с СДВГ ниже, чем у детей группы сравнения. Полученные результаты полностью согласуются с предшествующими исследованиями [7, р.280; 51, р.196]. Таким образом, дети с СДВГ сталкиваются с серьезными трудностями школьной адаптации. Подтверждает это и тот факт, что дети с СДВГ, принимавшие участие в этом исследовании, значительно чаще меняли школу и класс обучения, чем их типично развивающиеся сверстники. К сожалению, в Казахстане до сих пор не определены механизмы адаптации учебного процесса и поддержки детей с СДВГ в школах на государственном уровне [102, с.112]. Родители детей с СДВГ, участвовавшие в данном исследовании, значительно ниже оценили степень удовлетворенности информационной и инструментальной социальной

поддержкой, получаемой от школы, в сравнении с оценкой родителями предшествующего зарубежного исследования [28, р.36].

Деадаптация детей с СДВГ в школе сопровождается нарушением в детско-родительских отношениях. По данным исследования, родители детей с СДВГ испытывают более высокий уровень родительского отвержения и более низкий уровень родительского принятия, чем родители типично развивающихся детей. Это согласуется с результатами предшествующих исследований как в странах западной [139, р.352; 140, р.371; 141, с.167, 142, р.396-397], так и восточной культуры [50, р.185]. Важно отметить, что в настоящем исследовании большая часть родителей с СДВГ были матери (90,7%). Матери детей с СДВГ часто испытывают стыд из-за неподобающего поведения детей [139, р.352], который часто приводит к жестокому обращению с ними [138, с.15-19]. Казахстанскому обществу свойственна коллективистская направленность и мнение других людей имеет очень важное значение, а стыд является значимым моральным регулятором поведения [106, с.123].

Нарушения детско-родительских отношений сопровождаются недостаточной социальной поддержкой в семьях, воспитывающих детей с СДВГ; наибольшее несоответствие между желаемой и воспринимаемой поддержкой было выявлено в информационной и инструментальной помощи. Родительские обязанности в таких семьях требуют больше времени, усилий и гибкости [218, р.3684-3685]. При этом, они сопровождаются высоким уровнем родительского стресса и эмоциональной нагрузки [137, р.330-331]. Как указано выше, большая часть участников в настоящем исследовании были матери. Именно матери в большей степени участвуют в воспитании детей с СДВГ [219, р.31-32] и имеют более близкие отношения с ними в сравнении с отцами [220, р.545]. Возможно, в социокультурном контексте Казахстана данные различия будут еще сильнее. В Казахстане преобладает традиционная семья, где за женщиной закрепляются определенные семейные роли; роль матери и роль хозяйки [135, с. 45]. Хотя в казахстанском обществе фигура отца в воспитании детей становится более «видимой», сохраняется доминирование мужчин и иерархические отношения в семье [221, с.105], а значит большая часть обязанностей по уходу и воспитанию детей остается закрепленной за матерями.

Также результаты показали, что дети с СДВГ менее вовлечены во внеурочную активность в сравнении с типично развивающимися детьми, как и в предыдущих исследованиях [171, р.1236; 174, р.1158]. При этом, дети с СДВГ больше участвуют в спортивной деятельности в сравнении с творческой и социальной, и имеют более высокий уровень неструктурированной активности нежели структурированной. Возможно, это связано с тем, что дети предпочитают неформальную активность в силу того, что им трудно придерживаться формальных правил и норм [174, р.1160], а также в силу того, что родители детей с СДВГ испытывают барьеры в организации внеурочной активности ребенка [175, р.70-71].

Прогностическая модель социального отвержения, в которую одновременно были включены факторы риска трех уровней: индивидуального

(эмоционально-поведенческие трудности, академическая успеваемость), семейного (родительское отвержение) и социального (конфликтные отношения «учитель-ученик»), получила статистическое подтверждение в обеих группах. Каждый из факторов риска, изученных в предыдущих исследованиях в отдельности [65, р.362-364; 121, р.416; 66, р.476-477; 51, р.198-199], был статистически значим и в общей модели. Следовательно, все четыре фактора вносят вклад в формирование социального отвержения как детей с СДВГ, так и детей группы сравнения. При этом, эмоциональные и поведенческие проблемы оказывают наиболее сильное и схожее влияние на отвержение детей обеих групп.

Второй индивидуальный фактор, академическая успеваемость, также имел практически одинаковую прогностическую силу в обеих группах. В то время как, в силу влияния факторов риска социального и семейного уровней на социальное отвержение были выявлены различия; в группе детей с СДВГ социальное отвержение имело более сильную корреляционную связь с конфликтными отношениями «учитель-ученик», а в группе типично развивающихся детей с родительским отвержением. Возможно, данные различия связаны с тем, что конфликтные отношения с учителем усиливают негативное восприятие одноклассниками академических и социальных трудностей детей с СДВГ, а также с тем фактом, что отношения «учитель-ученик» являются более значимыми для детей с данным расстройством [129, с.7].

Тестирование моделей устойчивости к риску социального отвержения детей с СДВГ показало, что результаты оценки компенсаторного эффекта защитных факторов практически полностью соответствуют ожиданиям. Просоциальное поведение и внеурочная активность детей компенсируют семейный фактор риска, родительское отвержение, также, как и в предыдущих исследованиях [60, р.366-368; 68, р.893-894]. Получены доказательства, что эти оба фактора компенсируют также низкую успеваемость и конфликтные отношения с учителем. Однако, только внеурочная активность, компенсирует негативное влияние эмоциональных и поведенческих проблем детей с СДВГ, как и в предыдущем исследовании [68, р. 893-894]. Влияние просоциального поведения на социальное отвержение в контексте данного риска оказалось незначимым. Возможно, это связано с тем фактом, что просоциальное поведение детей с СДВГ зачастую может быть интенсивным и неподходящим для социальной ситуации [55, р.254], а также с тем, что в группе сверстников формируется и сохраняется негативная репутация этих детей [54, р.33]. Факторы семейного и социального уровней, родительское принятие, социальная поддержка семьи, социальная поддержка школы и дружеские диадические отношения, оказывают более широкий защитный эффект, компенсируя факторы риска всех трех уровней.

Оценка модулирующего эффекта потенциальных защитных механизмов показала, что только два социальных фактора, диадические дружеские отношения и социальная поддержка школы, снижают взаимосвязь факторов риска и социального отвержения детей с СДВГ. Диадическая дружба снижает связь социального отвержения с академической успеваемостью, а школьная

социальная поддержка с эмоционально-поведенческими трудностями детей. Эти результаты подтверждают концепцию J.N. Hughes, T.A. Cavell и V. Willson (2001), предполагающую, что взаимодействие «учитель-ученик» и взаимодействие «ученик-ученик» являются основными источниками информации, которую дети используют для формирования своих собственных оценок поведения и компетентности сверстников в классе [87, p.291-292]. Также эти результаты подчеркивают потребности детей с СДВГ и их родителей в информационной, эмоциональной, инструментальной и аффилиционной социальной поддержке со стороны школы и учителя [82, p.184; 28, p.41].

В отличие от предыдущих исследований [53, p.732; 69, p.1035; 50, p.185; 70, p.147; 16, p.324-325], модулирующий эффект других отобранных защитных факторов не был подтвержден в отношении детей с СДВГ. Возможно, это связано с тем, что в этих исследованиях участники не имели клинически установленного диагноза СДВГ, а оценивалось только проявление симптомов. В связи с неусовершенствованным механизмом диагностики данного расстройства в Казахстане, можно предположить, что клинически диагностируются только дети, имеющие более сильное проявление симптомов и более стойкие проблемы адаптации. Кроме того, предыдущие исследования были проведены в рамках внешкольных программ, где отношения со сверстниками не столь стабильны, как в классе.

В отличие от детей с СДВГ, в группе типично развивающихся детей компенсаторный и модулирующий эффект всех защитных факторов был подтвержден; индивидуальные (просоциальное поведение и внеурочная активность), семейные (родительское принятие) и социальные (диадическая дружба) факторы напрямую отрицательно связаны с социальным отвержением, а также редуцируют негативное влияние всех факторов риска.

Таким образом, результаты исследования показывают, что большинство защитных механизмов оказывают только компенсаторное влияние в группе детей с СДВГ, в то время как в группе типично развивающихся детей факторы оказывают как компенсаторное, так и модулирующее влияние. Хотя модулирующий эффект является более важным для людей с высоким риском, компенсаторный эффект также способствует благополучию детей; он непосредственно влияет на проблему, снижая ее тяжесть и последствия [63, p.135-136].

3.2 Перспективы государственной политики поддержки детей с СДВГ в школе

Результаты настоящего исследования подтверждают, что дети с СДВГ в сравнении с типично развивающимися сверстниками имеют более высокий уровень социального отвержения, сопровождающегося более высоким уровнем эмоциональных, поведенческих и академических трудностей. Это подчеркивает необходимость формирования государственной политики поддержки детей с СДВГ в казахстанских школах.

В зарубежной практике предусмотрены *две траектории поддержки* детей с СДВГ в школе. Первая, адаптация процесса обучения в рамках общеобразовательной программы (изменение заданий и темпов обучения, изменение процедуры контроля учебных достижений, право учащегося работать и отвечать в разных режимах и т.д.) и индивидуальные программы поведенческой коррекции для детей. Вторая траектория, обучение по специальной образовательной программе в случае сильного негативного влияния симптомов СДВГ и присвоения статуса «учащийся с особыми образовательными потребностями», также в сопровождении программы поведенческой коррекции. Эта поддержка детей с СДВГ представляет собой регламентированный и финансируемый механизм поскольку возрастает потребность в услугах специального образования и программах коррекции поведения детей в школе и дома [102, с.106-108].

Закон Республики Казахстан «Об образовании» предусматривает возможность 1) разработки специальных учебных планов и 2) создание специальных условий для получения образования, которые предполагают «...учебные, а также специальные, индивидуально развивающие и коррекционно-развивающие программы и методы обучения, технические, учебные и иные средства, среду жизнедеятельности, психолого-педагогическое сопровождение, медицинские, социальные и иные услуги, без которых невозможно освоение образовательных программ» [222]. Если по специальным учебным планам могут учиться только дети с ограниченными возможностями, то специальные условия, в соответствии с данным законом, предусмотрены и для детей с особыми образовательными потребностями. Однако, существует определенное противоречие. Оценка в особых образовательных потребностях ребенка осуществляется психолого-медико-педагогической консультацией, основным актом, регулирующим ее деятельность, является Закон «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями» и этим законом специальные условия образования предусмотрены только для детей ограниченными возможностями [223]. Возможно, именно это противоречие в законодательстве приводит к тому, что на практике дети с СДВГ не определяются в школах как дети с особыми образовательными потребностями. В результате, детям с СДВГ остаются не доступны специальные условия обучения, и они не находятся в фокусе инклюзивного образования.

Настоящее исследование открывает дискуссию относительно того, что может дать для детей с СДВГ возможность получить статус «учащийся с особыми образовательными потребностями». За рубежом накоплен не только практический опыт адаптации обучения детей с СДВГ, но и качественные и количественные исследования. J. Sherman и коллеги (2006) отмечают, что на детей с СДВГ вещается ярлык расстройства и диагноза. Доказана стигматизация детей с СДВГ в связи с диагнозом, выявлен эффект «из-за СДВГ», когда диагноз используется как стигма в восприятии и оценки поведения детей с данным расстройством [111, p.198].

С другой стороны, включение детей с СДВГ в данную категорию и разработка общегосударственного стандарта адаптации процесса их обучения может оказать следующее положительное влияние. *Во-первых*, это может смягчить негативное восприятие ненормативного поведения детей с СДВГ сверстниками и учителями, тем самым повысить их социальное принятие в классе. *Во-вторых*, данная мера может стимулировать внедрение программ подготовки учителей к работе с данными детьми. Формирование и расширение знаний учителей о природе и симптомах СДВГ способствует улучшению их отношений с детьми [96, р.94-95], которые как было доказано в настоящем исследовании, оказывают важное влияние в прогнозировании социального отвержения детей с СДВГ. *В-третьих*, данная мера может стимулировать школьную социальную поддержку, которая снижает негативное влияние эмоционально-поведенческих трудностей детей с СДВГ на их социальное положение в классе. *В-четвертых*, это может помочь смягчить академическое давление, которое испытывают родители детей с СДВГ [82, р.183-184].

Таким образом, формирование государственной политики поддержки детей с СДВГ в школе необходимо. Однако, важно учитывать сформировавшийся зарубежный опыт, возможности и риски. Внедрение мер государственной поддержки может внести важный вклад в создание школьной среды свободной от насилия, что является одной из приоритетных задач Стратегического плана Министерства образования и науки Республики Казахстан на 2020-2024 годы [26, с.13].

3.3 Перспективы практики социальной работы по предупреждению и снижению социального отвержения детей с СДВГ

Основная цель исследований в области социальной работы – это получение новых знаний для изменений в практике и политике [224, р.268]. Результаты настоящего исследования могут стать полезным источником для социальных работников в сфере образования в определении стратегий интервенций. Полученные данные расширяют представления о факторах риска и факторах защиты от социального отвержения детей. Результаты исследования подчеркивают необходимость продвижения подхода, основанного на сильных сторонах, в улучшении социальной адаптации детей с СДВГ в школе.

На рисунке 10 представлена разработанная нами модель социальной работы по предотвращению и снижению социального отвержения детей с СДВГ. *Во-первых*, учитывая устойчивость социального отвержения детей с СДВГ в группе сверстников [13, р.74], необходимо внедрение превентивных механизмов, снижающих вероятность отвержения детей. *Во-вторых*, подход, основанный на сильных сторонах, предусматривает равноценное внимание как факторам риска, так и факторам защиты [64, с.7], поэтому стратегии превенции и интервенции должны включать редуцирование факторов риска и актуализацию сильных сторон и ресурсов детей. *В-третьих*, результаты настоящего исследования показали, что факторы индивидуального, семейного и социального уровней вносят вклад в социальное положение детей с СДВГ в группе сверстников,

поэтому важно реализовывать стратегии ранних вмешательств на всех трех уровнях.

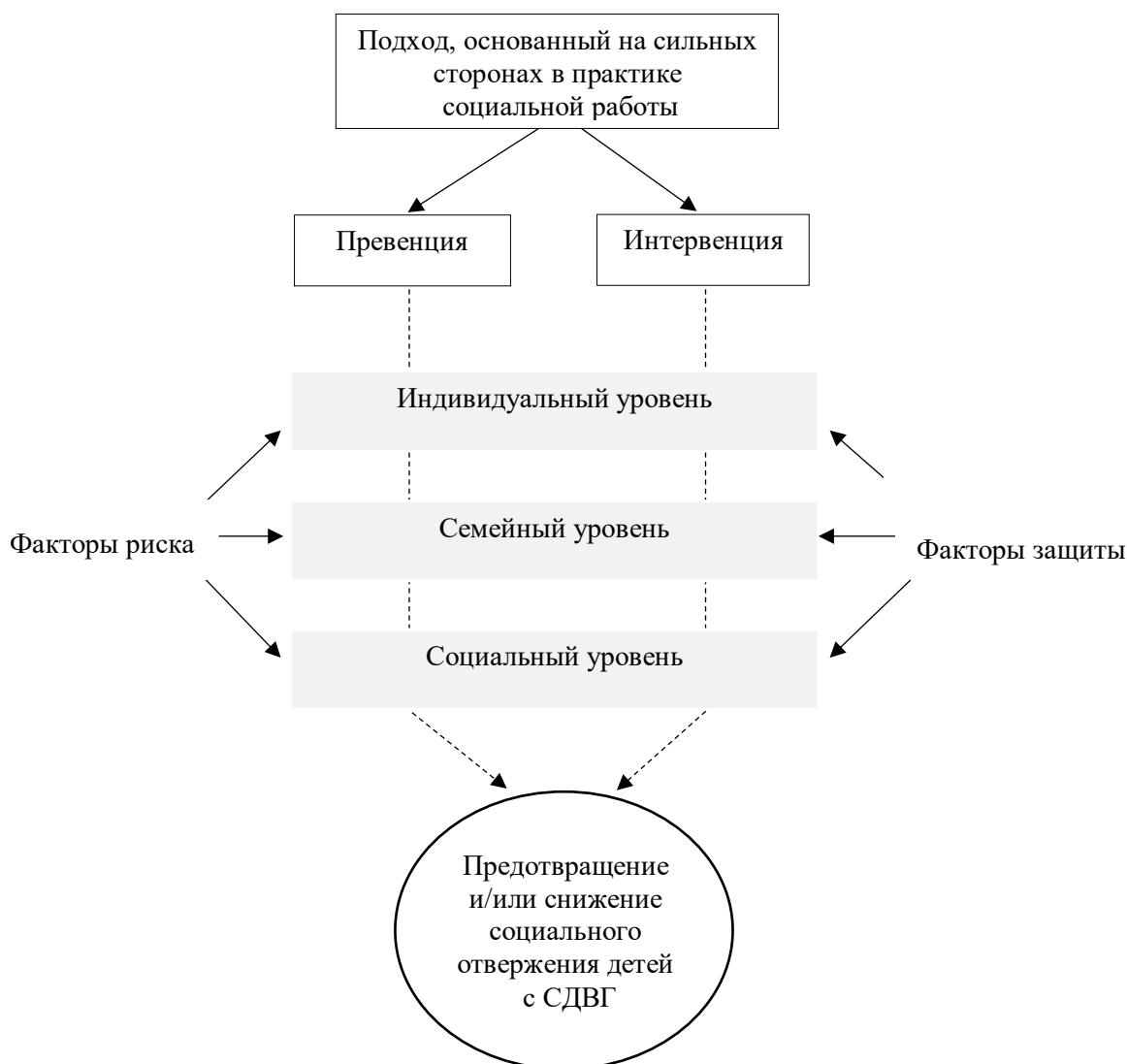


Рисунок 10 - Модель социальной работы по предотвращению и/или снижению социального отвержения детей с СДВГ в школе

Результаты исследования дают возможность выделить перспективные *три направления* практики социальной работы.

Первое направление - социальная работа с детьми с СДВГ. Результаты исследования показали, что эмоциональные и поведенческие проблемы детей с СДВГ вносят наибольший вклад в их социальное отвержение. Следовательно, необходимо внедрение интервенций, направленных на поведенческую коррекцию детей с СДВГ. За рубежом накоплен большой опыт подобных программ и предлагаются клинические гайды содержащие научно-обоснованные рекомендации поведенческой коррекции [77, р.177-212; 78, р. 15-16; 79, р.1017-1018]. Поведенческая коррекция должна реализовываться

школьными психологами. Специалисту социальной работы следует актуализировать её необходимость, а при реализации программ выступать связующим звеном между родителями и школьными специалистами для координации услуг.

Полученные данные показали, что благодаря вовлечению во внеурочную деятельность (спорт, творческие занятия и социальную активность) дети с СДВГ могут значительно улучшить свое социальное положение в группе сверстников. Актуализация сильных сторон и развитие талантов детей может стать «ключом» эффективных интервенций и сменить фокус школьных специалистов и родителей с проблем детей с СДВГ, способствовать их более положительному восприятию. Также внеурочная активность может предоставить ребенку дополнительную среду для развития социальных навыков. Вовлечение детей в различные виды общественных работ (помощь другим людям, забота о животных и т.д.) способствует развитию их личных качеств и просоциальных навыков [168, р.43]. Данные настоящего исследования подтвердили, что просоциальное поведение компенсирует негативное влияние академических трудностей, нарушения отношений с учителями и родителями на социальный статус детей с СДВГ. Развитие просоциальных навыков может помочь ребенку выстроить дружеские диадические отношения в классе, а значит и улучшить их положение во всей группе.

Второе направление - социальная работа с родителями. Как было сказано выше, важным направлением социальной работы является вовлечение детей в спорт, творчество и социальную деятельность. Однако, основными фасилитаторами внеурочной активности детей младшего школьного возраста являются родители, поэтому важно разъяснять им потенциальную пользу этой деятельности для ребенка. Другим аспектом является то, что родители детей с СДВГ часто испытывают барьеры в вовлечении детей в различные виды формальной активности [175, р.70-71], поэтому важно обсудить с ними источники поддержки вне и внутри семьи, в том числе вовлечение отцов в воспитание.

В силу устойчивости симптомов СДВГ [8, с.25; 9, с.49-51] и преобладания дефицито-ориентированной модели в казахстанских школах [109, р.1175], необходимо сфокусировать внимание родителей на поиске интересов, увлечений и способностей детей. Этап оценивания должен включать ряд вопросов, которые помогут родителям обратить внимание на сильные стороны их детей и ресурсы. R. Gilligan (2001) предлагает ряд подобных вопросов, например, Что идет хорошо в жизни вашего ребенка? Кто из тех, кто окружает ребенка играет положительную роль в его жизни ребенка (дома, в школе по соседству)? В каких случаях ваш ребенок чувствует себя успешным? и т.д. [112, р.190].

Результаты настоящего исследования позволили получить эмпирические данные, подтверждающие взаимосвязь двух систем: отношения «родитель-ребенок» и отношения «ребенок-сверстник» [47, р.225]. Родительское принятие и поддерживающее поведение семьи могут компенсировать не только эмоциональные, поведенческие и академические трудности этих детей, но и их

негативные отношения с учителем. В актуализации этих защитных механизмов может помочь расширение знаний родителей о СДВГ. Л.А. Белозерова и Е.А. Брагина (2018) отмечают, что в консультировании необходимо помочь родителям понять, что нарушение поведения детей с СДВГ связано с природой этого расстройства, а не с их негативными чертами характера [141, с.167]. В то же время, необходимо помочь родителям не воспринимать поведение детей только как влияние расстройства, важно понимание факторов среды. Как отметила J.L-С. Ма (2015) родители детей с СДВГ «...склонны судить о поведении детей с помощью патологической линзы... Помощь родителям сделать шаг назад и задуматься о возможном влиянии более широких социокультурных контекстов на поведение детей имеет жизненно важное значение для преодоления когнитивных предрасположений родителей и снижения их чрезмерной реакции» [138, р.16].

Также в улучшении детско-родительских отношений может помочь нормализация типичных переживаний, которые испытывают родители детей с СДВГ, сталкиваясь с трудностями в воспитании. Обсуждение стратегий преодоления трудных ситуаций, которые уже используют родители, может помочь им справиться с чувством неэффективного родительства [137, р.331].

Как показали результаты настоящего исследования, семейная поддержка выступает важным фактором социального благополучия детей с СДВГ, поэтому социальная работа должна «...сосредоточиться на совместной работе с родителями, чтобы помочь объединить усилия по материнскому и отцовскому воспитанию и помочь паре чувствовать поддержку» [137, р.331]. J.L-С. Ма и ее коллеги (2017) отмечают, что необходима интеграция ориентированных на семью практик и поощрение этих семей к более качественному семейному времяпрепровождению с помощью различных видов семейного досуга. Это может помочь улучшить отношения между родителями и детьми, а также помочь родителям увидеть таланты и сильные стороны своих детей [220, р.550]. Идея семейного досуга как терапевтического средства была использована J.W.K. Lo и J.L-С Ма (2022) в мульти-семейной терапии; 2-ух дневный лагерь на открытом воздухе в сельской местности Гонконга помог повысить самооффективность подростков с СДВГ и увидеть родителям сильные стороны своей семьи [225].

Третье направление – социальная работа по созданию благоприятной среды в школе. Данные исследования демонстрируют, что конфликтные отношения ученика и учителя вносят значимый вклад в социальное отвержение детей с СДВГ. Негативные или позитивные отношения могут «...установить модель для восприятия сверстниками» [54, р.34], поэтому стимулирование положительных отношений «учитель-ученик» может значительно снизить социальное отвержение детей с СДВГ. Это получило подтверждение в экспериментальном исследовании, проведенном Y.A. Mikami и её коллегами (2013). Они сравнили результаты двух интервенционных программ: традиционной программы, направленной на улучшение навыков управления поведением и улучшение социальной компетентности детей с СДВГ, и программы, которая была дополнена компонентами создания инклюзивной

среды в классе (Making Socially Accepting Inclusive Classrooms). Основной фигурой повышения инклюзивности являлся учитель. Он должен был выполнять три основные инструкции: 1) развивать позитивные отношения с детьми, поощрять их к индивидуальному взаимодействию; 2) устанавливать четкие правила, направленные на недопущение остракизма в отношении других сверстников и поощрение позитивных отношений «ученик-ученик»; 3) использовать ежедневные награды, чтобы подчеркнуть сильные стороны детей, не связанные с поведением. Результаты показали, что дети с СДВГ, участвовавшие во второй программе, получали меньше отрицательных и больше положительных номинаций от членов группы [226, p.105-109].

Следующее важное направление в работе с учителями, это повышение их осведомленности о СДВГ. В практике социальной работы в условиях Казахстана первоочередным может быть расширение знаний о СДВГ, помощь учителям в понимании природы расстройства и его влияния на поведения и трудности ребенка. Это поможет изменить восприятие и оценку поведения детей со стороны учителя, которые, как было доказано в предшествующих исследованиях, влияют на качество их взаимоотношений с учениками с СДВГ [96, p.94-95].

Полученные результаты показывают, что среди факторов, присутствующих на всех трех уровнях (индивидуальном, семейном и социальном), именно школьная социальная поддержка помогает редуцировать негативное влияние эмоциональных и поведенческих трудностей детей с СДВГ на социальное положение ребенка в классе. Школьная социальная поддержка, это поддерживающее поведение не только учителя, но и всех специалистов. Необходимо усиление (1) информационной поддержки, когда школа выступает важным источником информации о природе СДВГ, способах эффективного воспитания детей с СДВГ и т.д.; (2) инструментальной поддержки, предполагающей, что ребенок и родитель может получить действенную помощь в решении каких-либо конкретных задач; (3) эмоциональной и аффилиационной поддержки через психологическую поддержку родителей и вовлечение их в процесс обучения.

Важным направлением является улучшение отношений учителей и родителей с СДВГ. Разорвать круг взаимных обвинений может семейно-центрированный подход, который получил обоснованное внимание в работе с детьми с СДВГ за рубежом [82, p.173-174]. Основная идея данного подхода – это уход «...от обвинений родителей как источника проблемы до восприятия их как стратегических союзников» [82, p.174]. J.L-С. Ма и её коллеги (2017) считают, что улучшить взаимодействия родителя со школой, как и с другими социальными организациями, может социальный работник, который «...связывает родителя и ребенка с общественными ресурсами и расширяет их сеть социальной поддержки» [28, p.29].

Таким образом, в превенции и интервенции социального отвержения детей с СДВГ необходимо учитывать многогранные факторы социального отвержения и внедрять контекстуально-ориентированный междисциплинарный подход

помощи детям с данным расстройством. Перспектива сильных сторон в практике социальной работы поможет избежать негативного влияния диагностического ярлыка и профессионального пессимизма. Оценка и актуализация сильных сторон детей с СДВГ и защитных факторов внутри и вне их семьи поможет выявить источники социальной поддержки и будет способствовать более позитивному восприятию детей с СДВГ в школьной среде.

3.4 Сильные стороны и ограничения исследования, перспективы будущих направлений

Сильной стороной настоящего исследования является *одновременное изучение факторов риска и факторов защиты, относящихся к трем уровням: индивидуальном, семейном и социальном*. Это дает возможность улучшить понимание социального отвержения детей с СДВГ и вклада факторов каждого из трех уровней. В рамках интегративной модели были изучены как кумулятивные, так и специфические факторы. Кроме того, все факторы, оцененные в настоящем исследовании, поддаются модификации, а значит знания о их влиянии открывают возможности для построения эффективных стратегий вмешательств.

Сильной стороной исследования также является *включение группы сравнения*. В соответствии с методологией изучения факторов риска и факторов защиты, для полного тестирования модулирующего эффекта факторов требуется нормативная выборка [63, p.135], которая особенно важна для понимания отношений детей с СДВГ со сверстниками [52, p.786].

Однако, это исследование имеет некоторые ограничения. *Во-первых*, выборка была гендерно несбалансированной; среди детей преобладали мальчики (96%), а среди родителей - женщины (91,6%). Преобладание мальчиков в выборке исследования связано с диспропорцией в распространенности СДВГ у мальчиков и девочек - 3:1. При этом, эта диспропорция увеличивается до 9:1 при направлении на клиническую диагностику расстройства [55, p.27]. В условиях недостаточной разработанности механизма диагностики СДВГ в Казахстане, вероятно, эта диспропорция еще больше возрастает. Неравнозначное количество мальчиков и девочек в выборке может выступать существенным ограничением настоящего исследования в силу того, что существуют гендерные различия в восприятии поведения детей с СДВГ [14, p.784], а также различия в восприятии тяжести симптомов СДВГ и детско-родительских отношений между матерями и отцами [220, p.545-546].

Во-вторых, дети с СДВГ не были выбраны рандомным способом из-за ограниченного числа рекрутированных участников. Родители детей с СДВГ участвовали в психообразовательных беседах и после приглашались к участию в исследовании. Возможно, родителей, принявших участие в беседах и в исследовании, больше беспокоила степень тяжести симптомов СДВГ, чем родителей, отказавшихся от них.

В-третьих, дети с клинически установленным диагнозом СДВГ, так же, как и типично развивающиеся дети, не были оценены на наличие и степень тяжести

симптомов СДВГ. Критерием исключения из группы сравнения было отсутствие клинически установленного диагноза СДВГ. Однако, это не исключает вероятности того, что в группе сравнения могли оказаться дети с симптомами СДВГ, но не направленные на клиническую диагностику.

В-четвертых, относительно генерализации данных, важно отметить, что результаты настоящего исследования могут быть обобщены на всю детскую популяцию города Алматы, так как были включены школы всех районов. В то же время, есть ограничения, связанные с существующими различиями между городской и сельской средой обучения. Кроме того, можно выделить определенные ограничения по обобщению данных на другие города Казахстана из-за специфики этнокультурной среды в разных регионах страны [106, с.117]. Доминирующее влияние восточной или западной культуры определяет восприятие поведения детей сверстниками [103, р.28]. Соответственно, уровень социального отвержения детей с СДВГ, также, как и влияние факторов риска и защиты, может отличаться в разных регионах страны.

Будущие исследования могут расширить знания о социальном отвержении детей с СДВГ, используя множественность источников для оценки их социального функционирования; когда она осуществляется родителями, учителями и сверстниками одновременно. Будущие исследования могут расширить понимание причин социального отвержения путем оценки других социальных контекстуальных факторов риска, таких как влияние групповых норм и негативной репутации [54, р.32-33]. В настоящий момент остается неизученным влияние особенностей группы на социальное положение детей с СДВГ [227, с. 82].

Значимые взрослые могут быть «специалистами по поддержке», предоставляющими специфические виды социальной помощи, и «специалистами широкого профиля», которые оказывают общую поддержку детям [228]. Поэтому изучение влияния различных видов социальной поддержки (например, информационной, эмоциональной, материальной и аффилиационной) на отношения со сверстниками детей с СДВГ может иметь важные последствия для социальной работы с этими детьми.

Учитывая, что существуют различия в интенсивности, разнообразии, предпочтениях и удовольствии от участия детей с СДВГ во внеурочной активности [174, р.1159-1160; 171, р.1236], направлением будущих исследований может быть изучение влияния определенных видов и аспектов внеурочной деятельности на социальное положение детей с СДВГ в классе.

Поперечные исследования представляют собой важный начальный шаг в выдвижении гипотезы о потенциальных процессах [107, р.370]. Однако, они не дают полного представления о причинно-следственной связи [13, р.64-65], поэтому перспективным направлением является проведение лонгитюдных исследований. Данный дизайн исследования имеет большое значение для оценки того, как увеличивает тот или иной конкретный фактор риск развития более поздней проблемы. Лонгитюдное исследование может восполнить

существующий в Казахстане пробел знаний относительно негативных последствий социального отвержения детей с СДВГ в школьной среде.

В зарубежных странах проведено множество исследований, предпринимавших попытку понять опыт заботы и воспитания детей с СДВГ в семьях [137, р.284-328]. Перспективным направлением является проведения качественного исследования с целью изучения опыта родителей детей с СДВГ в казахстанском культурном контексте.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью настоящего исследования было изучение влияния факторов риска социального отвержения детей с СДВГ и факторов защиты, компенсирующих и редуцирующих их негативное воздействие, для определения стратегий интервенций в практике социальной работы в школе. В исследовании впервые одновременно оценено влияние факторов риска и факторов защиты, относящихся к трем уровням: индивидуальному, семейному и социальному. Полное тестирование влияния факторов было осуществлено благодаря участию в исследовании группы сравнения из числа типично развивающихся детей. Для достижения цели исследования были проанализированы особенности возникновения и устойчивости социального отвержения детей с СДВГ в школе, изучены результаты предшествующих исследований и проведено эмпирическое исследование в школах города Алматы.

В качестве методологической основы эмпирического исследования использовалась концепция факторов риска и защиты. На основе данной концепции и эмпирических знаний, полученных в рамках ранее проведенных исследований, были выделены модифицируемые кумулятивные и специфические факторы риска и защиты, относящиеся к индивидуальному, семейному и социальному уровням. Разработаны и протестированы прогностическая модель социального отвержения и четыре модели устойчивости к риску отвержения. Эмпирические результаты позволили сделать следующие выводы.

1. Дети с СДВГ в школах города Алматы испытывают более высокий уровень социального отвержения в школьной среде, чем их типично развивающиеся сверстники. Об этом свидетельствуют статистически значимые различия индекса социального отвержения ($t = 8,43, p \leq 0,001$) и различия в распределении социометрических статусов детей в обеих группах ($\chi^2 = 70,35, p \leq 0,001$).

2. Дети с СДВГ испытывают более высокий уровень эмоциональных и поведенческих трудностей ($t = 15,47, p < 0,001$), имеют более низкий уровень академической успеваемости ($t = - 2,96, p < 0,01$), более сильные нарушения в отношениях с учителями ($t = 5,34, p < 0,001$) и родителями ($t = 2,00, p < 0,05$), чем их типично развивающиеся сверстники. При этом, дети с СДВГ значительно меньше вовлечены во внеурочную активность ($t = - 3,45, p < 0,01$), имеют менее сформированные просоциальные навыки ($t = - 2,43, p < 0,05$), испытывают более низкий уровень родительского принятия ($t = - 6,15, p < 0,001$) и имеют меньше диадических дружеских отношений в классе ($\chi^2 = 24,82, p < 0,001$), чем дети группы сравнения. Родители детей с СДВГ недостаточно удовлетворены семейной и школьной социальной поддержкой, при этом, выявлено наиболее сильное рассогласование между воспринимаемой ($M = 1,73$) и ожидаемой ($M = 3,94$) информационной поддержкой со стороны семьи и школы.

3. Социальное отвержение детей с СДВГ обусловлено влиянием факторов риска всех трех уровней: индивидуального (эмоционально-поведенческие и

академические трудности), семейного (родительское отвержение) и социального (конфликтные отношения с учителем). Данные факторы объясняют 62% дисперсии социального отвержения детей с СДВГ. Наиболее сильное влияние оказывают эмоциональные и поведенческие проблемы детей ($\Delta R^2 = 0,47$, $p < 0,001$). Этот фактор имеет практически одинаковое влияние как в группе детей с СДВГ, так и в группе сравнения. Отличием в формировании социального отвержения детей с СДВГ является более сильное влияние конфликтных отношений в диаде «учитель-ученик» ($\Delta R^2 = 0,09$, $p < 0,001$) в сравнении с типично развивающимися детьми ($\Delta R^2 = 0,01$, $p < 0,05$).

4. Полученные доказательства свидетельствуют, что отобранные факторы защиты индивидуального (просоциальное поведение и внеурочная активность), семейного (родительское принятие) и социального (диадические дружеские отношения) уровней компенсируют негативное влияние факторов риска на социальное положение детей с СДВГ в группе сверстников (сила влияния варьируется от $\beta = -0,22$ до $\beta = -0,53$). В отличие от результатов в группе сравнения, где все факторы защиты оказывали статистически значимое влияние, просоциальное поведение не компенсирует эмоционально-поведенческие проблемы детей с СДВГ ($\Delta R^2 = 0,00$, $p > 0,05$). Семейная и школьная социальная поддержка компенсируют все факторы риска социального отвержения детей с СДВГ (сила влияния варьируется от $\beta = -0,22$ до $\beta = -0,47$). В группе типично развивающихся детей все отобранные факторы имели модулирующий эффект, а в группе детей с СДВГ только два фактора редуцировали негативное влияние факторов риска: школьная социальная поддержка снижала взаимосвязь эмоционально-поведенческих трудностей и социального отвержения ($\Delta R^2 = 0,01$, $p < 0,01$), а диадические дружеские отношения ослабляли связь академической успеваемости и отвержения ($\Delta R^2 = 0,03$, $p < 0,01$). Эти результаты свидетельствуют, что социальные факторы защиты являются наиболее важными в сохранении социального благополучия детей с СДВГ в школе.

5. Шкала внеурочной активности, разработанная в ходе диссертационного исследования, обладает достаточной степенью надежности; коэффициент альфа Кронбаха всей шкалы составил 0,71. Результаты применения шкалы демонстрируют ее эмпирическую валидность; главные компоненты, соответствующие теоретическому конструкту, объясняют 64,2% дисперсии внеурочной активности. Полученные результаты свидетельствуют, что данная шкала может использоваться в практике социальной работы в образовании.

6. На основе доказанного влияния факторов риска на социальное отвержение детей с СДВГ и компенсаторного влияния факторов защиты всех трех уровней (индивидуального, семейного и социального) можно сделать вывод о том, что стратегии интервенций в практике социальной работы должны быть комплексными и направлены на работу с детьми с СДВГ, семьей и школьными специалистами. Учитывая сильное воздействие отдельных факторов, наибольшее внимание должно быть уделено активизации услуг по снижению эмоциональных и поведенческих проблем детей с СДВГ (сила влияния – $\beta = 0,68$), улучшению их отношений с учителями (сила влияния – $\beta = 0,33$), а также стимулированию

диадических дружеских отношений (сила влияния – $\beta = 0,22$) и социальной поддержки со стороны школы (сила влияния – $\beta = - 0,12$). Применение интегрированной модели социальной работы по предотвращению и/или снижению социального отвержения детей с СДВГ, разработанной в данном исследовании, может способствовать улучшению социального функционирования детей с СДВГ в казахстанских школах и требует апробации в будущем.

Проведенное исследование и его результаты вносят вклад в практику социальной работы в образовании. Во-первых, доказанное влияние факторов индивидуального, семейного и социального уровней подчеркивает необходимость использования экологического подхода в улучшении социального благополучия детей с СДВГ в школе. Практика социальной работы в этом направлении не должна фокусироваться только на индивидуальных характеристиках ребенка, которые он привносит в отношения со сверстниками. Следует дополнительно прилагать усилия на улучшение отношений детей с СДВГ с родителями и учителями. Во-вторых, результаты исследования демонстрируют, что несмотря на уязвимость к социальному отвержению, почти 15% детей с СДВГ удалось сохранить высокий социальный статус в группе сверстников и избежать социального отвержения. Это подчеркивает необходимость внедрения в практику социальной работы подхода, основанного на сильных сторонах, направленного на поиск и актуализацию защитных механизмов как в пределах самого ребенка, так и в пределах его семьи и школьной среды.

В диссертации также обсуждается вопрос формирования государственной политики поддержки детей с СДВГ в школах. Выявленный в исследовании высокий уровень социального отвержения детей с СДВГ в сочетании с их академическими, эмоциональными и поведенческими трудностями подчеркивает необходимость вспомогательных услуг этим детям и их родителям в Казахстане. При формировании государственной политики необходимо учитывать опыт зарубежных стран, который показывает, что вместе с усилением программ поддержки, может усиливаться и стигматизация детей с СДВГ. В связи с этим, внедрение в практику школ подхода, основанного на сильных сторонах, поможет активизировать психосоциальные услуги для детей с СДВГ и их семей, и вместе с тем избежать их стигматизации.

В целом, успешно решены все задачи, поставленные в диссертационном исследовании. Использовалась активно применяемая в зарубежных исследованиях концепция факторов риска и факторов защиты, нормативная выборка для сравнения и научно-обоснованные методы статистического анализа. Исследование выполнено в рамках ведущего подхода в зарубежной практике социальной работы – подхода, основанного на сильных сторонах.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: 10-й пересмотр. – М.: Издательство «Медицина», 1998. – Т. 10. – 697 с.
- 2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). – Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
- 3 Lee S.S, Lahey B.B., Owens E.B., Hinshaw S.P. Few preschool boys and girls with ADHD are well-adjusted during adolescence // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2008. – Vol.36, № 1 – P. 373–383.
- 4 Корнилова Т.В., Григоренко Е.Л., Смирнов С.Д. Подростки групп риска. - Изд. 2-е, испр. и доп. – М.: Издательство Юрайт, 2017. – 337 с.
- 5 Дашкина И.В. Медико-социальный статус воспитанников учреждений закрытого типа для подростков с девиантным поведением: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.07. – М.: Московская медицинская академия, 2004. – 19 с.
- 6 DuPaul G.J., Jimerson S.R. Assessing, understanding, and supporting students with ADHD at school: Contemporary science, practice, and policy // *School Psychology Quarterly*. – 2014. – Vol.29, № 4. – P. 379–384.
- 7 Zendarski N., Haebich K., Bhide S., Ouek J., Nicholson J.M., Jacobs K. E., Efron D., Sciberras E. Student–teacher relationship quality in children with and without ADHD: A cross-sectional community-based study // *Early Childhood Research Quarterly*. – 2020. – Vol.51, № 2. – P. 275–284.
- 8 Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: учебное пособие для вузов. – Изд. 2-е, перер. и доп. – М.: Издательство Юрайт, 2019. – 274 с.
- 9 Романчук О.И. Синдром дефицит внимания и гиперактивности у детей: Практическое руководство. – Изд. 2-е (эл.). – М.: Издательство «Генезис», 2020. – 337 с.
- 10 Mrug S., Molina B.S.G., Hoza B., Gerdes A.C., Hinshaw S.P., Hechtman L., Arnold L.E. Peer rejection and friendships in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: contributions to long-term outcomes // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2012. – Vol.40, № 6. – P. 1013–1026.
- 11 Mikami A.Y, Hinshaw S.P. Resilient adolescent adjustment among girls: Buffers of childhood peer rejection and attention-deficit/hyperactivity disorder // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2006. – Vol.34, № 6. – P. 825– 839.
- 12 Hoza B., Mrug S., Gerdes A.C., Hinshaw S.P., Bukowski W.M., Gold J.A., Kaemer H.C., Pelham W. Jr., Wigal T., Arnold L.E. What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2005. – Vol.73, №3. – P. 411–423.
- 13 Hoza B., Gerdes A.C., Mrug S., Hinshaw S.P., Bukowski W.M., Gold J.A., Arnold L.E., Abikoff H.B., Conners C.K., Elliott G.R., Greenhill L.L., Hechtman L., Jensen P.S., Kraemer H.C., March J.S., Newcorn J.H., Severe J.B., Swanson J.M., Vitiello B., Wells K.C., Wigal T. Peer-assessed outcomes in the multimodal treatment

study of children with attention deficit hyperactivity disorder // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2005. – Vol.34, № 1. – P. 74–86.

14 Mikami A.Y., Lorenzi J. Gender and conduct problems predict peer functioning among children with attention-deficit/hyperactivity disorder // *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. – 2011. – Vol.40, №5. – P. 777–786.

15 Глушкова В.П. Внешние и внутренние детерминанты процесса социализации подростков с проявлениями синдрома дефицита внимания и гиперактивностью: автореф. ... канд. психол. наук: 19.00.05. – Курск: Курского государственного медицинского университета, 2010. – 29 с.

16 Andrade B.F., Tannock R. Sustained impact of inattention and hyperactivity-impulsivity on peer problems: Mediating roles of prosocial skills and conduct problems in a community sample of children // *Child Psychiatry and Human Development*. – 2014. – Vol.45, № 2. – P. 318–328.

17 Becker S.P., McBurnett K., Hinshaw S.P., Pfiffner L.J. Negative social preference in relation to internalizing symptoms among children with ADHD predominantly inattentive type: Girls fare worse than boys // *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. – 2013. – Vol.42, № 6. – P. 784–795.

18 Thorell L.B., Sjöwall D., Diamatopoulou S., Rydell A.M., Bohlin G. Emotional functioning, ADHD symptoms, and peer problems: A longitudinal investigation of children age 6–9.5 years // *Infant and Child Development*. – 2016. – Vol.26, № 4. – P. 1–13.

19 Erhardt D., Hinshaw S.P. Initial sociometric impressions of attention deficit hyperactivity disorder and comparison boys' predictions from social behaviors and from nonbehavioral variables // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1994. – Vol.62, № 4. – P. 833–842.

20 Bagwell C.L., Molina B.S.G, Pelham W.E., Hoza B. Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. – 2001. – Vol.40, № 11. – P. 1258–1292.

21 Asher S.R., Rose A.J., Gabriel S.W. Peer Rejection in Everyday Life // In M.R. Leary (Eds.), *Interpersonal rejection*. - New York, NY: Oxford University Press, 2001. - P. 105-145.

22 Leary M.R. Toward a Conceptualization of Interpersonal Rejection / In M.R. Leary (Eds.), *Interpersonal rejection*. – New York, NY: Oxford University Press, 2001. – P. 3–21.

23 Baumeister R.E, Leary M.R. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation // *Psychological Bulletin*. – 1995. – Vol.117. № 3. – P. 497–529.

24 Rohner R.P. *The warmth dimension: foundations of parental acceptance-rejection theory: theory, methods, and evidence*. – Beverly Hills, Calif: Sage Publications, 1986. – 248 p.

25 Rohner R.P. Introduction to Interpersonal Acceptance-Rejection Theory (IPAR Theory) and Evidence. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2014. – Vol. 6(1). <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1055>. 21.12.2018.

26 Стратегический план Министерства образования и науки Республики Казахстан на 2020-2024 годы.
<https://www.gov.kz/memleket/entities/edu/documents/details/120909?lang=ru>.
05.03.2022.

27 Openshaw L. Social work in schools: principles and practice. – New York, NY: The Guilford Press, 2008. – 318 p.

28 Ma J.L.-C., Lai K.Y.C, Lo J.W.K. Perceived social support in Chinese parents of children with attention deficit hyperactivity disorder in a Chinese context: Implications for social work practice // Social Work in Mental Health. – 2017. – Vol.15, № 1. – P. 28–46.

29 Moreno J. Who Shall Survive?: A New Approach to the Problem of Human Interrelations. – Washington: Nervous and Mental Disease Publishing Co, 1934. – 460 p.

30 Cillessen A.H.N. Peer rejection: Bridging theory and application // Human Development. – 2006. – Vol.49, № 1. – P. 44–53.

31 Bierman K.L. The clinical significance and assessment of poor peer relations: Peer neglect vs. peer rejection // Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. – 1987. – Vol. 8. – P. 233–240.

32 Parker J.G., Asher S.R. Peer acceptance and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? // Psychological bulletin. – 1987. – Vol.102, № 3. – P.357–389.

33 Bukowski W.M., Newcomb A.F. Stability and determinants of sociometric status and friendship choice: A longitudinal perspective // Developmental Psychology. – 1984. – Vol.20, № 5. – P. 941–952.

34 Rubin K.H., Daniels-Beirness T., Bream L. Social isolation and social problem solving: A longitudinal study // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1984. – Vol.52, № 1. – P.17–25.

35 Asher S.R., Dodge K.A. Identifying children who are rejected by their peers // Developmental Psychology. – 1986. - Vol.22, № 4. – P. 444–449.

36 Coie J., Dodge K.A. Invitational issue: Popular, rejected, and neglected children: Their social behavior and social reasoning // Merrill-Palmer Quarterly. – 1983. – Vol.29, № 3. – P. 261–282.

37 Петровский А.В., Шпалинский В.В. Социальная психология коллектива: учебное пособие для студентов педагогических институтов. – М.: Просвещение, 1978. – 176 с.

38 Андреева Г.М. Социальная психология. – М.: Московский государственный университет, 1980. – 417 с.

39 Агеев В.С. Психология межгрупповых отношений. – М.: Издательство МГУ, 1983. – 144 с.

40 Коломинский Я.Л. Психология детского коллектива. Система личных взаимоотношений. – Изд. 2-е. – Минск: Народная асвета, 1984. – 239 с.

41 Аникеева Н.П. Психологический климат в коллективе. – М.: Просвещение, 1989. – 224 с.

- 42 Asher S.R., Coie J.D. Peer rejection in childhood // *Contemporary Sociology*. – 1991. – Vol. 20. – P. 628-637.
- 43 Coie J.D., Cillessen A.H.N. Peer rejection: Origins and effects on children's development // *Current Directions in Psychological Science*. – 1993. – Vol.2, № 3. – P. 89–92.
- 44 Bierman K.L. *Peer Rejection: Developmental Processes and Intervention Strategies*. – New York: The Guilford Press, 2004. – 299 p.
- 45 Rubin K.H, Bukowski W.M., Bowker J.C. Children in peer groups / In M.H. Bornstein & T. Leventham (Eds.). *Handbook of Child Psychology and Developmental Science*. – New Jersey: John Wiley & Sons, 2015. – P. 175–223.
- 46 Newcomb A.F., Bukowski W.M., Pattee L. Children's peer relations: A meta-analytic review of popular, rejected, neglected, controversial, and average sociometric status // *Psychological Bulletin*. – 1993. – Vol.113, № 1. – P. 99–128.
- 47 McDowell D.J., Ross D., Parke R.D. Parental correlates of children's peer relations: An empirical test of a tripartite model // *Developmental Psychology*. – 2009. – Vol.45, № 1. – P. 224–235.
- 48 Wright J.C., Giammarino M., Parad H.W. Social status in small groups: Individual group similarity and the social "misfit" // *Journal of Personality & Social Psychology*. – 1986. – Vol.50. – P. 523–536.
- 49 Juvonen J., Gross E.F. The Rejected and the Bullied: Lessons About Social Misfits from Developmental Psychology / In Kipling D. Williams, Joseph P. Forgas, William von Hippel. *The social outcast. Ostracism, Social Exclusion, Rejection, and Bullying*, 2011. – P. 155–171.
- 50 Kawabata Y., Tseng W.L., Gau S.S.F. Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and social and school adjustment: The moderating roles of age and parenting // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2012. – Vol.40, № 2. – P. 177–188.
- 51 Kaiser N.M., McBurnett K., Pfiffner L.J. Child ADHD severity and positive and negative parenting as predictors of child social functioning: Evaluation of three theoretical models. *Journal of Attention Disorders*. – 2011. – Vol.15, № 3. – P. 193–203.
- 52 Murray–Close D., Hoza B., Hinshaw S.P., Arnold L.E., Swanson J.M., Jensen P.S., Hechtman L.T., Wells K.C. Developmental processes in peer problems of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in the multimodal treatment study of children with ADHD: Developmental cascades and vicious cycles. *Development and Psychopathology*. – 2010. – Vol.22, № 4. – P. 785–802.
- 53 Mikami A.Y., Jack A., Emeh C.C., Stephens H.F. Parental influence on children with attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Relationships between parent behaviors and child peer Status // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2010. – Vol.38, № 6. – P. 721–736.
- 54 Mikami A.Y., Normand S. The importance of social contextual factors in peer relationships of children with ADHD // *Current Developmental Disorders Reports*. – 2015. – Vol.2, №1. – P. 30–37.

55 Barkley R.A. Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. – New York: The Guilford Press, 2006. – 708 p.

56 Taylor E. DSM–5 and ADHD – an interview with Eric Taylor // BMC Medicine. – 2013. – Vol.204, № 11. – P. 1–3.

57 Емельянцева Т.А. Гендерные аспекты скрининга гиперкинетических расстройств у детей в популяции Беларуси // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013 – № 3 (23). – С. 43–47.

58 Алипбаева С.Р., Бекболатова С.Б. Методы диагностики синдрома гиперактивности с дефицитом внимания в условиях психолого–медико–педагогической консультации // Медицина. – 2013 – №8. – С. 64–66.

59 Ташимова Ф.С., Калипанова М.К. Психологические основы совладания с СДВГ младшими школьниками // Вестник КазНУ. Серия психологии и социологии. – 2017. – № 60 (1). – С. 103–108.

60 Mrug S., Hoza B., Pelham W.E., Gnagy E.M., Greiner A.R. Behavior and peer status in children with ADHD: Continuity and change // Journal of Attention Disorders. – 2007. – Vol.10, № 4. – P. 359–371.

61 Climie E.A., Mastoras S.M. ADHD in Schools: Adopting a strengths–based perspective // Canadian Psychology. – 2015. – Vol.56, № 3. – P. 295–300.

62 Gilligan R. Promoting resilience in child and family social work: issues for social work practice, education and policy // Social Work Education. – 2004. – Vol.23, № 1. – P. 93–104.

63 Fraser M.W., Galinsky M.J., Richman J.M. Risk, protection, and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice // Social Work Research. – 1999. – Vol.23, № 3. – P. 131–143.

64 Ma J.L.-C., Lai K.Y.C., Xia L.L.L. Perceived social support, perception of competence, and hope among Chinese children with attention deficit hyperactivity disorder in a Chinese context: Children's perspective // Child & Family Social Work. – 2019. – Vol.25, № 1. – P. 1–9.

65 Flicek M. Social status of boys with both academic problems and attention–deficit hyperactivity disorder // Journal of Abnormal Child Psychology. – 1992. – Vol.20, № 4. – P. 353–366.

66 Hughes J.N., Kwok O. Classroom engagement mediates the effect of teacher–student support on elementary students' peer acceptance: A prospective analysis // Journal of School Psychology. – 2006. – Vol.43, № 6. – P. 465–480.

67 Diamantopoulou S., Henricsson L., Rydell A.M. ADHD symptoms and peer relations of children in a community sample: Examining associated problems, self–perceptions, and gender differences // International Journal of Behavioral Development. – 2005. – Vol.29, № 5. – P. 388–398.

68 Ray A.R., Evans S.W., Langberg J.M. Factors associated with healthy and impaired social functioning in young adolescents with ADHD // Journal of Abnormal Child Psychology. – 2017. – Vol.45. – P. 883–897.

69 Cardoos S.L., Hinshaw S.P. Friendship as protection from peer victimization for girls with and without ADHD // Journal of Abnormal Child Psychology. – 2011. – Vol.39, № 7. – P. 1035–1045.

70 Becker S.P., Fite P.J., Luebbe A.M., Stoppelbein L., Greening L. Friendship intimacy exchange buffers the relation between ADHD symptoms and later social problems among children attending an after-school care program // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. – 2013. – Vol.35. – P. 142–152.

71 Mastoras S.M., Saklofske D.H., Schwean V.L., Climie E.A. Social support in children with ADHD: An exploration of resilience // *Journal of Attention Disorders*. – 2015. – Vol.22, № 8. – P. 712–723.

72 Hughes J.N., Im M.H., Wehrly S.E. Effect of peer nominations of teacher–student support at individual and classroom levels on social and academic outcomes // *Journal of School Psychology*. – 2014. – Vol.52, № 3. – P. 309–322.

73 Hurt E.A., Hoza B., Pelham Jr.W.E. Parenting, family loneliness, and peer functioning in boys with attention–deficit/hyperactivity disorder // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2007. – Vol.35, № 4. – P. 543–555.

74 Андреев И.В. Психологические особенности детей младшего школьного возраста детей с дефицитом внимания: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.05. – Алматы: Казахский национальный университет им.Абая, 2003. – 212 с.

75APA dictionary of psychology. – Washington: American Psychological Association, 2015. – 1221 p.

76APA dictionary of clinical psychology. – Washington: American Psychological Association, 2013. – 649 p.

77Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. National Clinical Practice Guideline Number 72. – London: The National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008. – 374 p.

78 Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. – London: The National Institute for Health and Clinical Excellence, 2018. – 42 p.

79American Academy of Pediatrics. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention–Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents // *Pediatrics*. – 2011. – Vol.128, № 5. – P. 1007–1022.

80Клинический протокол диагностики и лечения гиперкинетических расстройств. Республиканский центр развития здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 октября 2015 года Протокол № 14. <https://diseases.medelement.com/disease/гиперкинетические-расстройства/14406> 12.02.2018.

81Клинический протокол «Гиперкинетическое расстройство поведения». Приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 239. <https://diseases.medelement.com/disease/гиперкинетическое-расстройство-поведения/13282> 12.02.2018.

82 Ma J.L.-C., Lai K.Y.C. Family engagement in children with mental health needs in a Chinese Context: A dream or reality? // *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work*. – 2014. – Vol.23, № 3–4. – P. 173–189.

83 Faraone S.V., Asherson P., Banaschewski T., Biederman J., Buitelaar J.K., Ramos–Quiroga J.A., Rohde L.A., Sonuga–Barke E.J.S., Tannock R., Franke B.

Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews // Disease Primers*. – 2015. – Vol.1. – P. 1–23.

84 De Ridder, De Graeve. Healthcare use, social burden and costs of children with and without ADHD in Flanders, Belgium // *Clinical Drug Investigation*. – 2006. – Vol.26, № 2. – P. 75–90.

85 Джакупова С.М. Психологическая структура процесса обучения. – Алматы: Қазақ университеті, 2004. – 312 с.

86 Mikami A.Y., Lerner M.D., Lun J. Social context influences on children's rejection by their peers // *Child Development Perspectives*. – 2010. – Vol.4, № 2. – P. 123–130.

87 Hughes J.N., Cavell T.A., Willson V. Further support for the developmental significance of the quality of the teacher–student relationship // *Journal of School Psychology*. – 2001. – Vol.39, № 4. – P. 289–301.

88 Cillessen A.H.N. Sociometric Methods / In K.H. Rubin, W.M. Bukowski and B. Laursen (Ed.). *Handbook of Peer Interactions, Relationships, and Groups*. – New York: The Guilford Press, 2009. – P. 82–100.

89 Hoza H. Peer functioning in children with ADHD // *Journal of Pediatric Psychology*. – 2007. – Vol.32, № 6. – P. 655–663.

90 Романов А.М. Особенности эмоциональной сферы у младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности: автореф. ... канд. психол. наук: 19.00.04. – СПб: Санкт–Петербургская государственная педиатрическая академия, 2012. – 19 с.

91 Owens J.S., Goldfine M.E., Evangelista N.M., Hoza B., Kaiser N.M. A Critical Review of Self–perceptions and the Positive Illusory Bias in Children with ADHD // *Clinical Child and Family Psychology Review*. – 2007. – Vol.10, № 4. – P. 335–351.

92 Grygiel P., Humenny G., Rębisz S., Bajcar E., Świtaj P. Peer rejection and perceived quality of relations with schoolmates among children with ADHD // *Journal of Attention Disorders*. – 2018. – Vol.22, № 8. – P. 738–751.

93 Shelton L.G. *The Bronfenbrenner primer. A Guide to Develceology*. – New York – London: Routledge, 2019. – 164 p.

94 Soroa M., Balluerka N., Gorostiaga A. Evaluation of the level of knowledge of infant and primary school teachers with respect to the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Content validity of a newly created questionnaire / In J.M. Norvilitis (Ed.). *Contemporary trends in ADHD research*, 2012. – P. 127–152.

95 Sciutto M.J., Terjesen M.D., Bender A.S. Teachers' knowledge and misperceptions of attention-deficit/hyperactivity disorder // *Psychology in the Schools*. – 2000. – Vol.37, № 2. – P. 115–122.

96 Ohan J.L., Visser T.A.W., Strain M.C., Allen L. Teachers' and education students' perceptions of and reactions to children with and without the diagnostic label "ADHD" // *Journal of School Psychology*. – 2011. – Vol. 49, № 1. – P. 81–105.

97 Мустафина А.С., Амитов С.А. Знания О СДВГ в профессиональной подготовке учителей // Матер.междунар.науч.конф. «Уровневое образование студентов в высших учебных заведениях: опыт, проблемы и перспективы». – Курган: Курганский государственный университет, 2018. – С. 19–24.

98 Mautone J.A., Marcelle E., Tresco K.E., Power T.J. Assessing the quality of parent–teacher relationships for students with ADHD // *Psychology in the Schools*. – 2015. – Vol.52, № 2. – P. 196–207.

99 Gwernan–Jones R.C., Moore D., Garside R., Richardson M., Thompson–Coon J., Rogers M., Cooper P., Stein K., Ford T. ADHD, parent perspectives and parent–teacher relationships: Grounds for conflict // *British Journal of Special Education*. – 2015. – Vol.42, № 3. – P. 279–300.

100 Frigerio A., Montali L., Fine M. Attention deficit/hyperactivity disorder blame game: A study on the positioning of professionals, teachers and parents // *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. – 2013. – Vol.17, № 6. – P. 584–604.

101 Фесенко Ю.А. Коррекционная психология: синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей: учебное пособие для вузов. – Изд. 2-е, испр. и доп. – М.: Издательство Юрайт, 2019. – 250 с.

102 Мустафина А.С., Амитов С.А. Зарубежный опыт реализации прав детей с СДВГ в образовании и здравоохранении // *Вестник КазНУ им аль-Фараби. Серия психологии и социологии*. – 2018. – №2. – С. 104–115.

103 Chen X. Culture, peer interaction, and socioemotional development // *Child Development Perspectives*. – 2011. – Vol.6, № 1. – P. 27–34.

104 Численность населения Республики Казахстан по отдельным этносам. Демографическая статистика <https://stat.gov.kz/official/industry/61/statistic/508.05.2019>.

105 Малаева А.Т. Зависимость социальной детерминации личности от характера этнокультурной среды: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.01. – Алматы: Алматинский государственный университет им Абая, 1995. – 179 с.

106 Кунанбаева М.Н. Этнопсихологические особенности нравственной саморегуляции личности (социально–психологический аспект: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.05. – Алматы, Казахский национальный университет им. Аль–Фараби, 2010. – 139 с.

107 Dvorsky M.R., Langberg J.M. A review of factors that promote resilience in youth with ADHD and ADHD symptoms // *Clinical Child and Family Psychology Review*. – 2016. – Vol.19, № 4. – P. 368–391.

108 Maton K.I., Schellenbach C.J., Leadbeater B.J., Solarz A.L. Investigating in children, youth, families, and communities. Strengths–based research and policy. – Washington: American Psychological Association, 2004. – 380 p.

109 Hernández–Torrano D., Faucher C., Tynybayeva M. The role of the school psychologist in the promotion of children’s well-being: Evidence from Post–Soviet Kazakhstan // *Child Indicators Research*. – 2021. – Vol.14, № 3. – P.1175 – 1197.

110 Saleebey D. The strengths perspective in social work practice (6th Ed). – Washington: Pearson Education, 2013. – 332 p.

111 Sherman J., Rasmussen C., Baydala L. Thinking positively: How some characteristics of ADHD can be adaptive and accepted in the classroom // *Childhood Education*. – 2006. – Vol.82, № 4. – P. 196–200.

- 112 Gilligan R. Promoting positive outcomes for children in need: the assessment of protective factors / In J. Horwath (Eds.). *The Child's World Assessing Children in Need*. – London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2001. – P. 180–194.
- 113 Ek U., Fernell E., Westerlund J., Holmberg K., Olsson P.O., Gillberg C. Cognitive strengths and deficits in schoolchildren with ADHD // *Acta Paediatrica*. – 2007. – Vol.96. – P. 756–761.
- 114 Fugate C.M., Zentall S.S., Gentry M. Creativity and working memory in gifted students with and without characteristics of attention deficit hyperactive disorder: Lifting the mask // *Gifted Child Quarterly*. – 2013. – Vol.57, № 4. – P. 234–246.
- 115 Rubin A., Babbie E. *Research Methods for Social Work*. – Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning, 2016. – 430 p.
- 116 Luthar S.S., Sawyer J.A., Brown P.J. Conceptual issues in studies of resilience: Past, present, and future research // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 2006. – Vol.1094, № 1. – P. 105–115.
- 117 Wagner W.E., Gillespie B.J. *Using and interpreting statistical in the social, behavioral, and health sciences*. – Thousand Oaks: SAGE, 2018. – 232 p.
- 118 Rydell A.M., Thorell L.B., Bohlin G. Hyperactivity, shyness, and sex: Development and socio-emotional functioning // *British Journal of Developmental Psychology*. – 2009. – Vol.27. – P. 625–648.
- 119 Thorell L.B., Rydell A.M. Behavior problems and social competence deficits associated with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: Effects of age and gender // *Child Care, Health, and Development*. – 2008. – Vol.34, № 5. – P. 584–595.
- 120 Greene R.W., Biederman J., Faraone S. V., Monuteaux M., Mick E., DuPre E.P. Social impairment in girls with ADHD: Patterns, gender comparisons, and correlates // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2001. – Vol.40, № 6. – P. 704–710.
- 121 Hughes J.N., Zhang D. Effects of the structure of classmates' perceptions of peers' academic abilities on children's perceived cognitive competence, peer acceptance, and engagement // *Contemporary Educational Psychology*. – 2006. – Vol.32, № 3. – P. 400–419.
- 122 Jack A., Mikami A.Y., Calhoun C.D. The Moderating role of verbal aggression on the relationship between parental feedback and peer status among children with ADHD // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2011. – Vol. 39, № 7. – P. 1059–1071.
- 123 Mustafina A., Amitov S., Ma J.L–C. Multiple levels of factors protecting against peer rejection in children with attention-deficit/hyperactivity disorder // *Sage Open*. – 2022. – Vol.12, № 1. – P. 1–13.
- 124 Shaw P., Stringaris A., Nigg J., Leibenluft E. Emotion dysregulation inattention deficit hyperactivity disorder // *American Journal of Psychiatry*. – 2014. – Vol.171, № 3. – P. 276–293.

125 Fogleman N.D., Slaughter K.E., Rosen P.J., Leaberry K.D., Walerius D.M. Emotion regulation accounts for the relation between ADHD and peer victimization // *Journal of Child and Family Studies*. – 2018. – Vol. 28. – P. 2429–2442.

126 Викторова В.В. Тревожность как сопутствующий фактор у детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью: автореф. ... канд. психол. наук: 19.00.13. – М.: Московский институт открытого образования, 2010. – 21 с.

127 Заваденко Н.Н., Лебедева Т.В., Счасная О.В., Заваденко А.Н., Семенова Н.А., Злобина О.М. Оценка трудностей социально–психологической адаптации у детей с гиперактивностью и дефицитом внимания // *Экология человека*. – 2010. – №11. – С. 52–57.

128 Becker S.P., Kneeskern E.E., Tamm L. Social anxiety is associated with poorer peer functioning for girls but not boys with ADHD // *Psychiatry Research*. – 2019. – Vol.281. – P. 112–124.

129 Цыганкова Н.И. Личность и межличностные отношения младших школьников с минимальной мозговой дисфункцией и синдромом дефицита внимания и гиперактивности: автореф. ... канд. психол. наук: 19.00.04. – СПб: Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, 2012. – 25 с.

130 Zendarski N., Breaux R., Eadeh H.M., Smith Z.R., Molitor S.J., Mulraney M., Bourchtein E., Green C.D., Sciberras E. Peer victimization and poor academic outcomes in adolescents with ADHD: What individual factors predict risk? // *Journal of Attention Disorders*. – 2020. – Vol.25. – P. 1455–1465.

131 Бурменская Г.В. Принятие–отвержение как фактор детско–родительских и сиблинговых взаимоотношений в детстве и взрослости // *Мир психологии*. – 2018. – № 1(93). – С. 108–126.

132 Бонкало Т.И. Механизмы формирования эмоционального отвержения ребенка в функционально дееспособной семье // *Педагогика и психология. Филология и искусствоведение*. – 2009. – № 4(6). – С. 913–919.

133 Lifford K.J., Harold G.T., Thapar A. Parent–child relationships and ADHD symptoms: A longitudinal analysis // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2007. – Vol.36, № 2. – P. 285–296.

134 Rothenberg W.A., Ali S., Rohner R.P., Lansford J.E., Britner P.A., Di Giunta L., Deater–Deckard K. Effects of parental acceptance–rejection on children’s internalizing and externalizing behaviors: A longitudinal, multicultural study // *Journal of Child and Family Studies*. – 2021. – Vol.31, № 3. – P.112–123.

135 Кабакова М.П. Психология семьи и брака: учебное пособие. – Алматы: Қазақ университеті, 2014. – 211 с.

136 Ma J.L.C., Wong T.K.Y., Lau Y.K., Lai L.Y. The effect of socioeconomic status and family structure on parental warmth and parental control in a Chinese context: Implications for social work practice // *Asian Social Work and Policy Review*. – 2012. – Vol.6, № 3. – P. 265–281.

- 137 Corcoran J., Schildt B., Hochbrueckner R., Abell J. Parents of children with attention deficit/hyperactivity disorder: A meta-synthesis, part I. // *Child and Adolescent Social Work Journal*. – 2017. – Vol.34, № 4. – P. 281–335.
- 138 Ma J.L.-C., Lai K.Y.C., Wan E.S.F. Maltreatment in parent-child relationships of Chinese families with children suffering from attention deficit hyperactivity disorder in Hong Kong: A Qualitative Study // *British Journal of Social Work*. – 2015. – Vol.46, № 7. – P. 1–19.
- 139 Gerdes A.C., Hoza B. Maternal attributions, affect, and parenting in attention deficit hyperactivity disorder and comparison families // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2006. – Vol.35, № 3. – P. 346–355.
- 140 Gerdes A.C., Hoza B., Pelham W.E. Attention-deficit/hyperactivity disordered boys' relationships with their mothers and fathers: Child, mother, and father perceptions // *Development and Psychopathology*. – 2003. – Vol.15. – P. 363–382.
- 141 Белозерова Л.А., Брагина Е.А. Стилевые особенности воспитания и родительское отношение матерей гиперактивных детей // *Russian Journal of Education and Psychology*. – 2018. – № 9(4). – С. 157–171.
- 142 Tripp G., Schaughency E.A., Langlands R., Mouat K. Family interactions in children with and without ADHD // *Journal of Child and Family Studies*. – 2006. – Vol.16, № 3. – P. 385–400.
- 143 Shelleby E.C., Ogg J. Longitudinal relationships between parent involvement, parental warmth, ADHD symptoms, and reading achievement // *Journal of Attention Disorders*. – 2019. – Vol.24, № 5. – P. 1–13.
- 144 Baumeister R.F., Leary M.R. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation // *Psychological Bulletin*. – 1995. – Vol. 117, № 3. – P. 497–529.
- 145 Kerns K.A. Klepac L., Cole A. Peer relationships and preadolescents' perceptions of security in the child-mother relationship // *Developmental Psychology*. – 1996. – Vol.32, № 3. – P. 457–466.
- 146 Mikami A.Y., Lerner M.D., Griggs M.S., McGrath A., Calhoun C.D. Parental Influence on Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: II. Results of a Pilot Intervention Training Parents as Friendship Coaches for Children // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 2010. – Vol.38, № 6. – P. 737–749.
- 147 Putallaz M. Maternal behavior and children's sociometric status // *Child Development*. – 1987. – Vol.58, № 2. – P. 324–340.
- 148 Stavrinides P., Tantaros S., Georgiou S., Tricha L. Longitudinal associations between parental rejection and bullying/victimization // *Emotional and Behavioural Difficulties*. – 2017. – Vol.23, № 1. – P. 1–10.
- 149 Mason B.A., Hajovsky D.B., McCune L.A., Turek J.J. Conflict, closeness, and academic skills: A longitudinal examination of the teacher-student relationship // *School Psychology Review*. – 2017. – Vol.46, № 2. – P. 177–189.
- 150 Чмутова Ю.С. Особенности преодоления коммуникативных барьеров в учебном процессе гиперактивными подростками: автореф. ... канд. пед. наук: 13.00.01. – Ростов-на-Дону: Южно-Российский государственный технический университет, 2012. – 27 с.

- 151 Pianta R.C. Student–teacher relationship scale: Professional manual. – Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, 2001. – 55 p. Retrieved from https://curry.virginia.edu/uploads/resourceLibrary/STRS_Professional_Manual.pdf 05.09.2018.
- 152 Ewe L.P. ADHD symptoms and the teacher–student relationship: A systematic literature review // *Emotional and Behavioural Difficulties*. – 2019. – Vol.24, № 2. – P. 136–155.
- 153 Rogers M., Bélanger–Lejars V., Toste J.R., Heath N.L. Mismatched: ADHD symptomatology and the teacher–student relationship // *Emotional and Behavioural Difficulties*. – 2015. – Vol. 20, № 4. – P. 333–348.
- 154 Granot D. Socioemotional and behavioural adaptation of students with disabilities: the significance of teacher–student attachment–like relationships // *Emotional and Behavioural Difficulties*. – 2016. – Vol.21, № 4. – P. 416–432.
- 155 Prino L.E., Pasta T., Giovanna F., Gastaldi M., Longobardi C. The effect of autism spectrum disorders, down syndrome, specific learning disorders and hyperactivity and attention deficits on the student–teacher relationship // *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. – 2016. – Vol.14, № 1. – P. 89–106.
- 156 Santos G.D., Sardinha S., Reis S. Relationships in inclusive classrooms // *Journal of Research in Special Educational Needs*. – 2016. – Vol.16, № 1. – P. 950–954.
- 157 Kos J.M., Richdale A.L., Hay D.A. Children with attention deficit hyperactivity disorder and their teachers: A review of the literature // *International Journal of Disability, Development and Education*. – 2006. – Vol.53, № 2. – P. 147–160.
- 158 Al–Yagon M. Perceived close relationships with parents, teachers, and peers: predictors of social, emotional, and behavioral features in adolescents with LD or comorbid LD and ADHD // *Journal of Learning Disabilities*. – 2016. – Vol.49, № 6. – P. 1–19.
- 159 Paap M.C.S., Haraldsen I.R., Breivik K., Butcher P.R., Hellem F.M., Stormark K.M. The link between peer relations, prosocial behavior, and ODD/ADHD symptoms in 7–9–year–old children // *Psychiatry Journal*. – 2013. – Vol. 24. – P. 1–10.
- 160 Hinshaw S.P., Zupan B.A., Simmel C., Nigg J.T., Melnick S. Peer status in boys with and without attention–deficit hyperactivity disorder: Predictions from overt and covert antisocial behavior, social isolation, and authoritative parenting beliefs // *Child Development*. – 1997. – Vol.68, № 5. – P. 880–896.
- 161 Warden D., Mackinnon S. Prosocial children, bullies and victims: An investigation of their sociometric status, empathy and social problem–solving strategies // *British Journal of Developmental Psychology*. – 2003. – Vol.21. – P. 367–385.
- 162 Grusec J.E., Hastings P., Almas A. Prosocial Behavior / In P.K. Smith and C.H. Hart (Ed.). *The Wiley–Blackwell Handbook of Childhood Social Development*. – Singapore: Blackwell Publishing Ltd., 2011. – P. 549–567.

- 163 Hoffman M.L. Empathy, Its Arousal, and Prosocial Functioning / In M.L. Hoffman (Ed.). Empathy and Moral Development Implications for Caring and Justice. – London: Cambridge University Press, 2000. – P. 29–62.
- 164 Eisenberg N., Fabes R.A., Spinrad T.L. Prosocial Development / In N. Eisenberg, W. Damon and R.M. Lerner (Ed.). Handbook of child psychology. – New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2006. – P. 646–718.
- 165 Ragnarsdottir B., Hannesdottir D.Kr., Halldorsson F., Njardvik U. Gender and age differences in social skills among children with ADHD: Peer problems and prosocial behavior // Child & Family Behavior Therapy. – 2018. – Vol.40, № 4. – P. 1–16.
- 166 Ozdemir H., Bahadir A.T. Relationship between emotion regulation, empathy, and prosocial behavior in children with ADHD // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2018. – Vol.57, № 10. – P. 1–11.
- 167 Andrade B.F., Tannock R. The direct effects of inattention and hyperactivity/impulsivity on peer problems and mediating roles of prosocial and conduct problem behaviors in a community sample of children // Journal of Attention Disorders. – 2012. – Vol.17, № 8. – P. 670–680.
- 168 Gilligan R. Adversity, resilience and young people: the protective value of positive school and spare time experiences // Children & Society. – 2000. – Vol. 14. – P. 37–47.
- 169 King G., Law M., King S., Rosenbaum P., Kertoy M.K., Young N.L. A conceptual model of the factors affecting the recreation and leisure participation of children with disabilities // Physical & Occupational Therapy in Pediatrics. – 2003. – Vol.23, № 1. – P. 63–90.
- 170 Brooks B.A., Floyd F., Robins D.L., Chan W.Y. Extracurricular activities and the development of social skills in children with intellectual and specific learning disabilities // Journal of Intellectual Disability Research. – 2014. – Vol.59, № 7. – P. 1–10.
- 171 Shimoni M., Engel–Yeger B., Tirosh E. Participation in leisure activities among boys with attention deficit hyperactivity disorder // Research in Developmental Disabilities. – 2010. – Vol.31, № 6. – P. 1234–1239.
- 172 Perron–Gélinas A., Brendgena M., Vitaro F. Reprint of “Can sports mitigate the effects of depression and aggression on peer rejection?” // Journal of Applied Developmental Psychology. – 2017. – Vol.51. – P. 55–64.
- 173 Schumacher Dimech A., Seiler R. Extra–curricular sport participation: A potential buffer against social anxiety symptoms in primary school children // Psychology of Sport and Exercise. – 2011. – Vol.12, № 4. – P. 347–354.
- 174 Engel–Yeger B., Ziv–On D. The relationship between sensory processing difficulties and leisure activity preference of children with different types of ADHD // Research in Developmental Disabilities. – 2011. – Vol.32, № 3. – P. 1154–1162.
- 175 Thompson D., Emira M. ‘They say every child matters, but they don’t’: an investigation into parental and carer perceptions of access to leisure facilities and respite care for children and young people with Autistic Spectrum Disorder (ASD) or

Attention Deficit, Hyperactivity Disorder (ADHD) // *Disability & Society*. – 2011. – Vol.26, № 1. – P. 65–78.

176 Verret C., Guay M-C., Berthiaume C., Gardiner P., Béliveau L. A physical activity program improves behavior and cognitive functions in children with ADHD: An exploratory study // *Journal of Attention Disorders*. – 2012. – Vol.16, № 1. – P. 71–80.

177 Kiluk B.D., Weden S. Sport participation and anxiety in children with ADHD // *Journal of Attention Disorders*. – 2009. – Vol.12, № 6. – P. 499–506.

178 Smith A.L., Hoza B., Linnea K., McQuade J.D., Tomb M., Vaughn A.J., Shoulberg E.K., Hook H. Pilot physical activity intervention reduces severity of ADHD symptoms in young children // *Journal of Attention Disorders*. – 2013. – Vol.17, № 1. – P. 70–82.

179 Lopez-Williams A., Chacko A., Wymbs B.T., Fabiano G.A., Seymour K.E., Gnagy E.M., Chronis A.M., Burrows-Maclean L., Pelham W.E., Morris T.L. Athletic performance and social behavior as predictors of peer acceptance in children diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder // *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. – 2005. – Vol.13, № 3. – P. 173–180.

180 Demaray M.K., Elliott S.N. Perceived social support by children with characteristics of attention-deficit/hyperactivity disorder // *School Psychology Quarterly*. – 2001. – Vol.16, № 1. – P. 68–90.

181 Chu P.S., Saucier D.A., Hafner E. Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents // *Journal of Social and Clinical Psychology*. – 2010. – Vol.29, № 6. – P. 624–645.

182 Лифинцев Д.В., Серых А.Б., Анцута А.Н. Социальная поддержка: сопоставительный анализ политико-правового и социально-психологического подходов // *Вестник ПСТГУ. Серия IV: Педагогика. Психология*. – 2016. – № 2(41). – С. 7–14.

183 Cohen S. Social relationships and health // *American Psychologist*. – 2004. – Vol.59, № 8. – P. 676–684.

184 Chen J.-K., Wei H.S. School violence, social support and psychological health among Taiwanese junior high school students // *Child Abuse & Neglect*. – 2013. – Vol.37, № 4. – P. 252–262.

185 Лифинцев Д.В., Серых А.Б., Лифинцева А.А. Социальная поддержка как фактор психического благополучия детей и подростков // *Национальный психологический журнал*. – 2016. – № 4(24). – С. 71–78.

186 Demaray M.K., Malecki C.K. Critical levels of perceived social support associated with student adjustment // *School Psychology Quarterly*. – 2002. – Vol.17, № 3. – P. 213–241.

187 Ma J.L.-C. The adjustment process of patients suffering from neoplasm of nasopharynx throughout the course of illness: A panel study in Hong Kong: diss. ...PhD doctors in social work. – Hong Kong: University of Hong Kong, 1996. – 553 p.

188 Tardy C.H. Social support measurement // *American Journal of Community Psychology*. – 1985. – Vol.13, № 2. – P. 187–202.

- 189 Cohen S., Wills T.A. Stress, social support, and the buffering hypothesis // *Psychological Bulletin*. – 1985. – Vol.98. – P. 310–357.
- 190 Elmoose M., Lasgaard M. Loneliness and social support in adolescent boys with attention deficit hyperactivity disorder in a special education setting // *Journal of Child and Family Studies*. – 2017. – Vol.26, № 10. – P. 2900–2907.
- 191 Booth C.L. Predicting social adjustment in middle childhood: The role of preschool attachment security and maternal style // *Social Development*. – 1994. – Vol.3, № 3. – P. 189–204.
- 192 Baldry A.C., Farrington D.P. protective factors as moderators of risk factors in adolescence bullying // *Social Psychology of Education*. – 2005. – Vol.8, № 3. – P. 263–284.
- 193 Марковская И.М. Социометрические методы в психологии. – Челябинск: Издательство ЮУрГУ, 1999. – 46 с.
- 194 Реан А.А., Коломинский Я.Л. Социальная педагогическая психология. – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 416 с.
- 195 McLachlan J., Zimmer-Gembeck M.J., McGregor L. Rejection sensitivity in childhood and early adolescence: Peer rejection and protective effects of parents and friends // *Journal of Relationships Research*. – 2010. – Vol.1, № 1. – P. 31–40.
- 196 Velásquez A.M., Bukowski W.M., Saldarriaga L.M. Adjusting for Group Size Effects in Peer Nomination Data // *Social Development*. – 2013. – Vol.22, № 4. – P. 845–863.
- 197 Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2001. – Vol.40, № 11. – P. 1337–1345.
- 198 Goodman R., Slobodskaya H., Knyazev G. Russian child mental health: A cross-sectional study of prevalence and risk factors // *European Child and Adolescent Psychiatry*. – 2005. – Vol.14, № 1. – P. 28–33.
- 199 Mantzicopoulos P.P., Neuharth-Pritchett S. Development and validation of a measure to assess head start children's appraisals of teacher support // *Journal of School Psychology*. – 2003. – Vol.41. – P. 431–451.
- 200 Vervoort E., Doumen S., Verschueren K. Children's appraisal of their relationship with the teacher: Preliminary evidence for construct validity // *European Journal of Developmental Psychology*. – 2015. – Vol.12, № 2. – P. 243–260.
- 201 Glüer M., Hannover B. Observing quality of student-teacher relationships in elementary school classrooms: The Student-Teacher Relationship Observation Measurement (STROM) // *Proceedings of the 15th European conference on developmental psychology*. – Bergen, Norway, 2011. – P. 527–532.
- 202 Мустафина А.С., Амитов С.А. Адаптация опросника «Шкала отношений ученик-учитель – краткая форма»: оценка эмпирической надежности и валидности // *Вестник КазНУ им. аль-Фараби. Серия Психология и социология*. – 2018. – №1(68). – С. 241–251.
- 203 Drugli M.B., Hjemdal O. Factor structure of the Student-Teacher Relationship Scale for Norwegian school-age children explored with confirmatory

factor analysis // *Scandinavian Journal of Educational Research*. – 2013. – Vol.57. – P. 457–466.

204 Koomen H.M.Y., Verschueren K., Schooten E., Jak S., Pianta R.C. Validating the Student–Teacher Relationship Scale: Testing factor structure and measurement invariance across child gender and age in a Dutch sample // *Journal of School Psychology*. – 2012. – Vol.50. – P. 215–234.

205 Zhang X., Nurmi J.E. Teacher–child relationships and social competence: A two–year longitudinal study of Chinese preschoolers // *Journal of Applied Developmental Psychology*. – 2012. – Vol.33. – P. 125–135.

206 Milatz A., Glüer M., Harwardt–Heinecke E., Kappler G., Ahnert L. The Student–Teacher Relationship Scale revisited: Testing factorial structure, measurement invariance and validity criteria in German–speaking samples // *Early Childhood Research Quarterly*. – 2014. – Vol.29. – P. 357–368.

207 Nunes P.J., Barata M.C., Calheiros M., Graça J. A portuguese version of the Student–Teacher Relationship Scale – Short Form // *The Spanish Journal of Psychology*. – 2015. – Vol.18. – P. 1–15.

208 Sette S., Zuffianò A., Lucidi F., Laghi F., Lonigro A., Baumgartner E. Evaluating the Student–Teacher Relationship Scale in Italian young children: An exploratory structural equation modeling approach // *Journal of Psychoeducational Assessment*. – 2018. – Vol.36. – P.284–290.

209 Tsigilis N., Gregoriadis A., Grammatikopoulos V. Evaluating the Student–Teacher Relationship Scale in the Greek educational setting: An item parcelling perspective // *Research Papers in Education*. – 2018. – Vol.33. – P.414–426.

210 Gomez R., Rohner R.P. Tests of factor structure and measurement invariance in the United States and Australia using the adult version of the parental acceptance // *Cross–Cultural Research*. – 2011. – Vol.45, № 3. – P. 267–285.

211 Мустафина А.С., Амитов С.А. Адаптация опросника «Perceived Social Support Scale»: внутренняя согласованность и факторный анализ // *Вестник Евразийского национального университета им. Л.Н. Гумилева. Серия Педагогика. Психология. Социология*. – 2020. – № 1(130). – С. 206–215.

212 Tabachnick B.G., Fidell L.C. *Using multivariate statistics (4th Ed.)*. – Boston: Allyn & Bacon, 2001. – 964 p.

213 Психометрика: Введение / Р. Майкл Фер, Верн Р. Бакарарк: пер. с англ. А.С. Науменко, А.Ю. Попова: подред. Н.А. Батурина, Е.В. Эйдмана. – Челябинск: Издательский центр ЮУГУ. – 2010. – 445 с.

214 Гессманн Х.В., Шеронов Е.С. Валидность психологического теста // *Современная зарубежная психология*. – 2013. – № 4. – С. 20–31.

215 Ермолаев О.Ю. *Математическая статистика для психологов. Учебник*. – Изд. 2-е, испр. – М.: Московский психолого–социальный институт, 2003. – 336 с.

216 Mustafina A. S., Amitov S. A. Extracurricular activities and social rejection of children with attention deficit/hyperactivity disorder // *Proceedings of the XX International Scientific and Practical Conference “Social and Economic Aspects of Education in Modern Society”*. – Warsaw, Poland, 2019. – P. 38–43.

217 Дети Казахстана: статистический сборник. – Астана: Комитет по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан, 2017. – 122 с.

218 Sellmaier C., Leo M.C., Brennan E.M., Kendall J., Houck G.M. Finding fit between work and family responsibilities when caring for children with ADHD diagnoses // *Journal of Child and Family Studies*. – 2016. – Vol.25, № 12. – P. 3684–3693.

219 Climie E.A., Mitchell K. Parent–child relationship and behavior problems in children with ADHD // *International Journal of Developmental Disabilities*. – 2016. – Vol.63, № 1. – P. 27–35.

220 Ma J.L.–C., Lai K.Y.C., Lo J.W.K. Impact of age and symptom severity on parent–child relationships and self–perception among Chinese children with attention deficit hyperactivity disorder // *Social Work in Mental Health*. – 2017. – Vol.15, № 5. – P. 538–554.

221 Шабденова А.Б., Веревкин А.В. Институт родительства в контексте изменения социально–экономических условий и стратегий жизни современной семьи // *Вестник КазНУ. Серия психологии и социологии*. – 2016. – № 57 (2). – С. 100–106.

222 Закон Республики Казахстан «Об образовании» от 27 июля 2007 года № 319–III. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z070000319> 10.03.2020.

223 Закон Республики Казахстан «О социальной и медико–педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями» от 11 июля 2002 года N 343. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z020000343> 10.03.2020.

224 Maynard B.R., Vaughn M.G., Sarteschi C.M. The Empirical Status of Social Work Dissertation Research: Characteristics, Trends and Implications for the Field // *British Journal of Social Work*. – 2012. – Vol.44, № 2. – P. 267–289.

225 Lo J.W.K., Ma, J.L.C. Use of nature in a multi–family therapy for Chinese families of adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: A photo–elicitation study // *Journal of Family Therapy*. – 2022. – Vol.00. – P.1–16.

226 Mikami A.Y., Griggs M.S., Lerner M.D., Emeh C.C., Reuland M.M., Jack A., Anthony M.R. A randomized trial of a classroom intervention to increase peers’ social inclusion of children with attention–deficit/hyperactivity disorder // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2013. – Vol.81, № 1. – P. 100–112.

227 Мустафина А.С., Амитов С.А. Факторы улучшения социального функционирования детей с СДВГ: литературный обзор зарубежных исследований // *Вестник КазНУ им. аль–Фараби. Серия психологии и социологии*. – 2019. – №4 (71). – С. 76–85.

228 Thompson R. A. Why are relationships important to children’s well–being? / In A. Ben–Arieh, F. Casas, I. Frønes, & J. E. Korbin, (Eds.). *Handbook of Child Well–Being Theories, Methods and Policies in Global Perspective*. – New York & London: Springer Dordrecht Heidelberg, 2014. – P. 1917–1954.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Материалы этических аспектов исследования

ӘЛ-ФАРАБИ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ

МЕДИЦИНА ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ
САҚТАУ ФАКУЛЬТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АЛЬ-ФАРАБИ

ФАКУЛЬТЕТ
МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

050040, Алматы қаласы, әл-Фараби даңғылы, 71.
Тел. +7 (727) 2211612. Телефакс +7 (727) 3773453.



20 19 жыл " 31 " 01

№ 1454

Локальный Этический Комитет Факультета медицины и здравоохранения Казахского Национального университета имени аль-Фараби

Одобрение Локального Этического Комитета Факультета медицины и здравоохранения
(IRB00010790 al-Farabi Kazakh National University IRB #1)

Протокол № IRB – A051

Название исследовательского проекта: «**«Социальное отвержение детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в школьной системе»»**

Дата одобрения: 31.01.2019 г.

Дата истечения одобрения: 30.01.2020 г.

31 января 2019 г. на заседании Локального Этического комитета Факультета медицины и здравоохранения был рассмотрен проект докторанта кафедры социологии и социальной работы факультета философии и политологии Казахского Национального университета имени аль-Фараби Мустафиной А.С. «Социальное отвержение детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в школьной системе».

К рассмотрению на заседании ЛЭК ФМЗ были представлены все документы согласно необходимому перечню. После изучения представленных документов было принято решение одобрить проведение исследования докторанта Мустафиной А.С. на тему «Социальное отвержение детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в школьной системе».

Исследователи обязаны информировать Локальный Этический Комитет о любых предполагаемых изменениях в протоколе заранее и предоставлять необходимые документы для рассмотрения, за исключением тех случаев, когда подобные изменения необходимы для немедленного предотвращения вреда для участников исследования. Также, о любых серьезных и неожиданных неблагоприятных событиях или других осложнениях, представляющих риск для субъектов исследования, должно быть доложено Локальному Этическому Комитету в кратчайшие сроки.

Заявки на продление одобрения должны подаваться не позднее 30 дней до даты истечения срока одобрения данного исследования.

Председатель ЛЭК МФЗ

Г.М. Усатаева

00284

«АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ
БІЛІМ БАСҚАРМАСЫ»
КОММУНАЛДЫҚ МЕМЛЕКЕТТІК
МЕКЕМЕСІ



КОММУНАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
«УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
ГОРОДА АЛМАТЫ»

050001, Алматы қ., Республика алаңы, 4
тел.: 8 (727) 271-65-09, факс: 8 (727) 262-34-82
e-mail: dep@edualmaty.kz

050001, г. Алматы, площадь Республика, 4
тел.: 8 (727) 271-65-09, факс: 8 (727) 262-34-82
e-mail: dep@edualmaty.kz

04.02.2019 № 03-2/459

Казахский Национальный
Университет им.Аль-Фараби

Факультет философии и политологии

На письмо № 20-94-23
от 17 января 2019 г.

Управление образования города Алматы сообщает, что информация касательно проведения исследования социальной адаптации детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности направлена в районные отделы образования и организации среднего образования для сведения.

Вопросы проведения исследований просим согласовывать непосредственно с директорами организаций среднего образования.

Заместитель руководителя

Л.Жылкыбаева

Испол: А.Казбеккызы
Тел: 2623813

006334

Информированное согласие

Информация для участника исследования

Уважаемый участник!

Вам предлагается принять участие в исследовании под названием «**Социальная адаптация детей с СДВГ**». Участие в исследовании, исключительно добровольное и каждый участник имеет право прекратить участие в любой момент.

Исследование проводит магистр педагогики и психологии, докторант, Мустафина Айгуль Сергеевна, под руководством кандидата социологических наук, Амитова Султана Абдукадыровича.

Целью исследования является выявление защитных механизмов, которые помогают детям с СДВГ успешно адаптироваться в среде сверстников.

Ваше участие будет заключаться в следующем:

Заполнение 3 опросников и 1 анкеты.

Примерное время заполнения 25-30 минут.

Исследователь при получении добровольного согласия планирует провести с родителями (или с одним из родителей):

Опрос об особенностях детско-родительских отношений.

Опрос о социальной поддержке, которую Вы получаете.

Опрос об активности Ваших детей во внеурочное время.

Участие Вашего ребенка будет заключаться в следующем:

Проведение опроса Вашего ребенка и детей его класса с целью изучения его отношений с одноклассниками. Цель и результаты опроса разглашаться не будет.

Примерное время заполнения 10 минут.

Контактные адреса и телефоны, по которым участник может получить дополнительную информацию.

Исследователь, кандидат социологических наук – Амитов Султан Абдукадырович

Исследователь, докторант – Мустафина Айгуль Сергеевна

Электронная почта: aigul_m5@mail.ru

Телефон: 87775464235

Исследователи гарантируют использование информации в сугубо научных целях и обобщенном виде без указания личных данных.

**Информированное согласие родителя/ попечителя
на участие в исследования детей (до 14 лет)**

Я, _____ (Ф.И.О.)
являясь родителем/попечителем ребенка _____ (Ф.И.О.)
получил(а) полную информацию о научном исследовании, и согласен(а) на участие в нем
моего ребенка.
Я получил(а) информацию о целях и сущности исследования.
Я имел(а) возможность обсудить с исследователем все интересующие меня вопросы и
удовлетворен(а) полученными ответами.
Я имел(а) достаточно времени, чтобы принять решение об участии в исследовании.
Я извещен(а), что имею право отказаться от участия в исследовании или в любой момент
прекратить участие в данном исследовании без объяснения причин.
Подписывая форму Информированного согласия, я даю разрешение на использование
результатов обследования моего ребенка для научного исследования.
Я информирован и согласен, что данные обследования моего ребенка будут обработаны в
общей совокупности данных и не будут отражены в публикации отдельно при полном
соблюдении конфиденциальности.

Ф.И.О. участника исследования (печатными буквами)

Дата _____

Подпись участника

к.соц.н. Амитов Султан Абдукадырович

ФИО исследователя

Дата _____

Подпись

докторант Мустафина Айгуль Сергеевна

ФИО исследователя

Дата _____

Подпись

Информированное согласие участника исследования

Я, _____ получил(а) полную информацию о научном исследовании, и я согласен(а) в нем участвовать.

Я получил(а) информацию о целях и сущности исследования.

Я имел(а) возможность обсудить с исследователем все интересующие меня вопросы и удовлетворен(а) полученными ответами.

Я имел(а) достаточно времени, чтобы принять решение об участии в исследовании.

Я извещен(а), что имею право отказаться от участия в исследовании или в любой момент прекратить участие в данном исследовании без объяснения причин.

Подписывая форму Информированного согласия, я даю разрешение на использование результатов моего обследования для научного исследования.

Я информирован и согласен, что данные моего обследования будут обработаны в общей совокупности данных и не будут отражены в публикации отдельно при полном соблюдении конфиденциальности.

Ф.И.О. участника исследования (печатными буквами)

Дата _____

Подпись участника

к.соц.н. Амитов Султан Абдукадырович

ФИО исследователя

Дата _____

Подпись

докторант Мустафина Айгуль Сергеевна

ФИО исследователя

Дата _____

Подпись

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

План психообразовательной беседы

Цель: расширение знаний родителей о СДВГ и способах поддержки их в семье и в школе.

1. Типы СДВГ (преимущественно дефицит внимания, преимущественно гиперактивность и импульсивность, дефицит внимания с гиперактивностью/импульсивностью).
2. Диагностические симптомы в соответствии с Международной классификацией болезней. Проявление симптомов СДВГ в школе и дома.
3. Забота о детях с СДВГ. Создание атмосферы дома. Создание условий для выполнения домашнего задания. Режим дня. Место для занятий в комнате. Поощрение. Восприятие нежелательного поведения.
4. Как помочь ребенку адаптироваться в школьной среде? Взаимодействие с учителем.
5. Поощрение сильных сторон и интересов детей. Развитие активности и участие в досуговой деятельности. Создание возможностей для позитивных отношений.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Инструменты измерения

Опросник «Сильные стороны и трудности» (SDQ)

Пожалуйста, по каждому утверждению сделайте отметку в соответствующем квадратике: “Неверно”, “Отчасти верно” или “Верно”. Постарайтесь ответить на каждый вопрос как можете, даже если Вы не полностью уверены в ответе или вопрос кажется Вам странным. В своих ответах основывайтесь на поведении ребенка за последние шесть месяцев или за текущий учебный год.

Имя и фамилия ребенка

	Неверно	Отчасти верно	Верно
Внимателен/ьна к чувствам других людей			
Неугомонный/ая, слишком активный/ая, не может долго оставаться спокойным/ой			
Часто жалуется на головные боли, боли в животе, тошноту			
Охотно делится с другими детьми (угощением, игрушками, карандашами и т.д.)			
Часто испытывает состояние повышенного раздражения, гнева			
Склонен/на к уединению, часто играет один/на			
Обычно послушен/на, подчиняется требованиям взрослых			
Часто выглядит беспокойным/ой, озабоченным/ой			
Пытается помочь, если кто-нибудь расстроен, обижен или болен			
Постоянно ерзает и вертится			
Имеет по крайней мере одного хорошего друга			
Часто дерется с другими детьми или задирает их			
Часто чувствует себя несчастным/ой, унылым/ой, готов/а расплакаться			
Обычно нравится другим детям			
Легко отвлекается, внимание рассеянное			
В новой обстановке нервозный/а, надоедливый/а, легко теряет уверенность			
Добр/а к младшим детям			
Часто врет, обманывает			
Другие дети дразнят или задирают его/ее			
Часто вызываете помочь другим (родителям, учителям, детям)			
Хорошенько подумает, прежде чем действовать			
Крадет вещи из дома, из школы, из других мест			
Более успешные отношения со взрослыми, чем с детьми			
Характерны страхи, легко пугается			
Выполняет задания от начала до конца, внимателен/ьна и сосредоточен/а			
Есть ли у Вас еще какие-то замечания или проблемы?			

В целом, считаете ли Вы, что у Вашего ребенка имеются трудности в одной или нескольких из следующих областей: настроение, внимание, поведение, отношения с другими людьми?

Нет	Да – небольшие трудности	Да – определенные трудности	Да – серьезные трудности

Если Вы ответили «Да», пожалуйста, ответьте на следующие вопросы об этих трудностях:
Как давно эти трудности появились?

Менее месяца	1-5 месяцев	6-12 месяцев	Более года

Эти трудности расстраивают и огорчают Вашего ребенка?

Ничуть	Только немного	Довольно сильно	Очень сильно

Эти трудности мешают в повседневной жизни Вашего ребенка в следующих сферах?

	Ничуть	Только немного	Довольно сильно	Очень сильно
Домашняя жизнь				
Дружеские отношения				
Учеба в школе				
Занятия в свободное время				

Эти трудности обременяют Вас или семью в целом?

Ничуть	Только немного	Довольно сильно	Очень сильно

Подпись Дата

Большое спасибо за участие!

Student-Teacher Relationship Scale (STRS-SF)

STRS Student-Teacher Relationship Scale Response Form

Teacher's Name: _____ Gender: M F Ethnicity: _____ Date: __/__/__

Child's Name: _____ Grade: __ Gender: M F Ethnicity: _____ Age: _____

Please reflect on the degree to which each of the following statements currently applies to your relationship with this child. Using the point scale below, CIRCLE the appropriate number for each item. If you need to change your answer, DO NOT ERASE! Make an X through the incorrect answer and circle the correct answer.

	1	2	3	4	5
	Definitely does not apply	Does not really apply	Neutral, not sure	Applies somewhat	Definitely applies
1. I share an affectionate, warm relationship with this child.	1	2	3	4	5
2. This child and I always seem to be struggling with each other.	1	2	3	4	5
3. If upset, this child will seek comfort from me.	1	2	3	4	5
4. This child is uncomfortable with physical affection or touch from me.	1	2	3	4	5
5. This child values his/her relationship with me.	1	2	3	4	5
6. When I praise this child, he/she beams with pride.	1	2	3	4	5
7. This child spontaneously shares information about himself/herself.	1	2	3	4	5
8. This child easily becomes angry with me.	1	2	3	4	5
9. It is easy to be in tune with what this child is feeling.	1	2	3	4	5
10. This child remains angry or is resistant after being disciplined.	1	2	3	4	5
11. Dealing with this child drains my energy.	1	2	3	4	5
12. When this child is in a bad mood, I know we're in for a long and difficult day.	1	2	3	4	5
13. This child's feelings toward me can be unpredictable or can change suddenly.	1	2	3	4	5
14. This child is sneaky or manipulative with me.	1	2	3	4	5
15. This child openly shares his/her feelings and experiences with me.	1	2	3	4	5

Шкала отношений «Ученик-Учитель» (STRS-SF)

Ф.И.О. учителя: _____ Ваш пол.: _____
 Ваш возраст _____ Ваш педагогический стаж _____
 Ф.И. ученика: _____ Класс _____

Пожалуйста, подумайте, в какой степени каждое из следующих утверждений в настоящее время соответствует вашим отношениям с этим ребенком. Используя шкалу баллов, обведите соответствующий номер для каждого утверждения. Если вам нужно изменить свой ответ, НЕ УДАЛЯЙТЕ! Зачеркните неправильный ответ и обведите правильный ответ.

1 Определенно не применимо		2 Не всегда применимо		3 Неопределенно, не уверен		4 Применимо в какой-то мере		5 Определенно применимо		
1	Я разделяю нежные и теплые отношения с этим ребенком.					1	2	3	4	5
2	Кажется, что этот ребенок и я всегда боремся друг с другом.					1	2	3	4	5
3	Если ребенок расстроен, он будет искать поддержку от меня.					1	2	3	4	5
4	Этот ребенок чувствует дискомфорт если я нечаянно коснусь его					1	2	3	4	5
5	Этот ребенок ценит отношения со мной.					1	2	3	4	5
6	Когда я хвалю этого ребенка, он/она сияет от гордости.					1	2	3	4	5
7	Этот ребенок спонтанно делится со мной информацией о себе.					1	2	3	4	5
8	Этот ребенок легко начинает злиться на меня.					1	2	3	4	5
9	Я могу легко понять, что чувствует этот ребенок.					1	2	3	4	5
10	Этот ребенок остается рассерженным или сопротивляющимся после дисциплинарного замечания.					1	2	3	4	5
11	Общение с этим ребенком истощает мою энергию.					1	2	3	4	5
12	Когда у этого ребенка плохое настроение, я знаю, что у нас долгий и трудный день.					1	2	3	4	5
13	Чувства этого ребенка ко мне могут быть непредсказуемыми или могут неожиданно меняться.					1	2	3	4	5
14	Этот ребенок нечестный или манипулирует мной.					1	2	3	4	5
15	Этот ребенок открыто делится своими чувствами и переживаниями со мной.					1	2	3	4	5

Опросник родительского принятия-отвержения (PARQ): Родитель

Имя _____

Дата _____

Отношение к ребенку (например, отец, мать)

На последующих страницах приведен ряд утверждений, описывающих то, как различные родители иногда действуют по отношению к своим детям. Прочтите каждое утверждение внимательно и подумайте, насколько точно оно описывает то, как Вы обращаетесь со своим ребенком. Отвечайте быстро, по своему первому ощущению, и сразу переходите к следующему пункту. Не задерживайтесь ни на одном вопросе.

Справа от каждого утверждения Вы видите четыре квадратика. Если утверждение *в основном* соответствует тому, как Вы относитесь к своему ребенку, тогда спросите себя, «Происходит так почти *всегда?*» или «так бывает только *иногда?*». Если Вы думаете, что почти всегда относитесь так к своему ребенку, поставьте X в квадратике ПОЧТИ ВСЕГДА ВЕРНО, если утверждение иногда справедливо по отношению к тому, как Вы обращаетесь со своим ребенком, тогда отметьте знаком X квадратик ИНОГДА ВЕРНО. Если Вы чувствуете, что утверждение *в целом неверно* по отношению к тому, как Вы поступаете со своим ребенком, тогда спросите себя «Так бывает *редко?*» или «Почти *никогда?*». Если Вы так поступаете редко, поставьте значок X в квадратике «РЕДКО ВЕРНО»; если Вам кажется, что Вы почти никогда не поступаете так, то отметьте квадратик «ПОЧТИ НИКОГДА НЕ ВЕРНО».

Помните, не существует правильных или неправильных ответов для любого из утверждений, так что будьте откровенными насколько сможете. Давайте ответ по каждому утверждению на основании того, как Вы делаете на самом деле, а не того, как Вы хотели бы поступать. Например, если Вы почти всегда обнимаете и целуете своего ребенка, когда он ведет себя хорошо, Вам нужно отметить так:

	Я	ВЕРНО		НЕВЕРНО	
		<i>Почти всегда верно</i>	<i>Иногда верно</i>	<i>Редко верно</i>	<i>Почти никогда не верно</i>
	Обнимаю и целую моего ребенка, когда он(а) ведет себя хорошо	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Я		ВЕРНО ПРО МЕНЯ		НЕВЕРНО ПРО МЕНЯ	
		<i>Почти всегда верно</i>	<i>Иногда верно</i>	<i>Редко верно</i>	<i>Почти никогда не верно</i>
1.	Я говорю о моем ребенке приятные слова	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Я ворчу или ругаю своего ребенка, когда он плохо себя ведет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Я не обращаю внимания на своего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Я спрашиваю себя, люблю ли я своего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Я обсуждаю со своим ребенком бытовые вопросы и выслушиваю то, что у него есть сказать на этот счет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Я жалуюсь на своего ребенка другим, когда он не слушается меня.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Мне действительно интересен мой ребенок	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Я хочу, чтобы к моему ребенку приходили друзья, и я стараюсь сделать так, чтобы им было у нас хорошо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Я подшучиваю над своим ребенком	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Я не обращаю на своего ребенка внимания до тех пор, пока он не достанет меня	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Когда сержусь, я кричу на своего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Я делаю так, чтобы моему ребенку было легко доверять мне	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Я бываю груб(а) со своим ребенком	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Я рад(а), когда ребенок рядом со мной	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Я стараюсь, чтобы ребенок чувствовал гордость, когда хорошо поступает или удачно что-то делает	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Я шлепаю своего ребенка, даже если он этого не заслужил	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Я могу забыть о том, что мне полагалось сделать для моего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Мой ребенок для меня большая обуза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Я хвалю своего ребенка другим	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Когда сержусь, я жестоко наказываю своего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Я забочусь о правильном питании своего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Я разговариваю со своим ребенком с теплотой и любовью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Я легко раздражаюсь на своего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24.	Я слишком занят(а) для того, чтобы отвечать на вопросы своего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Я недоволен своим ребенком	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Когда мой ребенок этого заслуживает, я говорю ему приятное	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Я раздражаюсь и бываю несдержан(а) со своим ребенком	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Мне безразлично, с кем дружит мой ребенок	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Меня по-настоящему интересует, чем занимается мой ребенок	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Я говорю своему ребенку много недоброго	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Когда мой ребенок просит о помощи, я не обращаю на него внимания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Я считаю, что когда мой ребенок попадает в беду, он сам в этом виноват	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Я стараюсь дать своему ребенку почувствовать себя желанным и нужным	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Я говорю своему ребенку, что он действует мне на нервы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Я уделяю своему ребенку много внимания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Я говорю своему ребенку, как я им горжусь, когда он хорошо себя ведет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Я задеваю чувства своего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Я забываю о том, что мой ребенок считает важным и что, с его точки зрения, я должен(на) помнить	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Когда мой ребенок плохо себя ведет, я показываю, что не люблю его.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Я стараюсь дать почувствовать своему ребенку, что то, чем он занимается, является важным	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	Когда мой ребенок делает что-то не так, я запугиваю или угрожаю ему	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	Я люблю проводить время со своим ребенком	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	Я стараюсь помочь своему ребенку, когда ему страшно или он чем-то расстроен	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	Когда мой ребенок ведет себя неправильно, я могу пристыдить его в присутствии друзей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	Я избегаю общества своего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.	Я жалуюсь на своего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	Мне важно, что думает мой ребенок, и я поощряю его говорить об этом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48.	Мне кажется, что другие дети лучше, чем мой ребенок	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.	Когда строю планы, я принимаю во внимание пожелания своего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.	Я позволяю своему ребенку поступать так, как он считает важным, даже если это мне трудно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.	Когда мой ребенок ведет себя неправильно, я сравниваю его с другими детьми не в его пользу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.	Я охотно оставляю ребенка на попечение соседей или родственников	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.	Я могу сказать ребенку, что он мне не нужен	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54.	Мне интересно, чем занимается мой ребенок	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55.	Я стараюсь поднять настроение своему ребенку, когда его обидели или он болен	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.	Когда мой ребенок ведет себя неправильно, я говорю ему, что мне стыдно за него	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57.	Я даю своему ребенку понять, что люблю его	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58.	Я отношусь к своему ребенку с нежностью и добротой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59.	Когда мой ребенок плохо себя ведет, я делаю так, чтобы ему стало стыдно или он почувствовал себя виноватым	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.	Я стараюсь сделать своего ребенка счастливым	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Шкала внеурочной активности

Дорогой родитель! *Пожалуйста ответь на несколько вопросов относительно внеурочной активности Вашего ребенка.*

Как часто Ваш ребенок принимает участие в различных видах **физической деятельности**?

	<i>Никогда</i>	<i>Иногда</i>	<i>Часто</i>	<i>Постоянно</i>
Посещает секции по <i>командным видам</i> спорта: футбол, хоккей, баскетбол, гребля и т.д.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Посещает секции по <i>индивидуальным видам</i> спорта: аэробика, легкая атлетика, бег, триатлон, плавание, гимнастика, велоспорт, лыжное двоеборье и лыжные гонки, единоборства и т. д.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Увлекается и занимается спортом <i>без посещения организованных занятий</i> , секций и кружков: катание на коньках, бег трусцой, езда на велосипеде и т. д.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Как часто Ваш ребенок принимает участие в различных видах **творческой деятельности**?

	<i>Никогда</i>	<i>Иногда</i>	<i>Часто</i>	<i>Постоянно</i>
Посещает кружки творческой <i>групповой деятельности</i> : оркестр, хор, музыкальная группа, театральные кружки и т.д.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Посещает кружки творческой <i>индивидуальной деятельности</i> : уроки игры на музыкальных инструментах, кулинарные занятия, уроки рисования/искусства, уроки пения и т.д.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Занимается различными творческими увлечениями (хобби) <i>без посещения организованных занятий</i> : живопись, игра на инструментах, чтение, кулинария, разработка web-страниц, робототехника и т. д.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Как часто Ваш ребенок принимает участие в различных видах **социальной деятельности**?

	<i>Никогда</i>	<i>Иногда</i>	<i>Часто</i>	<i>Постоянно</i>
Участвует в детских <i>общественных объединениях</i> : детские объединения «Жас Қыран» и «Жас Ұлан», молодежные группы и т.д.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Проявляет <i>индивидуальную активность в классе и школе во внеурочное время</i> : выступает на мероприятиях класса и школы, выполняет общественную работу в классе (роль дежурного, староста, поливка цветов и т.д.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Проявляет заботу об окружающих людях и животных; помогает соседям, родственникам, младшим детям во дворе; кормит и заботится о бездомных животных и т.д.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Perceived Social Support Scale (PSS)

Family subscale

Which member of your family is most helpful to you?

- (a) parents
- (b) siblings
- (c) spouse
- (d) children
- (e) other (please specify)

How helpful is your family in tackling your present difficulty?

- (a) very helpful
- (b) rather helpful
- (c) slightly helpful
- (d) not helpful at all

In view of your present situation, your family members may provide you with different kinds of helps and support. How satisfied are you toward their support?

- 1 = very dissatisfied
- 2 = dissatisfied
- 3 = satisfied
- 4 = very satisfied

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| (a) provide you with information on ADHD. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (b) share your problem and render you emotional support. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (c) offer you tangible helps. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (d) accompany you whenever you are in need of it. | 1 | 2 | 3 | 4 |

As a whole, are you satisfied with the help and support provided by your family?

At present, what kinds of help do you wish most to receive from your family? How about your second wish? How about your third wish?

- (i) _____
- (ii) _____
- (iii) _____

Below is a list of activities that some persons may wish their family to help them while others may not wish so. What is your opinion?

- 4 = strongly desired 3 = moderately desired
- 2 = slightly desired 1 = not desired at all

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| (a) provide you with information on ADHD. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (b) share your problem and render you emotional support. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (c) offer you tangible helps. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (d) accompany you whenever you are in need of it. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Friends Subscale

In view of your present situation, your friends may provide you with different kinds of helps and support. How satisfied are you toward their helps and support?

1 = very dissatisfied

2 = dissatisfied

3 = satisfied

4 = very satisfied

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| (a) provide you with information on ADHD. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (b) share your problem and render you emotional support. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (c) offer you tangible helps. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (d) accompany you whenever you are in need of it. | 1 | 2 | 3 | 4 |

As a whole, how satisfied are you toward the help of your friends?

At present, what kinds of help do you wish most to receive from your friends? How about your second wish? How about your third wish?

- (i) _____
- (ii) _____
- (iii) _____

Below is a list of activities that some persons may wish their friends to help them while others may not wish so. What is your opinion?

4 = strongly desired 3 = moderately desired

2 = slightly desired 1 = not desired at all

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| (a) provide you with information on ADHD. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (b) share your problem and render you emotional support. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (c) offer you tangible helps. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (d) accompany you whenever you are in need of it. | 1 | 2 | 3 | 4 |

How helpful are your friends in tackling your present difficulty?

(a) very helpful

(b) rather helpful

(c) slightly helpful

(d) not helpful at all

School Subscale

In view of your present situation, your child's school or teachers may provide you with different kinds of helps and support. How satisfied are you toward their helps and support?

1 = very dissatisfied

2 = dissatisfied

3 = satisfied

4 = very satisfied

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| (a) provide you with information on ADHD. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (b) share your problem and render you emotional support. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (c) offer you tangible helps. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (d) accompany you whenever you are in need of it. | 1 | 2 | 3 | 4 |

As a whole, how satisfied are you toward the help of school or teachers?

At present, what kinds of help do you wish most to receive from your child's school or teachers? How about your second wish? How about your third wish?

- (i) _____
(ii) _____
(iii) _____

Below is a list of activities that some persons may wish their child's school or teachers to help them while others may not wish so. What is your opinion?

4 = strongly desired 3 = moderately desired
2 = slightly desired 1 = not desired at all

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| (a) provide you with information on ADHD. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (b) share your problem and render you emotional support. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (c) offer you tangible helps. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (d) accompany you whenever you are in need of it. | 1 | 2 | 3 | 4 |

How helpful are school or teachers in tackling your present difficulty?

- (a) very helpful
(b) rather helpful
(c) slightly helpful
(d) not helpful at all

Medical Subscale

In view of your present situation, your hospital or doctors may provide you with different kinds of helps and support. How satisfied are you toward their helps and support?

1 = very dissatisfied
2 = dissatisfied
3 = satisfied
4 = very satisfied

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| (a) provide you with information on ADHD. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (b) share your problem and render you emotional support. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (c) offer you tangible helps. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (d) accompany you whenever you are in need of it. | 1 | 2 | 3 | 4 |

As a whole, how satisfied are you toward the help of hospital or doctors?

At present, what kinds of help do you wish most to receive from your hospital or doctors? How about your second wish? How about your third wish?

- (i) _____
(ii) _____
(iii) _____

Below is a list of activities that some persons may wish their hospital or doctors to help them while others may not wish so. What is your opinion?

4 = strongly desired 3 = moderately desired
2 = slightly desired 1 = not desired at all

- (a) provide you with information on ADHD. 1 2 3 4
- (b) share your problem and render you emotional support. 1 2 3 4
- (c) offer you tangible helps. 1 2 3 4
- (d) accompany you whenever you are in need of it. 1 2 3 4

How helpful are hospital or doctors in tackling your present difficulty?

- (a) very helpful
- (b) rather helpful
- (c) slightly helpful
- (d) not helpful at all

Service Subscale

In view of your present situation, social service organizations may provide you with different kinds of helps and support. How satisfied are you toward their helps and support?

1 = very dissatisfied
2 = dissatisfied
3 = satisfied
4 = very satisfied

- (a) provide you with information on ADHD. 1 2 3 4
- (b) share your problem and render you emotional support. 1 2 3 4
- (c) offer you tangible helps. 1 2 3 4
- (d) accompany you whenever you are in need of it. 1 2 3 4

As a whole, how satisfied are you toward the help of social service organizations?

At present, what kinds of help do you wish most to receive from social service organizations? How about your second wish? How about your third wish?

- (i) _____
- (ii) _____
- (iii) _____

Below is a list of activities that some persons may wish social service organizations to help them while others may not wish so. What is your opinion?

4 = strongly desired 3 = moderately desired
2 = slightly desired 1 = not desired at all

- (a) provide you with information on ADHD. 1 2 3 4
- (b) share your problem and render you emotional support. 1 2 3 4
- (c) offer you tangible helps. 1 2 3 4
- (d) accompany you whenever you are in need of it. 1 2 3 4

How helpful are social service organizations in tackling your present difficulty?

- (a) very helpful
- (b) rather helpful
- (c) slightly helpful
- (d) not helpful at all

Шкала воспринимаемой социальной поддержки (PSS)

О семье

Кто из членов семьи больше всего оказывает Вам помощь?

- (а) родители
- (б) братья и сестра
- (в) супруг
- (г) дети
- (д) другие (пожалуйста укажите) _____

Насколько полезна ваша семья в решении ваших нынешних трудностей?

- (а) очень полезна
- (б) довольно полезна
- (в) немного полезна
- (г) совсем неполезна

С учетом вашей нынешней ситуации члены вашей семьи могут оказывать вам различные виды помощи и поддержки. Насколько Вы удовлетворены их поддержкой?

	очень доволен	доволен	недоволен	очень недоволен
(а) предоставляют Вам информацию о СДВГ	4	3	2	1
(б) разделяют Вашу проблему и оказывают Вам эмоциональную поддержку	4	3	2	1
(в) предлагают вам прямую непосредственную помощь	4	3	2	1
(г) сопровождает Вас, когда Вы в этом нуждаетесь	4	3	2	1

В настоящее время, какую помощь Вы бы хотели получить от своей семьи? Как насчет вашего второго желания? Как насчет вашего третьего желания?

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____

Ниже приводятся виды помощи, которые некоторые хотели бы получить от своей семьи, а некоторые нет. Каково Ваше мнение?

	крайне желательно	умеренно желательно	немного желательно	совсем не желательно
(а) предоставляют Вам информацию о СДВГ	4	3	2	1
(б) разделяют Вашу проблему и оказывают Вам эмоциональную поддержку	4	3	2	1

(в) предлагают вам прямую непосредственную помощь	4	3	2	1
(г) сопровождает Вас, когда Вы в этом нуждаетесь	4	3	2	1

О друзьях

С учетом вашей нынешней ситуации ваши друзья могут оказывать вам различные виды помощи и поддержки. Насколько вы удовлетворены их помощью и поддержкой?

	очень доволен	доволен	недоволен	очень недоволен
(а) предоставляют Вам информацию о СДВГ	4	3	2	1
(б) разделяют Вашу проблему и оказывают Вам эмоциональную поддержку	4	3	2	1
(в) предлагают вам прямую непосредственную помощь	4	3	2	1
(г) сопровождает Вас, когда Вы в этом нуждаетесь	4	3	2	1

В настоящее время какую помощь вы хотели бы получить от своих друзей? Как насчет вашего второго желания? Как насчет вашего третьего желания?

- (1) _____
(2) _____
(3) _____

Ниже приводится виды помощи, которые некоторые хотели бы получить от своих друзей, а некоторые нет. Каково Ваше мнение?

	крайне желательно	умеренно желательно	немного желательно	совсем не желательно
(а) предоставляют Вам информацию о СДВГ	4	3	2	1
(б) разделяют Вашу проблему и оказывают Вам эмоциональную поддержку	4	3	2	1
(в) предлагают вам прямую непосредственную помощь	4	3	2	1
(г) сопровождает Вас, когда Вы в этом нуждаетесь	4	3	2	1

Насколько полезны ваши друзья в решении ваших нынешних трудностей?

- (а) очень полезны
(б) довольно полезны
(в) немного полезны
(г) совсем неполезны

О школе

С учетом вашей нынешней ситуации школа или учителя вашего ребенка могут оказывать вам различные виды помощи и поддержки. Насколько вы удовлетворены их помощью и поддержкой?

	очень доволен	доволен	недоволен	очень недоволен
(а) предоставляют Вам информацию о СДВГ	4	3	2	1
(б) разделяют Вашу проблему и оказывают Вам эмоциональную поддержку	4	3	2	1
(в) предлагают вам прямую непосредственную помощь	4	3	2	1
(г) сопровождает Вас, когда Вы в этом нуждаетесь	4	3	2	1

В настоящее время, какую помощь вы хотели бы получить больше всего от школы или учителей вашего ребенка? Как насчет вашего второго желания? Как насчет вашего третьего желания?

- (1) _____
(2) _____
(3) _____

Ниже приводятся виды помощи, которые некоторые хотели бы получить от школы и учителя своего ребенка, а некоторые нет. Каково Ваше мнение?

	крайне желательно	умеренно желательно	немного желательно	совсем не желательно
(а) предоставляют Вам информацию о СДВГ	4	3	2	1
(б) разделяют Вашу проблему и оказывают Вам эмоциональную поддержку	4	3	2	1
(в) предлагают вам прямую непосредственную помощь	4	3	2	1
(г) сопровождает Вас, когда Вы в этом нуждаетесь	4	3	2	1

Насколько полезны школа или учителя в решении ваших нынешних трудностей?

- (а) очень полезны
(б) довольно полезны
(в) немного полезны
(г) совсем не полезны

О медицине

С учетом вашей нынешней ситуации ваша больница или врачи могут оказывать вам различные виды помощи и поддержки. Насколько вы удовлетворены их помощью и поддержкой?

	очень доволен	доволен	недоволен	очень недоволен
(а) предоставляют Вам информацию о СДВГ	4	3	2	1
(б) разделяют Вашу проблему и оказывают Вам эмоциональную поддержку	4	3	2	1
(в) предлагают вам прямую непосредственную помощь	4	3	2	1
(г) сопровождает Вас, когда Вы в этом нуждаетесь	4	3	2	1

В настоящее время какую помощь вы хотели бы получить в больнице или у врачей? Как насчет вашего второго желания? Как насчет вашего третьего желания?

- (1) _____
(2) _____
(3) _____

Ниже приводятся виды помощи, которые некоторые хотели бы получить от больницы и врачей своего ребенка, а некоторые нет. Каково Ваше мнение?

	крайне желательно	умеренно желательно	немного желательно	совсем не желательно
(а) предоставляют Вам информацию о СДВГ	4	3	2	1
(б) разделяют Вашу проблему и оказывают Вам эмоциональную поддержку	4	3	2	1
(в) предлагают вам прямую непосредственную помощь	4	3	2	1
(г) сопровождает Вас, когда Вы в этом нуждаетесь	4	3	2	1

Насколько полезны больница или врачи в решении ваших нынешних проблем?

- (а) очень полезны
(б) довольно полезны
(в) немного полезны
(г) совсем неполезны

О социальном обслуживании

С учетом вашей нынешней ситуации организации социального обслуживания могут предоставлять вам различные виды помощи и поддержки. Насколько вы удовлетворены их помощью и поддержкой?

	очень доволен	доволен	недоволен	очень недоволен
(а) предоставляют Вам информацию о СДВГ	4	3	2	1
(б) разделяют Вашу проблему и оказывают Вам эмоциональную поддержку	4	3	2	1
(в) предлагают вам прямую непосредственную помощь	4	3	2	1
(г) сопровождает Вас, когда Вы в этом нуждаетесь	4	3	2	1

В настоящее время какую помощь вы хотели бы получить от организаций социального обслуживания? Как насчет вашего второго желания? Как насчет вашего третьего желания?

- (1) _____
 (2) _____
 (3) _____

Ниже приводится виды помощи, которые некоторые хотели бы получить от организаций социального обслуживания, а некоторые нет. Каково Ваше мнение?

	крайне желательно	умеренно желательно	немного желательно	совсем не желательно
(а) предоставляют Вам информацию о СДВГ	4	3	2	1
(б) разделяют Вашу проблему и оказывают Вам эмоциональную поддержку	4	3	2	1
(в) предлагают вам прямую непосредственную помощь	4	3	2	1
(г) сопровождает Вас, когда Вы в этом нуждаетесь	4	3	2	1

Насколько полезны социальные службы в решении ваших нынешних проблем?

- (а) очень полезны
 (б) довольно полезны
 (в) немного полезны
 (г) совсем неполезны

Анкета

Уважаемые родители просим Вас ответить на несколько вопросов о Вас и Вашем ребенке.

Ваше имя: _____
E-mail: _____ Ваш контактный телефон: _____
Имя ребенка: _____ Возраст ребенка: _____
Класс: _____ Национальность ребенка _____

Ваш ребенок когда-либо меняли школу обучения ребенка?

Да Нет

Если да, то сколько раз

один два три четыре пять и более

Ваш ребенок менял класс обучения ребенка в школе, в которой он обучается в настоящий момент?

Да Нет

Если да, то сколько раз

один два три четыре пять и более

Укажите пожалуйста Ваш пол

Муж Жен

Укажите пожалуйста Ваш возраст

<30 31–35 36–40 41–45 46–50 >51

Отметьте Ваш семейный статус

замужем/ женат разведен / разведена вдова / вдовец другое

Сколько детей в Вашей семье?

один два три четыре пять и более

Укажите Ваше образование

среднее среднеспециальное высшее другое

Отметьте вариант Вашей трудовой занятости

полный рабочий день неполный рабочий день безработный другое

Каков ежемесячный доход Вашей семьи?

меньше 120 тыс.тенге 120-139 тыс.тенге 140-159 тыс.тенге 160-199 тыс.тенге 200 -239 тыс.тенге больше 240 тыс.тенге

Благодарим Вас за участие в анкетировании!

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Результаты пилотного исследования

Таблица Г.1 - Социально-демографические характеристики участников пилотного исследования

Социально-демографические характеристики		Первая выборка		Вторая выборка		Третья выборка	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Возраст детей	6 -9 лет	47	57,3	13	61,9	12	61,9
	10-12 лет	35	42,6	8	38,1	8	38,1
Класс обучения	1	20	24,4	9	42,9	5	23,8
	2	26	31,8	3	14,3	4	19,0
	3	18	21,9	4	19,0	6	28,6
	4	18	21,9	5	23,8	6	28,6
Пол детей	Мужской	40	51,2	15	71,5	21	100
	Женский	42	48,8	6	28,5	0	0
Возраст родителей	<30	-	-	9	42,9	2	9,5
	31-35	-	-	7	33,3	5	23,8
	36-40	-	-	5	23,8	8	38,1
	41-45	-	-	0	0	3	14,3
	46-50	-	-	0	0	3	14,3
	>51	-	-	0	0	0	0
Пол родителей	Мужской	-	-	1	4,8	0	0
	Женский	-	-	20	95,2	21	100
Семейный статус	Замужем/женат	-	-	12	57,1	16	76,2
	Разведен/разведена	-	-	8	38,1	5	23,8
	Вдова/вдовец	-	-	0	0	0	0
	Другое	-	-	1	4,8	0	0
Количество детей в семье	1	-	-	8	38,1	6	28,6
	2	-	-	9	42,9	10	47,6
	3	-	-	3	14,2	3	14,3
	4	-	-	1	4,8	2	9,5
	5≥	-	-	0	0	0	0
Образование родителей	Среднее образование	-	-	3	14,3	3	14,3
	Среднеспециальное образование	-	-	7	33,3	6	28,6
	Высшее образование	-	-	11	52,4	12	57,1
	Другое	-	-	0	0	0	0
Трудовая занятость родителей	Полный рабочий день	-	-	19	90,5	15	71,5
	Неполный рабочий день	-	-	1	4,8	2	9,5
	Безработный	-	-	1	4,8	4	19,0
	Другое	-	-	0	0	0	0
Ежемесячный доход семьи	< 120 000 тенге	-	-	3	14,3	6	28,6
	121 000 – 139 000 тенге	-	-	3	14,3	2	9,5
	140 000 – 159 000 тенге	-	-	5	23,8	1	4,8

	160 000 – 199 000 тенге	-	-	6	28,6	1	4,8
	200 000 – 239 000 тенге	-	-	4	19,0	3	14,3
	> 240 000 тенге	-	-	0	0	8	38,1
Пол учителя	Мужской	0	0	-	-	-	-
	Женский	21	100	-	-	-	-
Возраст учителя	<30	2	9,6	-	-	-	-
	31–35	6	28,6	-	-	-	-
	36–40	1	4,7	-	-	-	-
	41–45	4	19,0	-	-	-	-
	46–50	5	23,8	-	-	-	-
	>51	3	14,3	-	-	-	-
Педагогический стаж учителя	До 5 лет	2	9,6	-	-	-	-
	5-10 лет	4	19,1	-	-	-	-
	11-15 лет	5	23,9	-	-	-	-
	16-21 лет	6	28,3	-	-	-	-
	Больше 21 года	4	19,1	-	-	-	-

Таблица Г.2 - Описательная статистика результатов пилотного исследования

Шкалы / Субшкалы	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Шкала отношений учитель-ученик (Student-Teacher Relationship Scale – Short Form)					
Конфликт	82	18,21	5,64	9	30
Близость	82	26,99	6,71	15	40
Шкала внеурочной активности					
Спорт	21	2,00	0,72	1,00	3,33
Творчество	21	1,57	0,53	1,00	2,67
Социальная активность	21	1,70	0,49	1,00	2,67
Шкала восприятия социальной поддержки (Perceived Social Support Scale)					
ВП семьи	21	2,13	0,67	1,00	3,40
ОП семьи	21	3,58	0,52	2,25	4,00
ВП друзей	21	2,23	0,64	1,00	3,80
ОП друзей	21	3,20	0,55	2,25	4,00
ВП школы	21	1,78	0,36	1,00	2,40
ОП школы	21	3,50	0,47	2,25	4,00
ВП медицины	21	1,88	0,77	1,00	3,60
ОП медицины	21	3,46	0,44	2,50	4,00

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Результаты основного исследования

Таблица Д.1 - Средняя интеркорреляция и коэффициент альфа Кронбаха измерительных инструментов

Шкалы/Подшкалы	Количество вопросов	Средняя интеркорреляция вопросов шкалы	Коэффициент альфа Кронбаха
Опросник сильных сторон и трудностей (SDQ)	25	0,40	0,71
Эмоциональные симптомы	5	0,36	0,73
Проблемы с поведением	5	0,38	0,67
Гиперактивность/Невнимательность	5	0,35	0,74
Проблемы со сверстниками	5	0,47	0,78
Просоциальное поведение	5	0,42	0,70
Шкала отношений ученик-учитель – краткая форма (STRS-SF)	15	0,45	0,76
Близость	8	0,40	0,85
Конфликт	7	0,51	0,86
Опросник родительского принятия-отвержения (PARQ)	60	0,48	0,73
Теплота/Привязанность	5	0,55	0,93
Враждебность/Агрессия	5	0,46	0,77
Безразличие/ Пренебрежение	5	0,46	0,60
Недифференцированное отвержение	5	0,43	0,67
Шкала внеурочной активности	9	0,41	0,71
Спорт	3	0,37	0,63
Творчество	3	0,45	0,71
Социальная активность	3	0,43	0,67
Шкала восприятия социальной поддержки (PSS)	32	0,47	0,80
ВП семьи	4	0,55	0,84
ОП семьи	4	0,46	0,72
ВП друзей	4	0,41	0,73
ОП друзей	4	0,40	0,72
ВП школы	4	0,42	0,71
ОП школы	4	0,53	0,70
ВП медицины	4	0,62	0,87
ОП медицины	4	0,41	0,69

Таблица Д.2 - Факторные нагрузки вопросов Опросника сильных сторон и трудностей (SDQ)

Матрица повернутых компонент					
	Компонента				
	1	2	3	4	5
B1 (SDQ)	-0,132	-0,217	0,522	-0,269	-0,033
B2 (SDQ)	-0,040	0,368	-0,051	0,102	0,466
B3 (SDQ)	0,011	-0,061	-0,022	0,682	0,092
B4 (SDQ)	0,011	-0,057	0,716	0,004	-0,024
B5 (SDQ)	0,687	0,000	-0,092	0,138	0,130
B6 (SDQ)	0,218	0,821	-0,064	-0,033	-0,084
B7 (SDQ)	0,603	0,102	0,148	0,278	-0,050
B8 (SDQ)	0,079	-0,098	-0,008	0,755	0,064
B9 (SDQ)	-0,046	-0,022	0,577	-0,313	0,010
B10 (SDQ)	0,243	0,331	0,131	-0,041	-0,400
B11 (SDQ)	0,210	0,835	-0,010	-0,024	0,213
B12 (SDQ)	0,633	0,247	-0,093	-0,031	-0,068
B13 (SDQ)	0,036	-0,073	-0,204	0,661	0,011
B14 (SDQ)	0,177	0,656	-0,095	0,045	0,367
B15 (SDQ)	0,352	0,162	-0,243	0,079	0,542
B16 (SDQ)	0,008	0,184	-0,267	0,642	-0,024
B17 (SDQ)	-0,185	0,051	0,701	-0,116	-0,045
B18 (SDQ)	0,609	0,104	-0,217	-0,196	-0,121
B19 (SDQ)	0,051	0,482	-0,084	-0,063	0,264
B20 (SDQ)	-0,377	0,048	0,484	-0,066	-0,046
B21 (SDQ)	0,396	0,332	-0,087	0,228	0,817
B22 (SDQ)	0,489	0,197	-0,397	-0,137	-0,026
B23 (SDQ)	-0,041	0,490	-0,008	0,044	0,120
B24 (SDQ)	0,064	0,215	-0,046	0,608	-0,121
B25 (SDQ)	0,469	-0,039	-0,220	0,155	0,870

Таблица Д.3 - Факторные нагрузки вопросов Шкалы отношений ученик-учитель – краткая форма (STRS-SF)

Матрица повернутых компонент		
	Компонента	
	1	2
B1 (STRS)	0,027	0,774
B2 (STRS)	0,657	-0,135
B3 (STRS)	-0,139	0,752
B4 (STRS)	0,431	0,441
B5 (STRS)	-0,029	0,666
B6 (STRS)	0,004	0,767
B7 (STRS)	-0,148	0,728
B8 (STRS)	0,755	-0,001
B9 (STRS)	-0,096	0,629
B10 (STRS)	0,761	-0,149
B11 (STRS)	0,716	-0,116
B12 (STRS)	0,817	0,047
B13 (STRS)	0,778	-0,090
B14 (STRS)	0,810	-0,095
B15 (STRS)	-0,166	0,745

Таблица Д.4 - Факторные нагрузки вопросов Опросника родительского принятия-отвержения (PARQ)

Матрица повернутых компонент				
	Компонента			
	1	2	3	4
B1 (PARQ)	0,613	0,031	-0,060	0,075
B2 (PARQ)	-0,054	0,428	0,385	0,218
B3 (PARQ)	-0,147	-0,234	0,500	0,036
B4 (PARQ)	-0,155	0,064	0,224	0,502
B5 (PARQ)	0,665	0,009	-0,024	0,165
B6 (PARQ)	-0,119	0,731	-0,097	0,123
B7 (PARQ)	-0,129	0,281	0,591	0,139
B8 (PARQ)	0,641	0,083	-0,198	0,044
B9 (PARQ)	-0,139	0,618	0,172	0,059
B10 (PARQ)	-0,069	0,365	0,426	-0,116
B11 (PARQ)	-0,181	0,272	0,137	0,474
B12 (PARQ)	0,723	-0,324	0,196	0,011
B13 (PARQ)	-0,101	0,489	0,154	0,196
B14 (PARQ)	-0,067	0,240	0,446	0,109
B15 (PARQ)	0,727	0,053	-0,257	-0,122
B16 (PARQ)	-0,325	0,452	0,121	0,102
B17 (PARQ)	0,047	0,676	-0,408	-0,174
B18 (PARQ)	-0,075	0,181	0,039	0,634
B19 (PARQ)	0,819	-0,209	0,070	0,011
B20 (PARQ)	-0,259	0,029	0,357	-0,071
B21 (PARQ)	0,028	0,535	0,406	-0,042
B22 (PARQ)	0,752	-0,116	0,017	-0,073
B23 (PARQ)	-0,114	0,413	0,548	-0,059
B24 (PARQ)	-0,202	0,238	0,006	0,107
B25 (PARQ)	-0,077	0,165	-0,036	0,605
B26 (PARQ)	0,729	0,083	-0,123	-0,155
B27 (PARQ)	-0,029	0,677	0,124	-0,165
B28 (PARQ)	-0,073	0,303	0,658	0,332
B29 (PARQ)	0,800	-0,203	0,244	-0,044
B30 (PARQ)	-0,050	0,612	-0,135	-0,380
B31 (PARQ)	0,021	-0,232	0,409	0,060
B32 (PARQ)	0,110	0,232	0,196	0,545
B33 (PARQ)	0,697	-0,249	0,175	-0,107
B34 (PARQ)	0,070	0,591	-0,307	-0,327
B35 (PARQ)	-0,062	-0,167	0,550	0,158
B36 (PARQ)	0,527	0,253	0,065	-0,361
B37 (PARQ)	-0,184	0,675	0,025	0,032
B38 (PARQ)	-0,022	-0,299	0,461	0,347
B39 (PARQ)	-0,041	0,166	-0,045	0,561
B40 (PARQ)	0,619	-0,077	0,361	-0,085
B41 (PARQ)	-0,134	0,769	-0,151	-0,235

B42 (PARQ)	0,162	0,049	0,685	0,331
B43 (PARQ)	0,600	-0,216	0,385	-0,172
B44 (PARQ)	-0,134	0,576	0,097	0,115
B45 (PARQ)	0,089	0,015	0,440	0,337
B46 (PARQ)	-0,179	0,243	0,193	0,552
B47 (PARQ)	0,502	0,267	0,394	-0,058
B48 (PARQ)	-0,156	0,636	-0,084	0,129
B49 (PARQ)	-0,034	0,160	0,450	0,430
B50 (PARQ)	0,430	-0,389	0,001	-0,048
B51 (PARQ)	-0,096	0,467	-0,019	0,158
B52 (PARQ)	0,003	-0,294	0,636	0,369
B53 (PARQ)	-0,139	0,182	-0,015	0,585
B54 (PARQ)	0,767	-0,030	0,350	-0,105
B55 (PARQ)	0,724	-0,063	0,361	-0,009
B56 (PARQ)	-0,252	-0,208	0,102	0,618
B57 (PARQ)	0,622	-0,380	0,224	0,019
B58 (PARQ)	0,604	-0,342	0,275	-0,061
B59 (PARQ)	-0,144	-0,101	0,103	0,692
B60 (PARQ)	0,544	-0,294	0,338	0,062

Таблица Д.5 - Факторные нагрузки пунктов Шкалы внеурочной активности

Матрица повернутых компонент			
	Компонента		
	1	2	3
V1. Командный спорт	-0,098	0,704	0,261
V2. Индивидуальный спорт	-0,038	0,678	-0,142
V3. Неструктурированная спортивная активность	0,245	0,851	0,086
V1. Групповая творческая активность	0,678	-0,160	0,275
V2. Индивидуальная творческая активность	0,792	0,051	0,031
V3. Неструктурированная творческая активность	0,860	0,190	0,143
V1. Групповая социальная активность	0,039	-0,111	0,839
V2. Индивидуальная социальная активность	0,235	0,145	0,788
V.3 Неструктурированная социальная активность	0,266	0,404	0,541

Таблица Д.6 - Факторные нагрузки вопросов опросника Шкалы восприятия социальной поддержки

Источник поддержки	Матрица повернутых компонент								
		Компонента							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Семья	В1. Информационная (ВП)	0,557	0,231	0,215	0,044	-0,086	0,072	-0,017	0,176
	В2. Эмоциональная (ВП)	0,752	0,091	0,104	-0,045	-0,028	0,029	0,079	-0,036
	В3. Инструментальная (ВП)	0,791	0,024	0,234	0,035	0,041	-0,041	-0,135	0,060
	В4. Аффiliationная (ВП)	0,731	-0,015	0,317	-0,019	0,007	0,162	-0,015	0,148
	В5. Информационная (ОП)	0,164	-0,019	0,491	0,270	0,112	0,400	0,238	0,086
	В6. Эмоциональная (ОП)	0,192	-0,029	0,644	-0,117	0,084	0,131	0,359	-0,238
	В7. Инструментальная (ОП)	0,072	0,022	0,869	0,040	0,080	-0,048	0,027	-0,038
	В8. Аффiliationная (ОП)	0,115	0,119	0,838	0,092	0,051	-0,047	0,068	-0,017
Друзья	В9. Информационная (ВП)	0,143	0,148	-0,018	-0,018	0,125	0,587	-0,212	-0,198
	В10. Эмоциональная (ВП)	0,390	0,220	-0,108	0,217	-0,069	0,465	-0,025	-0,328
	В11. Инструментальная (ВП)	0,080	-0,082	-0,010	0,081	0,048	0,835	-0,081	0,054
	В12. Аффiliationная (ВП)	0,086	0,279	0,024	0,001	-0,055	0,766	0,011	0,095
	В13. Информационная (ОП)	-0,168	0,017	0,224	0,561	-0,020	0,089	0,134	0,174
	В14. Эмоциональная (ОП)	0,215	-0,030	0,043	0,684	0,060	0,108	0,259	-0,211
	В15. Инструментальная (ОП)	-0,042	-0,043	-0,010	0,799	0,117	-0,137	-0,150	-0,053
	В16. Аффiliationная (ОП)	-0,205	-0,026	-0,089	0,802	0,022	0,144	-0,018	0,188
Школа	В17. Информационная (ВП)	0,308	0,028	-0,270	0,256	0,277	-0,028	-0,085	0,462
	В18. Эмоциональная (ВП)	-0,093	-0,038	-0,231	-0,213	0,113	0,129	0,025	0,663
	В19. Инструментальная (ВП)	-0,085	0,095	-0,061	-0,071	0,034	0,132	-0,064	0,718
	В20. Аффiliationная (ВП)	0,219	0,039	-0,228	0,133	0,015	0,289	0,049	0,590
	В21. Информационная (ОП)	-0,087	0,076	-0,070	-0,199	0,743	0,116	-0,072	0,027
	В22. Эмоциональная (ОП)	0,017	0,010	-0,016	0,148	0,849	-0,075	0,108	-0,083
	В23. Инструментальная (ОП)	0,110	0,124	0,335	0,088	0,777	-0,031	-0,047	-0,020
	В24. Аффiliationная (ОП)	0,081	0,040	0,108	0,327	0,574	0,183	-0,076	0,232
Медицина	В25. Информационная (ВП)	0,135	0,808	-0,080	0,065	0,169	0,007	0,083	-0,078
	В26. Эмоциональная (ВП)	0,218	0,821	0,078	-0,009	0,023	0,160	0,013	-0,079
	В27. Инструментальная (ВП)	0,033	0,865	-0,003	-0,111	0,016	0,005	0,139	-0,041
	В28. Аффiliationная (ВП)	-0,066	0,823	0,175	-0,022	0,037	0,165	0,075	0,241

	В29. Информационная (ОП)	-0,036	0,102	0,108	-0,206	0,268	0,075	0,520	-0,385
	В30. Эмоциональная (ОП)	-0,087	0,059	0,158	0,054	-0,029	-0,024	0,777	0,031
	В31. Инструментальная (ОП)	0,010	0,132	0,072	0,144	-0,133	-0,180	0,774	-0,018
	В32. Аффiliationная (ОП)	-0,056	0,140	-0,033	-0,008	0,012	-0,113	0,637	0,536

Таблица Д.7 - Сравнение индекса социального отвержения в зависимости от социально-демографических характеристик детей и родителей

Социально-демографические характеристики	Дети с СДВГ		Дети ТР	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Пол				
Девочки	0,94	1,47	-0,65	0,22
Мальчики	0,79	0,91	-0,13	0,72
Возраст				
Возраст 7-9 лет	0,80	0,94	-0,19	0,58
Возраст 10-12 лет	0,79	0,92	-0,11	0,84
Класс				
1 класс	0,62	1,00	0,07	0,75
2 класс	0,76	0,99	-0,21	0,45
3 класс	0,91	0,85	-0,30	0,67
4 класс	0,74	0,95	0,09	0,88
Семейное положение				
Замужем/женат	0,90	0,95	-0,18	0,70
Разведен/разведена	0,61	0,87	-0,16	0,69
Вдова/вдовец			0,31	1,02
Другое	0,51	0,98		
Родительское образование				
Среднее образование	0,70	0,79	-0,18	0,74
Среднеспециальное образование	0,72	0,93	-0,26	0,66
Высшее образование	0,92	1,00	0,08	0,76
Другое	-	-	-	-
Трудовая занятость родителей				
Полный рабочий день	0,69	0,97	-0,12	0,73
Неполный рабочий день	0,97	0,74	-0,11	0,76
Безработный	1,03	1,27	-0,53	0,26
Другое	-	-	-	-
Семейный доход				
< 120 000 тенге	0,77	1,09	-0,47	0,30
121 000 – 139 000 тенге	0,76	0,76	-0,26	1,05
140 000 – 159 000 тенге	0,58	0,92	-0,28	0,55
160 000 – 199 000 тенге	1,24	0,75	-0,21	0,70
200 000 – 239 000 тенге	1,07	0,89	-0,15	0,71
> 240 000 тенге	0,68	0,99	-0,05	0,79

Таблица Д.8 - Данные факторов риска в зависимости от социально-демографических характеристик детей

	Эмоционально-поведенческие трудности (SDQ – общие баллы)				Конфликтные отношения с учителем (STRS-SF)				Академическая успеваемость				Родительское отвержение (PARQ, общие баллы)			
	Дети с СДВГ (n=108)		Дети ТР (n=108)		Дети с СДВГ (n=108)		Дети ТР (n=108)		Дети с СДВГ (n=108)		Дети ТР (n=108)		Дети с СДВГ (n=108)		Дети ТР (n=108)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Пол																
Девочки	18,75	7,27	6,50	2,08	24,50	3,83	2,75	3,50	3,50	0,55	4,17	0,33	79,50	12,97	72	6,88
Мальчики	18,34	4,72	9,56	3,58	24,12	4,28	21,10	4,21	3,60	0,32	3,72	0,38	77,62	10,07	75,14	9,43
Возраст																
Возраст 7-9 лет	18,42	4,44	9,42	3,36	23,18	4,45	20,05	3,95	3,56	0,32	3,80	0,41	77,84	10,63	73,96	9,33
Возраст 10-12 лет	18,28	5,16	9,47	3,83	25,11	3,83	21,94	4,68	3,63	0,34	3,68	0,36	77,53	9,66	76,13	9,31
Класс																
1 класс	18,94	4,25	9,81	3,72	23	4,35	21,31	3,40	3,65	0,37	3,81	0,45	78,06	10,76	76,13	9,23
2 класс	17,46	4,27	9,71	2,98	23,92	4,35	20,63	3,01	3,66	0,30	3,71	0,41	76,33	11,90	74,25	10,24
3 класс	18,93	4,96	8,46	3,50	24,65	4,41	21,26	4,08	3,60	0,32	3,82	0,34	78,83	8,91	73,13	8,52
4 класс	17,96	5,30	10,34	3,92	24,21	3,91	21,24	5,50	3,63	0,37	3,62	0,38	77,00	10,10	77,62	9,48

Таблица Д.9 - Результаты сравнения факторов риска с помощью t-критерия и одностороннего анализа ANOVA

	t-критерий независимых выборок				ANOVA	
	Пол детей		Возраст детей		Класс детей	
	<i>t</i>	Sig.	<i>t</i>	Sig.	F	Sig.
Эмоционально-поведенческие трудности (SDQ – общие баллы)						
Дети с СДВГ	0,16	0,86	0,14	0,88	0,60	0,61
Дети ТР	-1,68	0,09	-0,07	0,93	1,72	0,16
Конфликтные отношения с учителем (STRS-SF)						
Дети с СДВГ	0,17	0,86	-2,41	0,01	0,59	0,62
Дети ТР	0,30	0,76	-2,26	0,02	0,14	0,93
Академическая успеваемость						
Дети с СДВГ	-0,56	0,57	-0,98	0,32	0,76	0,51
Дети ТР	2,27	0,02	1,511	0,13	1,80	0,15
Родительское отвержение (PARQ, общие баллы)						
Дети с СДВГ	0,36	0,71	0,15	0,87	0,35	0,78
Дети ТР	0,65	0,51	-1,20	0,23	1,42	0,23

Таблица Д.10 - Данные защитных факторов в разрезе социально-демографических характеристик

Социально-демографические характеристики	Просоциальное поведение (SDQ)				Внеурочная активность				Родительское принятие (PARQ)			
	Дети с СДВГ (n=108)		Дети ТР (n=108)		Дети с СДВГ (n=108)		Дети ТР (n=108)		Дети с СДВГ (n=108)		Дети ТР (n=108)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Пол												
Девочки	5,50	1,91	8,25	1,70	1,41	0,27	1,88	0,32	47,50	7,14	69,25	10,72
Мальчики	5,61	1,88	6,14	1,83	1,53	0,35	1,67	0,32	56,80	9,82	64,00	8,46
Возраст												
Возраст 7-9 лет	5,65	1,87	6,24	1,82	1,50	0,37	1,68	0,28	57,20	10,26	64,67	8,15
Возраст 10-12 лет	5,55	1,88	6,21	1,92	1,55	0,33	1,68	0,35	55,68	9,48	63,70	9,00
Класс												
1 класс	5,19	1,72	6,25	1,98	1,60	0,40	1,68	0,34	58,50	10,62	65,31	8,67
2 класс	5,67	2,05	6,04	1,75	1,58	0,39	1,68	0,29	56,67	10,14	63,33	7,38

3 класс	5,70	1,83	6,44	1,87	1,43	0,30	1,67	0,35	55,28	9,89	65,26	9,10
4 класс	5,64	1,90	6,07	1,94	1,56	0,33	1,68	0,30	56,79	9,47	62,86	8,80

Таблица Д.11 - Результаты статистического анализа различий защитных факторов в зависимости от социально-демографических характеристик

	t-критерий для независимых выборок				One-way ANOVA	
	Пол ребенка		Возраст ребенка		Класс ребенка	
	<i>t</i>	Sig.	<i>t</i>	Sig.	F	Sig.
Просоциальное поведение						
Дети с СДВГ	-0,11	0,91	0,29	0,78	0,305	0,82
Дети ТР	2,25	0,02	0,08	0,93	0,339	0,79
Внеурочная активность						
Дети с СДВГ	-0,64	0,52	-0,71	0,47	1,46	0,22
Дети ТР	1,28	0,20	0,00	0,99	0,00	0,99
Родительское принятие						
Дети с СДВГ	-1,87	0,64	0,79	0,42	0,42	0,73
Дети ТР	1,20	0,23	0,59	0,55	0,60	0,61

Таблица Д.12 - Данные и статистический анализ различий защитного фактора «Диадические дружеские отношения» в зависимости от социально-демографических характеристик

Социально-демографические характеристики	Дети с СДВГ (n=108)						Результаты теста χ^2			Дети ТР (n=108)						Результаты теста χ^2		
	0 выборов		1 выбор		2 выбора		χ^2	df	p	0 выборов		1 выбор		2 выбора		χ^2	df	p
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%				Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%			
Пол																		
Девочки	3	75,0	1	25,0	0	0	0,22	2	0,895	1	25,0	2	50,0	1	25,0	0,69	2	0,706
Мальчики	80	76,9	20	19,2	4	3,8				48	46,2	37	35,6	19	18,3			
Возраст																		
Возраст 7-9 лет	44	88,0	10	18,2	1	1,8	1,31	2	0,519	24	43,6	23	41,8	8	14,5	2,04	2	0,361
Возраст 10-12 лет	39	73,6	11	20,8	3	5,7				25	47,2	16	30,2	12	22,6			
Класс																		
1 класс	11	68,8	5	31,3	0	0	3,78	6	0,705	5	31,3	7	43,8	4	25,0	12,98	6	0,043
2 класс	19	79,2	4	16,7	1	4,2				15	62,5	6	25,0	3	12,5			
3 класс	33	82,5	6	15,0	1	2,5				11	28,2	20	51,3	8	20,5			
4 класс	20	71,4	6	21,4	2	7,1				18	62,1	6	20,7	5	17,2			

Таблица Д.13 - Результаты Шкалы восприятия социальной поддержки в группе детей с СДВГ

		ВП семьи	ОП семьи	ВП друзей	ОП друзей	ВП школы	ОП школы	ВП медицины	ОП медицины	ВП социальное обслуживание	ОП социальное обслуживание
N	Валидны	108	108	108	108	108	108	108	108	30	1
	Пропущенные	0	0	0	0	0	0	0	0	78	107
M		2,46	3,66	2,31	3,12	2,07	3,62	1,80	3,45	1,02	1,00
SD		0,66	0,36	0,62	0,58	0,58	0,37	0,67	0,48	0,07	0,00
Min		1,00	2,25	1,00	1,75	1,00	2,25	1,00	1,00	1,00	1,00
Max		4,00	4,00	3,75	4,00	3,60	4,00	4,00	4,00	1,25	1,00

Таблица Д.14 - Данные Шкалы восприятия социальной поддержки в разрезе социально-демографических характеристик

Социально-демографические характеристики	Семья				Друзья				Школа				Медицина			
	ВП		ОП		ВП		ОП		ВП		ОП		ВП		ОП	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Пол																
Девочки	2,75	0,95	3,62	0,75	2,81	0,47	3,31	0,37	2,15	0,47	3,87	0,25	1,56	0,31	3,43	0,42
Мальчики	2,45	0,65	3,66	0,35	2,30	0,62	3,11	0,59	2,07	0,59	3,61	0,37	1,81	0,68	3,45	0,49
Возраст																
Возраст 7-9 лет	2,48	0,63	3,64	0,37	2,32	0,58	2,97	0,54	2,00	0,57	3,63	0,30	1,89	0,56	3,50	0,35
Возраст 10-12 лет	2,44	0,69	3,69	0,35	2,31	0,67	3,26	0,59	2,15	0,58	3,62	0,44	1,70	0,77	3,40	0,59
Класс																
1 класс	2,39	0,65	3,59	0,45	2,37	0,59	3,12	0,49	2,13	0,54	3,73	0,21	1,81	0,62	3,64	0,39
2 класс	2,67	0,59	3,66	0,39	2,35	0,61	2,94	0,50	2,04	0,63	3,62	0,33	1,85	0,55	3,37	0,31
3 класс	2,27	0,64	3,73	0,24	2,16	0,64	3,11	0,66	1,93	0,48	3,58	0,36	1,83	0,74	3,52	0,35
4 класс	2,58	0,70	3,61	0,43	2,47	0,62	3,26	0,56	2,28	0,66	3,62	0,49	1,70	0,74	3,32	0,73
Семейный статус																
Замужем/женат	2,37	0,64	3,69	0,33	2,35	0,64	3,11	0,59	2,04	0,55	3,62	0,40	1,81	0,74	3,49	0,35
Разведен/разведена	2,62	0,71	3,60	0,46	2,25	0,60	3,05	0,57	2,19	0,59	3,60	0,32	1,81	0,54	3,37	0,73
Другое	2,65	0,69	3,62	0,26	2,29	0,60	3,54	0,29	1,96	0,89	3,79	0,29	1,54	0,33	3,37	0,26
Образование родителей																
Среднее	2,75	0,76	3,79	0,14	2,33	0,55	2,82	0,40	2,01	0,63	3,54	0,41	1,80	0,44	3,39	0,70
Среднеспециальное	2,43	0,56	3,60	0,44	2,22	0,56	3,16	0,57	2,10	0,64	3,67	0,34	1,83	0,57	3,47	0,33
Высшее	2,32	0,66	3,65	0,36	2,39	0,71	3,23	0,2	2,09	0,51	3,62	0,39	1,76	0,86	3,47	0,40
Трудовая занятость																
Полный рабочий день	2,46	0,66	3,61	0,41	2,34	0,60	3,05	0,57	2,13	0,62	3,62	0,36	1,78	0,66	3,38	0,56
Неполный рабочий день	2,38	0,61	3,70	0,26	2,23	0,65	3,17	0,60	2,00	0,52	3,62	0,36	1,81	0,67	3,55	0,31
Безработный	2,81	0,81	3,92	0,12	2,50	0,73	3,42	0,55	1,94	0,51	3,75	0,55	1,85	0,97	3,64	0,28
Семейный доход																
< 120 тыс тенге	2,63	0,78	3,75	0,22	2,37	0,61	3,23	0,62	2,02	0,58	3,54	0,46	1,89	0,76	3,62	0,28
120-139 тыс тенге	2,45	0,72	3,73	0,23	2,26	0,66	2,81	0,55	1,97	0,65	3,54	0,34	1,78	0,56	3,31	0,92

140-159 тыс. тенге	2,53	0,64	3,61	0,44	2,25	0,44	3,17	0,55	2,11	0,52	3,70	0,30	1,79	0,50	3,44	0,34
160-199 тыс. тенге	1,92	0,53	3,58	0,40	2,25	0,63	0,06	0,57	1,93	0,40	3,56	0,50	1,64	0,85	3,37	0,45
200-239 тыс. тенге	2,37	0,61	3,56	0,49	2,27	0,64	3,12	0,57	1,93	0,55	3,60	0,32	1,88	0,74	3,45	0,41
>240 тыс. тенге	2,62	0,55	3,72	0,32	2,42	0,73	3,22	0,59	2,32	0,63	3,72	0,34	1,76	0,69	3,49	0,34

Таблица Д.15 - Результаты статистического анализа различий Шкалы восприятия социальной поддержки в зависимости от социально-демографических характеристик ребенка и родителей

	t-критерий для независимых выборок				One-way ANOVA										
	Пол ребенка		Возраст ребенка		Класс ребенка		Семейный статус		Образование родителей		Трудовая занятость		Семейный доход		
	t	Sig.	t	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	
Семья															
ВП	0,88	0,377	0,30	0,765	2,45	0,068	1,73	0,182	3,31	0,040	1,24	0,293	2,35	0,046	
ОП	-0,23	0,819	-0,73	0,461	0,79	0,501	0,61	0,542	1,91	0,152	2,65	0,075	0,89	0,488	
Друзья															
ВП	1,60	0,111	0,13	0,896	1,40	0,246	0,27	0,761	1,91	0,152	0,64	0,526	0,28	0,921	
ОП	0,66	0,506	-2,66	0,009	1,29	0,279	1,75	0,178	0,80	0,453	1,54	0,218	1,23	0,297	
Школа															
ВП	0,24	0,808	-1,37	0,171	2,11	0,102	0,82	0,441	4,05	0,020	1,54	0,218	1,54	0,182	
ОП	1,34	0,182	0,12	0,900	0,57	0,634	0,61	0,544	0,16	0,847	0,82	0,443	0,86	0,505	
Медицина															
ВП	-0,71	0,477	1,48	0,142	0,25	0,857	0,45	0,634	0,92	0,400	0,39	0,674	0,25	0,938	
ОП	-0,07	0,939	1,05	0,296	0,46	0,118	0,73	0,481	0,10	0,900	0,04	0,959	0,74	0,592	

Таблица Д.16 - Резюме различий переменных в зависимости от социально-демографических характеристик ребенка

	Характеристики детей					
	Пол		Возраст		Класс	
	Дети с СДВГ	Дети ТР	Дети с СДВГ	Дети ТР	Дети с СДВГ	Дети ТР
Зависимая переменная						
Социальное отвержение	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Факторы риска						
Эмоц.повед.трудности	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет
Академ.трудности	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет
Коонфликт-УУО	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Нет
Родительское отвержение	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Факторы защиты						
Просоциальное поведение	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет
Внеурочная активность	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Родительское принятие	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Диадические отношения	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да
Социальная поддержка семьи	Нет	-	Нет	-	Нет	-
Социальная поддержка школы	Нет	-	Нет	-	Нет	-