

ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ¹

В.Г. Сивакова, О.Е. Мухордова

Проведенное исследование позволило выявить превалирование в группе мальчиков показателей гиперактивности, агрессивности, деликвентности и проблем экстернализации, в группе девочек – усидчивости, академической успеваемости, общей адаптации.

Ключевые слова: эмоциональные и поведенческие нарушения, социальная дезадаптация, деликвентность, агрессивность, общая адаптация, успеваемость.

В настоящее время распространенность неклинических форм эмоциональных и поведенческих нарушений в детско-подростковой популяции приобретает все большие масштабы, в связи с чем возникает необходимость ранней диагностики возможных нарушений, определения прогноза развития и разработки своевременной коррекционной программы. Изучение эмоцио-

нальных и поведенческих проблем детей требует надежных, валидных и статистически проверенных методов, основанных на эмпирических данных [1; 2].

В настоящее время чаще всего используются два подхода:

1. Клинический диагностический подход, при котором группа экспертов в области детской психопатологии подтверждает наличие определенной диагностической категории и предлагает критерии, определяющие ее. Этот подход основан на предположении, что психи-

¹ Работа выполнена при финансовой поддержке Федерального агентства по науке РФ, грант НШ 5774.2008.6.

ческие расстройства представляют собой дискретные категории, определяемые на основе сформулированных экспертами критериев, и реализуется в ряде классификационных схем, таких как DSM-IV (диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Американская ассоциация психиатров, 1994) и ICD-10 (Международная классификация болезней – МКБ; Всемирная организация здравоохранения, 1993). Для диагностики психических нарушений используются стандартизированные интервью, в ходе которых устанавливается наличие или отсутствие у ребенка определенных симптомов.

2. Эмпирический подход, в котором для выделения синдромов используются количественные методы анализа данных, полученных на больших выборках испытуемых. В эмпирическом подходе симптомы нарушений оцениваются по континуальной шкале. Таким образом, в этом случае дети оцениваются по тому, в какой степени им свойственны симптомы или проблемное поведение, согласующиеся с определенным диагнозом. Количественный подход не противоречит идее непрерывного перехода от нормы к психопатологии, когда мерой тяжести отклонения от нормы является количество симптомов [3].

И категориальный (клинический), и измерительный (эмпирический) подходы имеют определенные достоинства и недостатки [2; 4–6].

Результаты современных исследований говорят о том, что оба подхода дополняют друг друга, и для более точного прогноза отклонений психического развития у детей (как в исследовательских, так и клинических целях) целесообразно комбинировать обе диагностические системы [3]. Hudziak, J.J. и др. предлагают синергетический подход, объединяющий достоинства двух подходов: использование диагностической категории и построение эмпирического профиля, показывающего, в какой степени ребенку свойственно данное расстройство [4].

Эмпирический подход наиболее широко представлен в работах Т. Ахенбаха [1; 4; 6–8]. На сегодняшний день методика Т. Ахенбаха (CBCL, YSR, TRF), основанная на эмпирических данных обследования нормативных и клинических популяций детей и подростков, является одним из наиболее надежных и широко используемых стандартизированных инструментов диагностики эмоциональных и поведенческих проблем у детей и подростков. Методи-

ка позволяет оценить, в какой степени ребенку свойственны симптомы или проблемное поведение, согласующиеся с определенным диагнозом, и измерить степень отклонения различных типов детского поведения от популяционных норм. В отличие от других стандартизированных инструментов, методика также содержит открытые вопросы о сильных и проблемных сторонах поведения ребенка [3]. Формулировка общих для всех форм опросника пунктов адаптирована к конкретному типу респондента, отражая, соответственно, точку зрения родителей и учителей [7].

Использование Achenbach and Verhulst шкал CBCL в 11 странах выявило минимальное влияние культурных факторов на результаты, что позволяет говорить о применении данной методики с целью проведения сравнений между странами [9]. Было выявлено, что CBCL относительно свободен от действия эффектов когорты и времени измерения [8]. Результаты исследования, проведенного Konold, T.R., Timoty, R., Walthall, J.C., Pianta, R.S., подтверждают стабильность структуры “проблемы интернализации – проблемы экстернализации” на материале материнско-отцовских и учительских оценок поведения мальчиков и девочек в возрасте 54 месяцев и в 1 классе [10]. Полученные на близнецовой выборке показатели внутренней согласованности шкал CBCL свидетельствуют об их надежности и в целом сопоставимы с данными, полученными на выборке стандартизации [11].

В то же время в ряде работ обнаруживаются половые различия в проявлении эмоциональных и поведенческих особенностей [3; 8; 9; 12]. Исследование половых различий является актуальным в свете построения адекватных и своевременных коррекционно-профилактических программ.

В связи с этим **целью** данной работы явился анализ половых различий в проявлении эмоциональных и поведенческих особенностей младших школьников.

Методы. В исследовании приняли участие близнецы – 105 мальчиков и 127 девочек в возрасте от 6 до 11 лет учащиеся школ Киргизской Республики и Российской Федерации. Для оценки эмоциональных и поведенческих особенностей детей младшего школьного возраста использовался опросник Т. Ахенбаха – родительская (CBCL) и учительская (TRF) формы [3]. Обследование включало в себя заполнение опросников учителями и родителями отдельно на каждого близнеца из пары.

Родительская форма (Child Behavior Checklist – CBCL)

В работе использовалась вторая редакция опросника – CBCL/4-18, предназначенная для родителей детей 4–18 лет (или взрослых, наблюдающих ребенка в контексте семьи). В опроснике указываются демографические сведения о ребенке, информация об образовании, профессии и занятии родителей (для оценки социально-экономического статуса – СЭС). Включены также вопросы о компетентных сторонах поведения ребенка, касающихся в основном образа жизни ребенка (занятий спортом, внешкольных увлечений, участия в различных кружках и секциях, домашних обязанностей, школьной успеваемости, форм и качества общения с членами семьи и другими детьми). В соответствии с содержанием вопросы первой части опросника сгруппированы в три шкалы компетентности (активности, социальной и школьной), оценки по которым суммируются в балл общей компетентности. Эти шкалы направлены на диагностику адаптивных форм поведения ребенка и позволяют выделить группу риска, нуждающуюся в психологической помощи. Шкалы компетентности также являются значимыми предикторами специфических типов эмоциональных и поведенческих проблем.

Вторая часть опросника содержит 118 стандартизованных утверждений относительно степени выраженности тех или иных поведенческих и эмоциональных проблем у ребенка в течение последних шести месяцев. Ответы на эти вопросы оцениваются по 3-бальной шкале (*неверно*=0; *отчасти верно* = 1; *верно*=2). Вопросы второй части структурированы в 8 специфических шкал: “Замкнутость”, “Соматические проблемы”, “Тревожность/Депрессия”, “Социальная Деадаптация”, “Трудности мышления”, “Трудности внимания/Гиперактивность”, “Деликвентность”, “Агрессивность” и 2 обобщающие интегральные шкалы – “Интернализация”, основанная на утверждениях, входящих в шкалы “Замкнутость”, “Соматические проблемы”, “Тревожность/Депрессия” и “Экстернализация”, включающие утверждения, которые составляют “Деликвентность” и “Агрессивность”. На основе всех утверждений опросника (за исключением двух) подсчитывается “Общий балл проблемности” детского поведения, представляющий собой общий индекс количества и степени выраженности проблем. Таким образом, общее количество шкал CBCL составляет 15.

Полученные для каждого ребенка результаты могут быть отображены в виде профиля,

который будет показывать положение ребенка относительно репрезентативной выборки. Обе части опросника содержат открытые вопросы к родителям, направленные на уточнение проблем развития ребенка [3].

Учительская форма (The Teacher Report Form – TRF)

Использовалась первая версия опросника TRF, предназначенная для детей 5–18 лет. Форма заполняется учителями и другими взрослыми, знакомыми с ребенком в контексте школы (администраторами, педагогами, воспитателями, логопедами). Форма содержит демографические вопросы об ученике и вопросы, уточняющие отношение респондента и ученика (род деятельности респондента, как долго и как хорошо он знает ученика, как много времени он проводит с учеником и какой предмет он преподает). Далее следуют вопросы об адаптивном поведении и академической успеваемости ребенка, результатах стандартизированных тестов, прилежании, усвоении материала, о том, насколько, по мнению учителя, счастлив этот ученик. Вопросы об адаптивном поведении суммируются в общую шкалу “Адаптивное функционирование”. По вопросам первой части опросника подсчитывается балл по шкалам академической успеваемости, усидчивости, поведения, обучения, счастья и по шкале “Адаптивное функционирование”. По результатам заполнения второй части методики подсчитываются оценки по шкалам, идентичным CBCL, однако шкала “Трудности внимания/гиперактивность” включает две подшкалы – “Трудности внимания” и “Гиперактивность” (общее количество шкал TRF – 19). Заполнение опросников занимает в среднем 15–20 минут [3].

Для обработки полученных данных был использован статистический пакет программ SPSS 11.0. Эффекты пола и возраста, а также эффекты взаимодействия между переменными пола и возраста оценивались с помощью аппарата дисперсионного анализа ANOVA. Корреляционный анализ позволил выявить степень согласованности родительских и учительских оценок по общим для CBCL и TRF шкалам.

Результаты и их обсуждение

Для надежности оценки эффектов пола и возраста на эмоциональные и поведенческие проблемы у младших школьников анализ проводился в двух подгруппах близнецов (в каждую из подгрупп вошел один близнец пары). В дальнейшем анализировались только те эффекты пола и возраста, которые были значимы в обеих подгруппах. Эффекты пола и возраста на нор-

мализованные оценки по шкалам опросников изучались при помощи аппарата дисперсионного анализа ANOVA. Рассматривались только те эффекты, которые были значимы на уровне $p < 0.01$. Размер эффектов выражался в проценте объясненной дисперсии и интерпретировался в соответствии с критерием Кохена как маленький (от 1.0 до 5.9% дисперсии), средний (от 5.9 до 13.8%) или большой (более 13.8%) [3]. Результаты однофакторного дисперсионного анализа отдельно по родительской и учительской формам опросника, а также по средним значениям общих для CBCL и TRF шкал представлены в таблице. Фактор возраста оказался незначимым для шкал CBCL, однако выступил значимым предиктором двух шкал проблем TRF. Размер эффекта возраста для шкал “Социальная дезадаптация” и “Гиперактивность” был маленьким и составил 5.386 и 3.517% соответственно, для шкалы “Тревожность/Депрессивность” он оказался средним и составил 7.055%.

По мнению учителей, 6–7-летние младшие школьники являются менее тревожными ($p \leq 0.000$) и менее дезадаптированными ($p \leq 0.001$), чем 8–9-летние школьники.

Для шкал “Проблемы интернализации”, “Проблемы экстернализации” размер эффекта также был небольшим и составил 5.29% и 4.09% соответственно. По данным шкалам 6–7-летние школьники также получили более низкие оценки, чем 8–9-летние учащиеся ($p \leq 0.001$ для шкалы “Проблемы интернализации” и $p \leq 0.038$ для шкалы “Проблемы экстернализации”).

Как видно из таблицы, с помощью учительских оценок были выявлены значимые половые различия для четырех шкал компетентностей и двух шкал проблем. Для шкал проблем TRF эффекты пола были средними и составили 11.41% и 12.44% для шкал “Проблемы экстернализации” и “Гиперактивность” соответственно. Размер эффекта для шкал компетентностей варьировался от среднего (11.67 и 12.19% для шкал “Академическая успеваемость” и “Усидчивость” соответственно) до высокого (34.72%) для шкалы “Поведение” и (14.4%) для шкалы “Общая адаптация”. При этом показатели по шкалам проблем были значимо выше у мальчиков ($p \leq 0.001$; для шкал “Проблемы экстернализации” и “Гиперактивность”), в то время как показатели по шкалам компетентностей оказались выше у девочек

Дисперсия, объясненная значимыми ($p < 0.01$) эффектами пола и возраста для оценок компетентности и поведенческих и эмоциональных проблем младших школьников, %

	Родительская форма опросника Ахенбаха (CBCL)	Учительская форма опросника Ахенбаха (TRF)	CBCL TRF
Возраст*			
Тревожность/депрессия		7.055 (6–7 < 8–9)	
Социальная дезадаптация		5.386 (6–7 < 8–9)	
Проблемы интернализации		5.291 (6–7 < 8–9)	
Проблемы экстернализации		4.09 (6–7 < 8–9)	
(Гиперактивность)***		3.517 (6–7 < 8–9)	
Пол**			
Деликвентность	8.931 М > Д		8.98 М > Д
Агрессивность			9.133 М > Д
Проблемы экстернализации		11.41 М > Д	10.237 М > Д
(Усидчивость)***		12.19 М < Д	
(Поведение)***		34.72 М < Д	
(Общая адаптация)***		14.4 М < Д	
(Гиперактивность)***		12.44 М > Д	
(Академическая успеваемость)***		11.67 М < Д	

* Направление эффекта возраста (когда парный t -тест значим на уровне $p < 0.01$). Например, 6–7 < 8–9 означает, что 6–7-летние дети получили менее высокие оценки, чем 8–9-летние.

** Направление эффекта пола. Например, М > Д значит, что мальчики получили более высокие оценки.

*** В скобках приведены шкалы, которые относятся только к TRF.

($p \leq 0.001$; для шкал “Академическая успеваемость” и “Усидчивость”; $p \leq 0.000$; для шкал “Поведение” и “Общая адаптация”).

По мнению учителей, девочки оказались более усидчивыми ($F=12.9$; $p \leq 0,001$), дисциплинированными ($F=34.7$; $p \leq 0,000$) и успевающими ($F=11.67$; $p \leq 0.001$), они также получили более высокие оценки общей адаптации ($F=14.4$; $p \leq 0,000$). В то же время мальчики были оценены более высоко учителями по шкале гиперактивности ($F=12.44$; $p \leq 0,001$), а также общей шкале экстернализации ($F=11.41$; $p \leq 0,001$).

Что касается родительских оценок, в отношении мальчиков родители сообщили больше проблем, связанных с деликвентностью ($F=8.931$; $p \leq 0.003$).

Анализ половых и возрастных различий был также проведен на основе композитной оценки (средних оценок двух экспертов – родителей и учителей). Мальчики получили значимо более высокие оценки по шкалам деликвентности ($F=8.98$; $p \leq 0,003$), агрессивности ($F=9.133$; $p \leq 0,003$) и экстернализации ($F=10.237$; $p \leq 0,002$).

Эффекты взаимодействия между переменными пола и возраста оценивались с помощью аппарата дисперсионного анализа ANOVA. Взаимодействие двух факторов означает, что влияние одного из них проявляется по-разному на разных уровнях другого фактора. В данном случае проверялось предположение о зависимости влияния переменной “пол” от градации переменной “возраст”. Вся выборка была поделена на три возрастные группы: 6–7, 8–9 и 10–11 лет. Переменные “пол” и “возраст” выступали как независимые; зависимой переменной в каждом случае являлась та или иная шкала опросника. Ни один из эффектов взаимодействия между переменными пола и возраста не был значимым.

Данные, полученные в ходе нашего исследования, мы сопоставили с литературными [8; 9; 12–14].

Анализ родительских оценок не позволяет говорить о значимости фактора возраста в возникновении эмоциональных и поведенческих проблем. Сходные результаты были получены в исследовании Stranger C., Achenbach T.M. & Verhulst C.V., где не было обнаружено значимых эффектов возраста на развитие проблем с течением времени и их стабильность [8].

В целом, у 6–7-летних детей по сравнению с 8–9-летними по мнению учителей оказалось меньше проблем, связанных с тревожностью ($p < 0.01$), социальной дезадаптацией ($p < 0.01$), проявлениями гиперактивности ($p < 0.01$), про-

блемами интернализации ($p < 0.01$) и экстернализации ($p < 0.01$). Влияние фактора возраста на показатели гиперактивности, экстернализации и интернализации оказалось низким, что согласуется с результатами других исследований. Так, в австралийском исследовании было зафиксировано минимальное различие в числе симптомов СДВГ в возрасте от 5 до 11 лет [9]. Нормативные кривые показателя экстернализации и у мальчиков, и у девочек имеют с возрастом тенденцию к понижению. Что касается проблем интернализации, в лонгитюдном исследовании Keiley et al., где опросники заполнялись учителями и матерями, была обнаружена стабилизация показателей интернализации у мальчиков и девочек в возрастной период от 5 до 12 лет. При этом учительские оценки уровня экстернализации у мальчиков были выше, чем у девочек [12].

В группе мальчиков учителя отметили больше проблем, связанных с гиперактивностью, и проблем экстернализации. Девочки были охарактеризованы как более усидчивые, успевающие, отличающиеся примерным поведением и более адаптированные. Согласно литературным данным, симптомы невнимательности и чрезмерной активности более характерны для мальчиков, чем для девочек. Пик нарушений внимания отмечается при поступлении в школу, далее этот показатель снижается, однако остается более высоким у мальчиков по сравнению с девочками [9].

И родители, и учителя отметили превалирование у мальчиков проблем экстернализации, агрессивности и деликвентности по сравнению с девочками. Полученные результаты согласуются с литературными данными Stranger C., Achenbach T.M. & Verhulst C.V., сообщающими о большей выраженности проблем у мальчиков по сравнению с девочками [8].

Синдром деликвентного поведения включает в себя воровство, поджоги, ложь и мошенничество. Такое поведение обычно проявляется скрыто и может носить как деструктивный, так и недеструктивный характер. Исследования Bongers et al. свидетельствуют о том, что большинство мальчиков (60–70%) не совершают никаких деликвентных или антисоциальных поступков на протяжении детства и отрочества. У девочек этот процент еще выше – около 90%. Лишь небольшая группа мальчиков (10%) и девочек (1%) демонстрирует устойчивое деликвентное и антисоциальное поведение в данный возрастной период. Более высокие показатели агрессивности и деликвентности у мальчиков,

нежели у девочек, образуют траекторию нормативного развития по данным признакам [9]. П. Фрик в качестве ковариат деликвентного поведения выделил наличие у ребенка психологических проблем, связанных с нарушениями самоконтроля, эмоциональными расстройствами, а также поведенческими проявлениями психопатических черт [13]. В то же время высокий уровень произвольности и самоконтроля связывают с развитием социальной и эмоциональной компетентности и с уменьшением проблем интернализации и экстернализации [14].

Таким образом, исследование показало, что проявление эмоциональных и поведенческих особенностей младших школьников зависит от факторов пола и возраста.

Литература

1. *Achenbach T.M.* Advancing Assessment of Children and Adolescents: Commentary on Evidence-Based Assessment of Child and Adolescent Disorders // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2005. – Vol. 34. – №3. – P. 541–547.
2. *Мэш Э., Вольф Д.* Детская психопатология. Нарушения психики ребенка / Пер. с англ. – СПб.: ПРАЙМ_ЕВРОзнак, 2003. – С. 384.
3. *Гиндина Е.Д.* Оценка роли генотипа и среды в формировании поведенческих и эмоциональных особенностей в подростковом возрасте: Дис. ... канд. психол. наук. – М., 2005.
4. *Hudziak J.J., Achenbach Th. M., Althoff R.R., & Pine D.S.* A dimensional approach to developmental psychopathology // *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. – 2007. – P. 16–23.
5. *Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Тхостов А.Ш., Зеленина Е.В., Андрющенко А.В., Иванов С.В.* Психопатология депрессий (к построению типологической модели) // *Депрессии и коморбидные расстройства* / Под ред. А.Б. Смулевича, 1997.
6. *Achenbach T.M.* Advancing Assessment of Children and Adolescents: Commentary on Evidence-Based Assessment of Child and Adolescent Disorders // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. – 2005. – Vol. 34. – №3. – P. 541–547.
7. *Achenbach T.M., Dumenc, L., Rescorla L.A.* Ten-Year Comparisons of Problems and Competencies for National Samples of Youth: Self, Parent, and Teacher Reports // *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, Winter 2002. – Vol. 10. – №4. – P. 194–203.
8. *Stranger C., Achenbach T.M. & Verhulst C.V.* Accelerating Longitudinal Research on Child Psychopathology: A Practical Example. *Psychological Assessment* 1994. – Vol. 6. – №2. – P. 102–107.
9. *Bongers I.L., Koot H.M., Ende J. & Verhulst F.C.* The Normative Development of Child and Adolescent Problem Behavior // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2003. – Vol. 112. – №2. – P. 179–192.
10. *Konold T.R., Timoty R., Walthall J.C., Pianta R.S.* The Behavior of Child Behavior Ratings: Measurement structure of the Child Behavior Checklist Across Time, Informants, and Child Gender. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2004.
11. *Гиндина Е.Д., Малых С.Б., Лобаскова М.М.* Генотип и среда в вариативности родительских оценок компетентностей и поведенческих/эмоциональных проблем у близнецов подросткового возраста // *Психологическая наука и практика: на стыке культур: Мат-лы междунаучн.-практ. конф.* – Бишкек: КРСУ, 2007.
12. *Keiley M.K., Bates J.E., Dodge K.A., & Pettit G.S.* A cross-domain growth analysis: Externalizing and internalizing behaviors during 8 years of childhood // *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2000. – V. 28. – P. 161–179.
13. *Корнилова Т.В., Смирнов С.Д., Григоренко Е.Л.* Факторы социального и психологического благополучия подростков в показателях методик стандартизованного интервью и листов наблюдения // *Вопросы психологии*. – 2001. – №1. – С. 111–112.
14. *Dennis T.A., Brotman L.M., Huang K.-Y., & Gouley K.K.* Effortful Control, Social Competence, and Adjustment Problems in Children at Risk for Psychopathology // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychopathology*. – 2007. – Vol. 36. – №3. – P. 442–454.