

Е. В. Волох, А. В. Копытов д.м.н. профессор, А. В. Гиндюк к.м.н. доцент
**СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА МОЛОДЕЖИ С УЧЕТОМ
ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ И УСЛОВИЙ
ВОСПИТАНИЯ**

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Проведено исследование социальной поддержки молодых людей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и без данной патологии. Установлено, что наиболее низкий уровень социальной поддержки характерен для респондентов с СДВГ и интернатной формой воспитания с наименьшей значимостью семейных отношений в качестве основного источника. Общий уровень удовлетворенности социальной поддержкой аналогичен в изучаемых группах молодежи и характеризуется как низкий. Установлена обратная корреляционная связь у лиц с СДВГ с удовлетворенностью социальной поддержкой, а также прямая связь различных источников поддержки с интегративным показателем в группе респондентов с семейной формой воспитания.

Ключевые слова: социальная поддержка, дети и подростки, профилактика, условия воспитания, синдром дефицита внимания и гиперактивности.

E. V. Volakh, A. V. Kopytov, A. V. Hindziuk

**SOCIAL SUPPORT FOR YOUNG PEOPLE TAKING INTO ACCOUNT
PSYCHOLOGICAL PERSONALITY CHARACTERISTICS AND
EDUCATIONAL CONDITIONS**

A study of social support for young people with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and without this pathology was conducted. It was found that the lowest level of social support is characteristic of respondents with ADHD and residential education with the least significance of family relations as the main source. The overall level of satisfaction with social support is similar in the youth groups studied and is characterized as low. An inverse correlation has been established in individuals with ADHD with satisfaction with social support, as well as a direct association of different sources of support with an integrative indicator (PI) in the group of respondents with a family form of upbringing.

Key words: social support, children and adolescents, prevention, educational conditions, attention deficit hyperactivity disorder.

Подростковый возраст является критическим возрастным периодом, характеризующимся качественными и количественными изменениями всего организма, в том числе психического здоровья (становление самосознания, формирование личностной идентичности, моделей поведения, социальной адаптации) [1, 4].

Отмечают особую важность роли социальной поддержки (СП) в сохранении психического и физического благополучия, укреплении здоровья, повышении адаптационных возможностей организма [1, 2, 3, 5, 6, 7]. При

адекватной СП человек меньше акцентирован на негативе, что и является фактором защиты от неблагоприятных воздействий, а неэффективная поддержка влечет за собой коммуникативную неконгруэнтность и подразумевает деструктивные способы борьбы с негативной жизненной ситуацией [3, 7]. Отмечено, что подростки из семей с проблемной СП, компенсируют недостающее внимание в неформальных группах, в которых девиантное поведение является неотъемлемым ритуалом принятия в группу и пребывания в ней. Именно в этот период СП является фактором, который как провоцирует асоциальные формы поведения, так и способствует их профилактике [3, 5]. Поэтому СП считают важной составляющей копинг-поведения, мощным средовым копинг-ресурсом, без которого не происходит ни адекватного развития, ни приспособления [2, 3, 6].

Роль СП в формировании, поддержании и сохранении здоровья ребенка, объясняют несколько теоретических моделей: модель основного (главного) и направленного эффекта – наличие СП само по себе непосредственно влияет на сохранение здоровья, а отсутствие ее либо дефицит приводят к нарушению здоровья; буферная модель – подразумевает формирование патологии на основе нарушений нейроэндокринной или иммунной систем, изменений поведения в результате стрессового воздействия (аддикции, нарушения питания). При этом СП является буфером между источником стресса и человеком, приводя к сглаживанию неблагоприятного влияния раздражителя и сохранению здоровья, либо наоборот – усугубляя неблагоприятную для здоровья ситуацию; модель ненаправленного эффекта – влияние СП на здоровье оказывается опосредованно (например, через самооценку) [2].

Комплексность оказания СП подразумевает использование не только социальных, но и психологических, материальных ресурсов, в которых нуждается подросток. Различают следующие виды СП: эмоциональную (ЭП) и инструментальную поддержки. Первый вид включает практическую помощь, второй – благоприятное отношение к подростку и заботу о нем.

Источниками СП могут являться родственники, друзья, коллеги или другие представители социальных и общественных связей [3, 6, 9]. Важной характеристикой СП является не только наличие ее и источник, но и структура данного явления (социальная интеграция) [9]. Социальная интеграция характеризуется количеством социальных ролей человека, частотой контактов с различными членами сети, плотностью и взаимосвязанностью отношений [9].

Дети и подростки с нарушениями здоровья, и, в особенности, с эмоциональными расстройствами (например, СДВГ, аутистическими расстройствами и др.) имеют потребность в большей и адекватной социальной поддержке при наличии ограничений в ее получении [8].

Однако, социальная деятельность будет выполнять профилактическую функцию в части выбора подростком моделей поведения в обществе и являться здоровьесформирующим ресурсом, только в случае, если СП характеризуется направленным построением и развитием социально-поддерживающей сети

(семья, друзья, поддерживающие группы лиц с зависимостями), а у реципиента поддержки достаточно развиты навыки понимания и принятия поддержки, умения обратиться за помощью, грамотно запросить ее [6]. То есть, модель адаптивного копинг-поведения характеризуется также наличием эффективного социально-поддерживающего процесса, обеспечивающего развитость основной копинг-стратегии поиска поддержки, личностного копинг-ресурса восприятия СП, возможностью самостоятельного выбора ее источника, определения вида СП и дозирования объема, прогнозированием ее возможностей [6].

Цель работы состояла в сравнении особенностей социальной поддержки детей и подростков с СДВГ и без данной патологии, воспитывающихся в детских интернатных учреждениях, а также в условиях родительской семьи, для оптимизации мер профилактики девиантного поведения.

Материал и методы. Сбор необходимой информации проводился с помощью индивидуальных карт респондентов, включающих четыре блока стандартизированных опросников, личные и медицинские данные.

Диагностика уровня СП проводилась с помощью опросника социальной поддержки F-SOZY-22» (G. Sommer и T. Fydrich, 1993, адаптированный на русскоязычной выборке). Восприятие СП оценивалось при помощи многомерной шкалы G. D. Zimet, адаптированной для использования на русском языке В. М. Ялтонским и Н. А. Сиротой. Оценка наличия и степени выраженности СДВГ применялась родительская длинная шкала Коннерса.

Анкетирование 193 человек в возрасте 12-17 лет проводилось анонимно после письменного информированного согласия респондентов либо их законных представителей. Структура выборки по половому признаку представлена 32,1% респондентами мужского пола и 67,9% – женского.

Для сравнительного анализа СП молодежи с учетом психологических особенностей личности были выделены три группы: респонденты с отсутствием симптомов СДВГ по шкале Коннерса (Коннерс–), с наличием умеренно-выраженных (Коннерс+) и выраженных проявлений СДВГ (Коннерс++). Для оценки особенностей СП с учетом условий воспитания выборку разделили на группы: группа 1 – дети и подростки, из родительских семей, группа 2 – воспитанники детских интернатных учреждений.

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием табличного редактора Microsoft Office Excel, статистической программы STATISTICA 10,0.

Результаты и обсуждение. При статистической обработке данных уровня СП оценена специфика социальных связей: инструментальная и ЭП, социальная интеграция и удовлетворенность социальной поддержкой (УСП).

Установлены статистически значимые различия по уровню всех трех видов социальной поддержки детей и подростков исследуемых групп с учетом особенностей их воспитания: в группе респондентов, воспитывающихся в семьях установлены более высокие показатели по каждому из видов поддержки как в бальном выражении, так и в частотных характеристиках (таблица 1). Это

может объясняться различиями поддерживающих социальных сетей, обусловленных условиями воспитания представителей второй группы, что предопределяет особенности их личностных характеристик, биологических механизмов, поведенческих паттернов и др. Следовательно, недоучет специфических особенностей их формирования, может являться причиной нарушений социализации молодежи в виде различных девиаций.

Таблица 1 – Уровни видов социальной поддержки в группах респондентов с учетом условий их воспитания

Группы	Виды социальной поддержки							
	Эмоциональная		Инструментальная		Информационная		УСП	
	баллы (M± m)	%	баллы (M± m)	%	баллы (M± m)	%	баллы (M± m)	%
Группа 1	38,5± 0,71	85,6	16,6± 0,30	83,0	28,7± 0,43	82,2	6,1± 0,18	61,3
Группа 2	32,8± 1,13	72,7	13,3± 0,48	66,7	24,8± 0,66	70,8	5,7± 0,27	57,2
F=	20,2	20,4	35,5	35,5	27,0	27,2	1,8	1,7
p=	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,187	0,198

Выявлено отсутствие различий в общем уровне УСП молодежи двух групп. Данный показатель определялся на достаточно низком уровне у двух групп респондентов: 61,3% у респондентов с семейной формой воспитания и 57,2% у респондентов с интернатной формой воспитания. Это может свидетельствовать о том, что СП у детей и подростков не совсем конгруэнтна запросам данного контингента. Мероприятия социальной направленности в отношении этих пациентов внешне кажутся достаточными, но непродуктивными (низкие показатели УСП).

Статистический анализ показателей многомерной шкалы восприятия социальной поддержки, позволил выявить основные ее источники, в качестве которых предлагаются семейные, дружеские отношения и отношения с другими значимыми источниками, а также произвести сравнительный анализ в исследуемых группах. Восприятие социальной поддержки посредством семейных и дружеских отношений более выражено в группе респондентов с семейной формой воспитания (F=22,3, p=0,001 и F=7,9, p=0,005, соответственно), у респондентов, находящихся на гособеспечении, основным источником СП являются другие значимые лица (F=7,9, p=0,006).

Интегративный показатель (ИП) социальной поддержки в двух группах респондентов имеет статистически значимые различия и составляет от возможного лишь 70,8% в группе 1 и 63,2% в группе 2 (F=4,6, p=0,032). Превышают ИП в своей группе показатель отношений с семьей и друзьями для респондентов с семейным воспитанием (72,9% и 76,6% соответственно), а в

группе 2 – отношения с другими значимыми близкими (78,5%). Ниже уровня ИП в каждой группе значения показателей СП другими значимыми для детей и подростков группы 1 – 63,0% ($F=7,9$, $p=0,006$), а в группе 2 – семейных и дружеских отношений (49,2% и 61,7% соответственно) ($F=22,3$, $p=0,001$ и $F=7,9$, $p=0,005$ соответственно). Следовательно, если среди этого круга лиц имеются субъекты не имеющие позитивных социальных и поведенческих установок, это может явиться одним из факторов риска формирования деструктивных моделей поведения (рисунок 1).

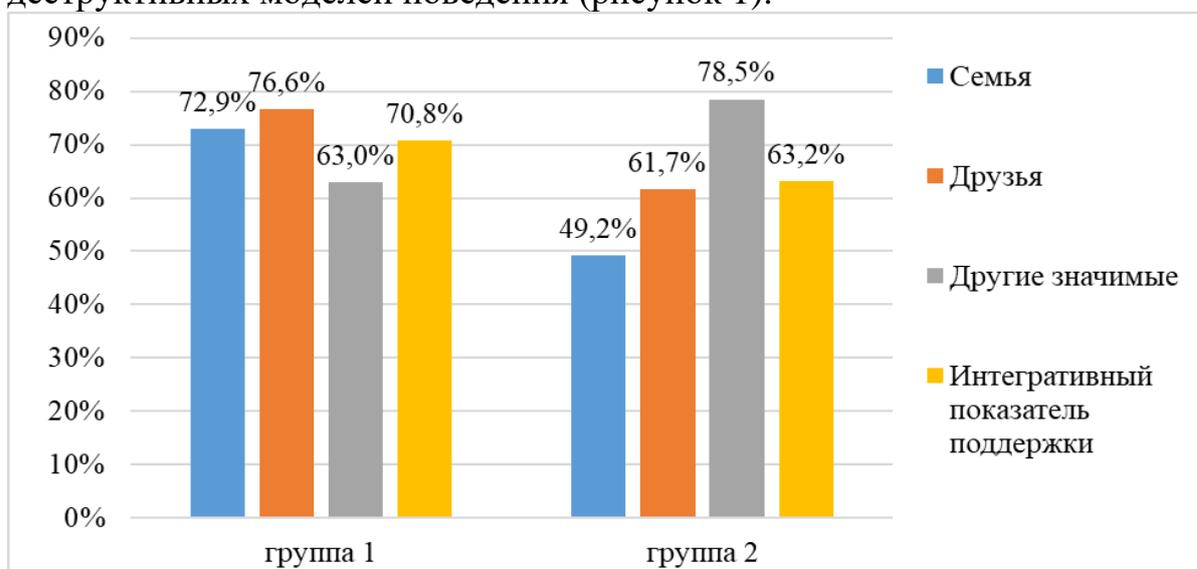


Рисунок 1 – Распространенность выраженности источников социальной поддержки среди детей и подростков исследуемых групп

Неудовлетворенность источником СП определяется дифференцированно для каждого вида поддержки при показателе менее 50% от возможного максимума в 100%. Данная характеристика свойственна семейной поддержке детей и подростков группы 2 – поддержка членов семьи значима только для 49,2% респондентов данной группы, что обосновано для представителей группы, учитывая их форму воспитания и причины нахождения в детском интернатном учреждении (родители большинства респондентов группы лишены родительских прав по причине их социально опасного (девиантного) поведения). И даже при общении ребенка с представителями семьи этот источник является недостаточным в качестве протективного фактора позитивной СП и чаще выступает в качестве патогенетического фактора формирования девиантного поведения.

Статистическая значимость различий средних значений по каждому из источников СП в группах подростков, воспитывающихся в семейных условиях, и с интернатной формой воспитания отражена в таблице 2.

Таблица 2 – Особенности восприятия различных источников социальной поддержки респондентов с учетом условий их воспитания

Источники СП	Группы	Среднее,	Статистическая значимость
--------------	--------	----------	---------------------------

	исследования	баллы (M± m)	(F)	(p)
Семья	Группа 1	2,9±0,11	22,3	0,001
	Группа 2	2,0±0,19		
Друзья	Группа 1	3,1±0,11	7,9	0,005
	Группа 2	2,5±0,19		
Другие значимые	Группа 1	2,5±0,14	7,9	0,006
	Группа 2	3,1±0,14		
ИП	Группа 1	8,5±0,24	4,6	0,032
	Группа 2	7,6±0,36		

При статистической обработке данных уровня СП в исследуемых группах с учетом психологических особенностей установлено, что семейная поддержка более значима для респондентов без СДВГ (75,2%) и ее значимость снижается по мере нарастания признаков данного синдрома: 70,0% опрошенных молодых людей с умеренно-выраженными проявлениями и 45,2% – с выраженными (F=18,0, p=0,001). При этом дети и подростки с выраженными признаками СДВГ не удовлетворены данным источником поддержки, так как уровень показателя составил менее 50%.

Уровень дружеской поддержки наибольший в группе Коннерс+: ее выбрали 83,8% представителей данной группы, а наименьшая доля респондентов, полагающихся на поддержку друзей, в группе Коннерс++ – 58,9% (F=6,8, p=0,001). Востребованность других значимых источников СП не имеет различий в трех группах респондентов (F=0,2, p=0,799).

Интегративный показатель поддержки респондентов без СДВГ и с умеренно-выраженными проявлениями достигает уровня 72,8% и 74,2% соответственно, и характеризуется низким уровнем в группе детей и подростков с выраженными проявлениями СДВГ (58,2%) (F=9,2, p=0,001).

Отмечено, что восприятие социальной поддержки всех изучаемых источников респондентами, имеющими выраженный СДВГ и ИП в том числе, характеризуются достаточно низким уровнем, что возможно является последствием их социальной дезадаптации.

Статистическая значимость различий средних значений по каждому из видов СП и ее удовлетворенностью среди детей и подростков с наличием СДВГ различной степени выраженности и без СДВГ отражена в таблице 3.

Таблица 3 – Уровни видов социальной поддержки в группах респондентов с учетом их психологических особенностей

Группы	Виды социальной поддержки							
	Эмоциональная		Инструментальная		Информационная		УСП	
	баллы (M± m)	%	баллы (M± m)	%	баллы (M± m)	%	баллы (M± m)	%
Коннерс-	38,1±0,80	84,6	16,3±0,36	81,5	28,4±0,50	81,2	6,3±0,20	63,4

Коннерс+	37,8± 1,66	83,9	16,1± 0,80	80,5	27,9± 1,17	79,7	5,8± 0,46	57,5
Коннерс++	33,7± 1,18	74,8	13,9± 0,47	69,6	25,5± 0,63	73,0	5,5± 0,26	54,5
F=	5,4	5,3	8,4	8,4	6,2	6,2	3,8	3,9
p=	0,005	0,006	0,001	0,001	0,002	0,003	0,025	0,023

Проведенный корреляционный анализ вышеперечисленных параметров позволил выявить следующие взаимосвязи:

1. в группе респондентов с семейной формой воспитания (группа 1):
 - обратная средней силы связь СДВГ с УСП ($r=0,37$, $p=0,001$);
 - прямая средней силы связь семейной поддержки с ИП ($r=0,57$, $p=0,001$); дружеской поддержки с ИП ($r=0,65$, $p=0,001$), с ЭП ($r=0,42$, $p=0,001$) и информационной поддержкой ($r=0,33$, $p=0,001$);
 - прямая сильная связь поддержки значимых лиц с ИП ($r=0,76$, $p=0,001$) и ЭП ($r=0,33$, $p=0,001$); ЭП с инструментальной поддержкой ($r=0,79$, $p=0,001$) и с информационной поддержкой ($r=0,80$, $p=0,001$);
2. в группе респондентов с интернатной формой воспитания (группа 2):
 - обратная средней силы связь СДВГ с семейной поддержкой ($r=0,38$, $p=0,002$); ЭП ($r=0,37$, $p=0,003$) и инструментальной ($r=0,40$, $p=0,001$) поддержки с УСП;
 - прямая сильная связь семейной поддержки ($r=0,71$, $p=0,001$) и дружеской поддержки ($r=0,74$, $p=0,001$) с ИП;
 - прямая средней силы связь поддержки значимых лиц с ИП ($r=0,61$, $p=0,001$), с ЭП ($r=0,37$, $p<0,01$), инструментальной ($r=0,32$, $p=0,009$) и социальной интеграцией ($r=0,48$, $p=0,001$); а также ЭП с инструментальной поддержкой ($r=0,61$, $p=0,001$) и социальной интеграцией ($r=0,63$, $p=0,001$); двух последних видов поддержки между собой ($r=0,49$, $p=0,001$).

Выводы. Таким образом, в результате изучения особенностей социальной поддержки детей и подростков различных групп установлены более высокие уровни поддержки по каждому из ее видов в группе респондентов, воспитывающихся в семьях. Общий уровень удовлетворенности социальной поддержкой аналогичен в изучаемых группах молодежи и характеризуется как низкий, что трактуется непродуктивностью мероприятий социальной направленности в отношении молодежи, при одновременной внешней их достаточности для респондентов, воспитываемых в семьях.

Восприятие социальной поддержки посредством семейных и дружеских отношений более выражено в группе респондентов с семейной формой воспитания, а в группе респондентов, находящихся на государственном обеспечении, основным источником поддержки являются другие значимые лица, социальные и поведенческие установки которых, могут явиться как фактором риска формирования деструктивных моделей поведения, так и здоровьесберегающим ресурсом подрастающего поколения.

Семейная поддержка более значима для респондентов с наличием психологических особенностей в виде СДВГ и ее значимость снижается по мере нарастания признаков данного синдрома. Восприятие социальной поддержки всех изучаемых источников респондентами с выраженным СДВГ и ИП в том числе, характеризуются достаточно низким уровнем, что возможно является последствием их социальной дезадаптации и акцентирует внимание на необходимости внедрения более эффективных мероприятий по повышению качества поддержки таких детей и подростков.

Установлена обратная корреляционная связь СДВГ с удовлетворенностью социальной поддержкой, а также прямая связь различных источников поддержки с ИП в группе респондентов с семейной формой воспитания. В группе респондентов с интернатной формой воспитания: обратная связь СДВГ с семейной поддержкой, а также эмоциональной и инструментальной видов поддержки с ее удовлетворенностью.

Список использованной литературы:

1. Бартош, О. П. Возрастные и гендерные особенности копинг-поведения подростков / О. П. Бартош, Т. П. Бартош // Психология. Психофизиология. – 2012. – № 6 (265). – С 42-46.

2. Бузина, Т. С. Психологические подходы к проблемам зависимого поведения в современной молодежной среде / Т. С. Бузина // Актуальные вопросы современной науки. – 2010. – № 16. – С 114-135.

3. Копытов, А. В. Анализ социально-демографических факторов, повышающих склонность к формированию алкогольного аддиктивного поведения у подростков / А. В. Копытов // Медицинский журнал. – 2018. – № 3(65). – С. 83-87.

4. Копытов, А. В. Девиантные формы поведения детей и подростков с учетом особенностей их воспитания / А. В. Копытов, Е. В. Волох, К. И. Павлов, А. В. Гиндюк // Психическое здоровье. – 2022. – Том 17. – № 5. – С. 23-28.

5. Костенко, М. А. Семейно-ориентированная социальная поддержка: институционализация инновационных практик в российской системе защиты детства / М. А. Костенко // Учёные записки ЗабГУ. Серия: Философия, социология, культурология, социальная работа. – 2014. – № 4. – С. 35-41.

6. Сирота, Н. А. Применение и внедрение программ реабилитации и профилактики зависимого поведения как актуальная задача российской клинической психологии. [Электронный ресурс] / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Медицинская психология в России. – 2012. – № 2 (13). – С.72-74.

7. Emser, T. S. Perceived social support in children and adolescents with ADHD / T. S. Emser, H. Christiansen // Research in Developmental Disabilities. – 2021. – vol. 111: 103863.

8. Scharer, K. Internet Social Support for Parents: The State of Science / K. Scharer // Journal of Child and Adolescent Pediatric Nursing. – 2005. – vol. 18, № 1. – P. 26-35.

9. Taylor, S. E. Social support: A Review / S. E. Taylor // The Handbook of Health Psychology. – New York, NY: Oxford University Press, 2011. – P. 189-214.

Сведения об авторах:

1. Волох Елена Владимировна, аспирант кафедры гигиены детей и подростков УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минский район, д. Копище, ул. Лопатина, д. 5, кв. 79, 220081, +375296811180.

2. Копытов Андрей Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии УО «Белорусский государственный медицинский университет», 220053, г. Минск, ул. Ириновская, д. 9, +375172898120.

3. Гиндюк Андрей Владимирович, кандидат медицинских наук, доцент, декан медико-профилактического факультета УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, ул. Мясцовская, д. 15, кв. 95, 220062, +375447214706.