

Изучение связей между сферами адаптивного поведения у детей с различными вариантами дизонтогенеза

САЙФУТДИНОВА Л.Р.

Одной из важнейших целей любого педагогического и коррекционного процесса является адаптация ребенка в социуме. Независимо от уровня способностей, интеллектуального развития, речевых, моторных возможностей человеку необходимо обеспечить достойный уровень функционирования в обществе, соответствующий его потенциалу.

При сложных нарушениях развития, как правило, имеют место трудности адаптации в различных сферах жизнедеятельности. Для того чтобы сделать коррекционный процесс максимально успешным, следует выбрать в качестве мишени воздействия те сферы, изменения в которых приведут к изменениям и в других областях. Для этого необходимо выявить связи между различными сферами адаптивного поведения при разных вариантах отклоняющегося развития. Именно это и стало целью настоящей работы.

Для оценки четырех основных сфер жизнедеятельности, а именно: коммуникации, повседневных житейских навыков, социализации и моторных навыков была использована Вайнлендская шкала адаптивного поведения (Vineland Adaptive Behavior Scales – VABS).

Шкала Вайнленд - это полуструктурированное интервью, в ходе которого на вопросы интервьюера отвечают эксперты -

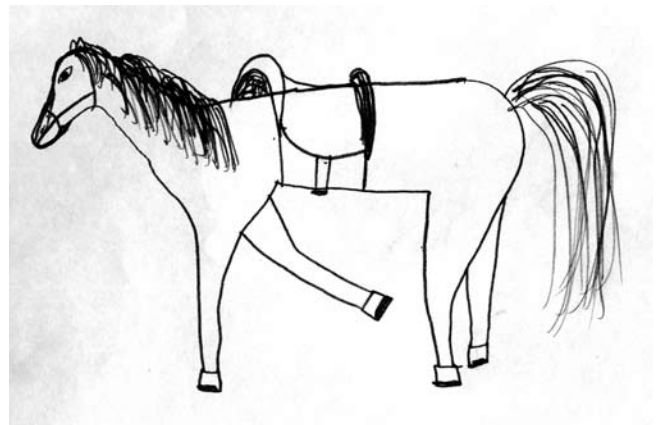
родители ребенка или люди из его ближайшего окружения (те, кто о нем заботится и проводит с ним много времени).

В ходе исследования были опрошены родители или близкие родственники 141-го ребенка, (103-х мальчиков и 38 девочек, в возрасте 6 лет).

В исследовании принимали участие дети с типичным поведением и различными вариантами отклоняющегося развития, которые проходили обследование и получали коррекционную помощь на базе одного из центров психолого-медико-социальной помощи Москвы.

Контрольная группа. Здоровые дети (ЗД)

Контрольную группу составили 55 детей (38 мальчиков, 17 девочек). Отбор детей осуществлялся в старших и подготовительных группах детских дошкольных учебных заведений г. Москвы массового типа. Критерием



включения в контрольную группу являлась способность соответствовать требованиям социальной среды, а именно принимать и выполнять правила и нормы детского сада. Экспертная оценка, на основании которой осуществлялся выбор детей для контрольной группы, давалась воспитателями и методистами, которые имели возможность наблюдать детей в ходе повседневной игровой и учебной деятельности. Само обследование проводилось на базе д/садов г. Москвы.

Группа 1. Группа риска (ГР)

В группу 1 вошли 21 человек (15 мальчиков и 6 девочек). Причинами обращения в Центр были:

1. Особенности поведения, которые проявлялись в виде эпизодов агрессивности, вспыльчивости, раздражительности как по отношению к сверстникам, так и к родителям.

2. Трудности установления устойчивых отношений со сверстниками.

3. Страхи, замкнутость, робость, застенчивость.

4. Неустойчивое, легко меняющееся настроение, повышенная возбудимость, капризность, ранимость, плаксивость.

Психологическое обследование этих детей выявило у них:

- сохранный интеллект;

- специфические личностные особенности в виде повышенной тревожности, страхов, неуверенности в себе;

- снижение контроля импульсивности поведения; эмоционально-волевою незрелость;

- кроме того, у части детей (10 человек) легкие речевые нарушения в форме заикания, ФФН.

По результатам психиатрического обследования у большинства детей этой группы (19 человек из 21) были зафиксированы легкие признаки нервно-психических расстройств (в основном, неврозоподобная симптоматика) в форме тиков, ночного или дневного энуреза или энкопреза, заикания, навязчивых состояний (страхов, сомнений, опасений, движений), нарушений сна и аппетита.

Данная группа детей в виду ее близости к норме условно квалифицирована нами как группа риска проявлений пограничных нервно-психических расстройств.

Группа 2. Задержка психического развития (ЗПР)

Группа 2 состояла из 14-ти человек (8 мальчиков и 6 девочек).

Жалобы при обращении были связаны с отставанием в развитии, в том числе и речевом.

Результат психологического обследования позволил квалифицировать состояние детей этой группы как «задержанный темп психического развития».

По результатам психиатрического обследования всем детям данной группы был поставлен диагноз: (F83.x) «Смешанные специфические расстройства развития (задержка психического развития)» по МКБ-10 или «Задержка психического развития различного генеза».

У детей этой группы в ходе психологического исследования была выявлена легкая интеллектуальная недостаточность, занимающая промежуточное положение между интеллектуальной нормой и олигофренией.

Основными диагностическими критериями задержки психического развития (ЗПР) служили:

- недоразвитие навыков абстрактного мышления (затруднения при выделении главных и второстепенных признаков, недостаточная сформированность способности к обобщению, слабость логического переноса, затруднения при использовании обучающей помощи);

- низкий запас знаний и представлений об окружающем мире; слабость развития временных представлений;

- бедный словарный запас, недостаточное развитие связной речи;

- слабость сформированности процессов регуляции и саморегуляции поведения.

- несформированность произвольного внимания.

Дополнительными критериями являлись:

- недостаточность интеллектуальных

предпосылок (сужение объема внимания, снижение памяти, речевые нарушения);

- признаки эмоционально-волевой незрелости.

Диагноз ЗПР (F83.x) был основным только в отсутствие клинически значимых проявлений органической недостаточности ЦНС (церебрастенического, неврозоподобного, психопатоподобного, гипердинамического синдромов), достаточных для постановки диагноза, укладывающегося в рамки иной психической патологии.

Группа 3. Синдром детского аутизма (СДА)

Группу 3 составили 18 человек (15 мальчиков и 3 девочки). При обращении отмечались следующие жалобы:

1. Снижение темпов развития, в т.ч. и речевого.

2. Существенные трудности общения, практически до невозможности устанавливать контакт с окружающими.

Психологическое обследование выявило у этих детей асинхронию развития на фоне сниженного интеллекта.

По результатам психиатрического обследования всем детям данной группы был поставлен диагноз: F 84.0 «Детский аутизм».

При квалификации состояния использовались следующие диагностические критерии МКБ-10:

1. Качественные нарушения реципрокного взаимодействия, проявляющиеся минимум в одной из следующих областей:

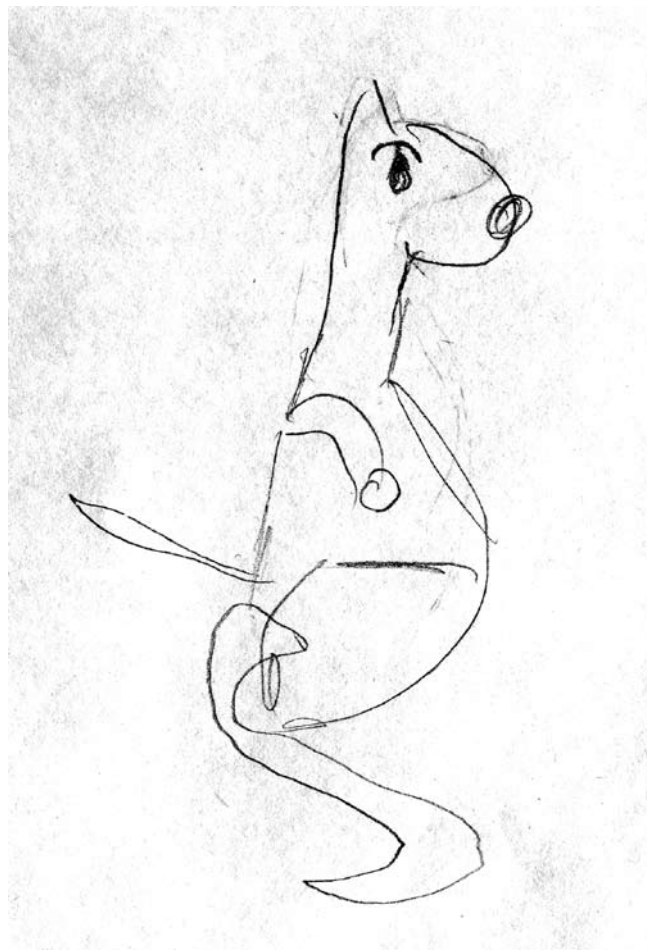
а) неспособность адекватно использовать для регулирования социального взаимодействия контакт взора, мимическое выражение, жестикуляцию;

б) неспособность к установлению взаимосвязей со сверстниками;

в) отсутствие социо-эмоциональной зависимости, что проявляется нарушенной реакцией на других людей, отсутствием модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией;

г) отсутствие общих с другими людьми интересов или достижений.

2. Качественные аномалии в общении,



проявляющиеся минимум в одной из следующих областей:

а) задержка или полное отсутствие спонтанной речи без попыток компенсировать этот недостаток жестикуляцией и мимикой (этому часто предшествует отсутствие коммуникативного гуления);

б) относительная неспособность начинать или поддерживать беседу (при любом уровне речевого развития);

в) повторяющаяся и стереотипная речь;

г) отсутствие разнообразных спонтанных ролевых игр или (в более младшем возрасте) подражательных игр.

3. Ограниченное, повторяющееся и стереотипное поведение, интересы и активность, что проявляется минимум в одной из следующих областей:

а) поглощенность стереотипными и ограниченными интересами;

б) внешне навязчивая привязанность к специфическим нефункциональным поступкам или ритуалам;

в) стереотипные и повторяющиеся моторные манеризмы;



г) повышенное внимание к частям предметов или нефункциональным элементам игрушек (к их запаху, поверхности, издаваемому ими шуму или вибрации).

Группа 4. Синдром Аспергера (СА)

Группа 4 представлена 33-мя детьми (27 мальчиков и 6 девочек). У детей этой группы причинами обращения в Центр были:

1. Трудности взаимодействия с окружающими;
2. Страхи, повышенная тревожность и/или агрессивность;
3. Своеобразие интересов, игровой деятельности, склонность к фантазированию.

Психологическое обследование выявило асинхронию развития на фоне нормативного уровня интеллектуального развития.

По результатам психиатрического обследования всем детям данной группы был поставлен диагноз: F 84.5 «Синдром Аспергера». В качестве диагностических критериев выделяются аналогичные проявления РДА качественные нарушения социального взаимодействия, необычно интенсивные или ограниченные стереотипные поведение, интересы и активность. Для детей с синдромом Аспергера, в отличие от детей с РДА, типично отсутствие клинически значимой общей задержки экспрессивной или рецептивной речи или когнитивных функций.

Данные, полученные с помощью методики Вайнленд, оценивались по 18 факторам - субшкалам и шкалам адаптивного поведения:

- Рецептивные навыки (К1)
1. Экспрессивные (К2)
 2. Письменные (К3)
 3. КОММУНИКАЦИЯ (К)
 4. Личные навыки (Ж1)
 5. Домашние (Ж2)
 6. Общественные (Ж3)
 7. ПОВСЕДНЕВНЫЕ ЖИТЕЙСКИЕ НАВЫКИ (Ж)
 8. Межличностное взаимодействие (С1)
 9. Игра, времяпрепровождение (С2)
 10. Навыки сотрудничества (С3)
 11. СОЦИАЛИЗАЦИЯ (С)
 12. Крупная моторика (М1)
 13. Мелкая моторика (М2)
 14. МОТОРНЫЕ НАВЫКИ (М)
 15. АДАПТАЦИЯ (А). Общий суммарный балл по всем шкалам.

Кроме того оценка производилась еще по 3-м факторам – I и II частям шкалы дезадаптивного поведения Вайнленд и по общему суммарному баллу:

16. Дезадаптация ч. I (Д1)
17. Дезадаптация ч. II (Д2)
18. ДЕЗАДАПТАЦИЯ (Д). Общий суммарный балл по I и II частям шкалы дезадаптации.

Для поиска характеризующих каждую группу ведущих факторов и взаимосвязей между ними вычислялись коэффициенты корреляции, и для каждой группы строилась интеркорреляционная матрица. Для расчета корреляционных зависимостей между субшкалами Вайнленд в каждой группе нами использовался метод ранговой корреляции Спирмена, поскольку данные принадлежат к порядковым шкалам, а распределения не подчиняются нормальному закону.

Результаты

Здоровые дети

В группе здоровых детей выявляется одна значимая корреляционная связь. Поведенческие паттерны части I шкалы деза-

даптации достоверно коррелируют со всеми субшкалами области коммуникации (факторы К1, К2, К3, К).

Следует подчеркнуть, что дезадаптивные формы поведения у здоровых детей встречаются нечасто и проявляются, как правило, в виде импульсивности, повышенной активности, слабости внимания, низкого самоконтроля.

Самый низкий балл, типичный для здоровых детей, выявляется по пункту 49. Вопрос этого пункта сформулирован следующим образом: «Внимательно слушает объяснение, рассказ более 15 минут, при этом спокойно сидит, сосредоточен, позже вспоминает что-то из услышанного, обсуждает». Этот пункт оценивает способность произвольного внимания к речевой информации, а также умение понять и воспроизвести текст. Наиболее сильная зависимость прослеживается между дезадаптивными паттернами и фактором К2 - экспрессивные навыки.

В области экспрессивных навыков минимальные баллы у здоровых детей встречаются по пунктам 34, 35. («Использует предлоги «сзади», «позади», «вокруг», «кругом». «Пользуется фразами и предложениями, содержащими «но», «или»). По пункту 40 («Использует множественное число, образуемое не по общим правилам»); и пункту 46 («Может выразить мысль несколькими способами, не менее двух, по просьбе»). Эти навыки отражают способность использовать достаточно сложные грамматические конструкции и обеспечиваются наиболее поздно созревающими зонами мозга.

По-видимому, связь поведенческих паттернов части I шкалы дезадаптации и всех шкал коммуникации является возрастной характеристикой и объясняется следующим образом. Так как произвольное внимание, функция планирования, регуляции и контроля деятельности только формируются в этом возрасте, у части детей они являются еще недостаточно развитыми, что сказывается на способности понимать и воспроизводить достаточно сложные тексты.

Дети группы риска (Группа 1)

Анализ корреляционных связей в группе 1 показывает, что экспрессивные навыки (фактор К2) связаны с общением, навыками сотрудничества и с социализацией в целом. Эта связь вполне объяснима, т.к. возможность адекватно использовать речь в целях коммуникации не может не влиять на общение с другими людьми.

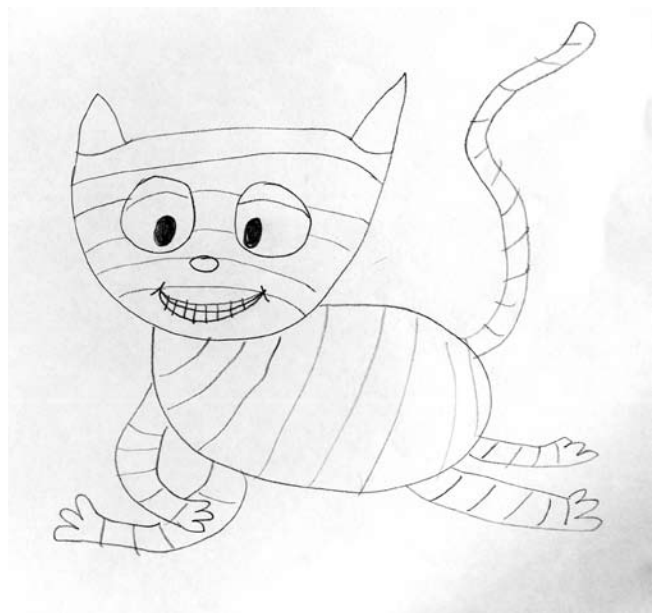
Прослеживается корреляционная связь бытовых житейских навыков (фактор Б) с рецептивными навыками (фактор К1). Эта связь также понятна, поскольку способность ребенка внимательно слушать не может не влиять на усвоение навыков поведения в быту.

Выявленная связь моторных навыков с личными бытовыми (фактор Б1) также вполне закономерна, поскольку успешное освоение в быту, в частности, навыков личной гигиены и самообслуживания (умение одеваться, чистить зубы, мыться, ухаживать за собой) требуют достаточно высокого уровня развития моторной сферы.

Интересно, что, с одной стороны, вся социализация (факторы С1, С2, С3 и С) у детей этой группы связана с домашними бытовыми навыками (Б2), а по фактору межличностное взаимодействие (С1) - с бытом в целом (Б).

Эти факты указывают на важность бытовых навыков, приобретаемых в семье, для социализации ребенка вне дома.

С другой стороны, выявленная отрица-



тельная корреляция между дезадаптивными паттернами части I шкалы дезадаптации (Д1), социализацией (С) и поведением в общественных местах (Б3) свидетельствует о причинах, приводящих к трудностям социализации.

Как указывалось выше, проявления дезадаптации в норме в принципе не являются типичными и, как правило, проявляются в виде импульсивности, повышенной активности, слабости внимания и низкого самоконтроля поведения. В отличие от них, дезадаптивные проявления у детей группы 1 характеризуются не только трудностями, выявляемыми у здоровых детей, но и наличием других дезадаптивных проявлений, например: «Проявляет повышенную тревожность, страхи», «Сторонится людей», «Является чрезмерно зависимым» и др., что может указывать на некоторую невротизацию и повышенную тревожность детей этой группы.

Данное исследование показало, что уровень развития бытовых навыков детей группы 1 значительно выше, чем в норме, к тому же эти дети так же хорошо социализированы, как и здоровые. По-видимому, с одной стороны, высокий уровень развития бытовых навыков влияет на их социализацию и повышает ее до степени нормы, с другой стороны, «цена» успешности при выходе в более широкий социум, чем семья, очень высока для этих детей.

Дети с ЗПР (Группа 2)

Анализ выявленных корреляций в этой группе дал следующие результаты: уровень развития коммуникативных навыков связан с уровнем усвоения бытовых житейских навыков, а именно с умением ухаживать за собой и навыками общественного поведения, а также с социализацией в целом. Эти связи понятны: ребенок, лучше понимающий речь и активно пользующийся ею, становится более успешным в быту и в социуме в целом. Бытовые навыки связаны также с двигательной сферой, преимущественно с мелкой моторикой. Понятно, что чем лучше у детей развита мелкая моторика, тем легче осваиваются бытовые навыки.

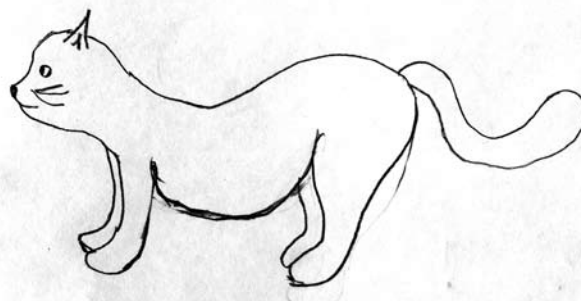
Кроме того, выявлена положительная корреляционная связь бытовых навыков с социализацией (факторы С2, С). Прослеживается сходная связь, описанная ранее у детей группы 1: дети данной группы приобретают и успешно научаются навыкам социального взаимодействия первоначально в кругу семьи, в ходе взаимодействия с близкими. Чем лучше эти навыки приобретаются и усваиваются в семье, тем лучше переносятся в социум в целом. Семья в данном случае выступает моделью большого социума.

Дети с СДА (Группа 3)

При анализе корреляций в группе 3 наибольшее количество связей отмечается между факторами шкалы коммуникации и шкалы бытовых житейских навыков. По сравнению с группой 2 данные связи еще более выражены. Очевидно, что для детей этой группы на уровень развития бытовых навыков влияют не только навыки экспрессивной речи – фактор К2 (как в группе 2 – ЗПР), но и понимание ими обращенной речи – фактор К1.

Речевой фактор также напрямую влияет на способность этих детей устанавливать контакт и общаться.

Также следует отметить связь речи с моторикой. Исследователи аутизма рассматривают вопрос о прямых связях между характером первичных двигательных расстройств, связанных с нарушениями тонической регуляции, и характером речевых нарушений. Предполагается, что речевые и двигательные нарушения имеют общую основу. Произвольный речевой акт нарушается в результате патологического напряжения, которое дезорганизует основу речедвигательного процесса. Однако при-



рода этого явления недостаточно изучена. Нарушается не только потребность в речевом общении, но и сама возможность реализации этого акта.

Диапазон этих расстройств довольно широк и включает в себя и дизартрические явления, нарушения темпа, ритмической организации речи, а в тяжелых случаях - нарушения, напоминающие явления алалии.

Интересно отметить важную связь бытовых навыков в целом с навыками межличностного взаимодействия, сотрудничества и социализации в целом. Роль быта в развитии социализации для детей этой группы так же высока, как у описанных выше групп. Механизм данной связи, очевидно, тот же: через усвоение ребенком в семье правил социального взаимодействия с близкими происходит подготовка к социализации более широкого порядка – вне семьи.

Для этих детей также характерна отрицательная корреляционная связь между фактором игра, времяпрепровождение (С2), являющимся частью шкалы социализации и связанным со способностью взаимодействовать и сотрудничать в игре, и дезадаптивными проявлениями части II этой шкалы.

Дети с СА (Группа 4)

Интересными представляются «ряды корреляций» по факторам бытовых житейских навыков (все 3 субшкалы и общая шкала) и области социализации и моторики. Очевидно, что с повышением умения детей данной группы ухаживать за собой одновременно увеличивается и умение устанавливать контакты, общаться. Связь социализации с навыками личной гигиены (фактор Б1) можно интерпретировать следующим образом: дети, не умеющие ухаживать за собой, неопрятны, без помощи родителей не следят за своим внешним видом, неаккуратны и т.д. и могут отталкивать сверстников или других людей в ходе социальных контактов.

Наличие корреляций социализации с бытовыми навыками помощи по дому имеет, по-видимому, те же причины, что и в предыдущих группах. Дети этой группы, так же как и групп 2 и 3, испытывают трудности овладения навыками социального взаимо-

действия вне семьи. И семья в данном случае играет роль первичной модели социального взаимодействия в более комфортных в психологическом плане условиях. Навыки первоначального взаимодействия с родителями и помощь им по дому обеспечивают возможность общаться с другими и следовать определенным правилам поведения в обществе.

Важно отметить также одну корреляционную связь - между моторной сферой и бытовыми навыками. Следует обратить внимание, что на успешность освоения бытовых навыков у детей данной группы влияет не только уровень развития мелкой моторики, но и крупной. Таким образом, уровень развития моторной сферы влияет на уровень сформированности бытовых навыков и опосредованно воздействует на социализацию детей этой группы, так как роль быта в развитии социальной успешности прослеживается у детей этой группы в целом ряде корреляций.

Особую роль именно крупной моторики следует отметить и в связи с проявлениями дезадаптивного характера. Корреляционный анализ показывает обратную связь между моторикой и дезадаптивными паттернами части I шкалы дезадаптации.

Также следует отметить, что в группе с СА, несмотря на более высокий уровень организации речевой деятельности, чем у детей с СДА, связь между речью (фактор К1) и моторикой (М2 и М) также статистически значима, на уровне $p < 0,01$.

Таким образом, проведенный анализ позволяет выявить как общие для всех групп, так и специфические связи между различными сферами адаптивного и дезадаптивного поведения (рис.1).

Уровень развития бытовых навыков во всех группах напрямую связан с социализацией. Таким образом, работа в семье, направленная на формирование бытовых навыков позволит подготовить ребенка к выходу в социум, усвоение навыков социального взаимодействия с близкими, умение выполнять и подчиняться определенным правилам социального взаимодействия в семье ведут к повышению возможности

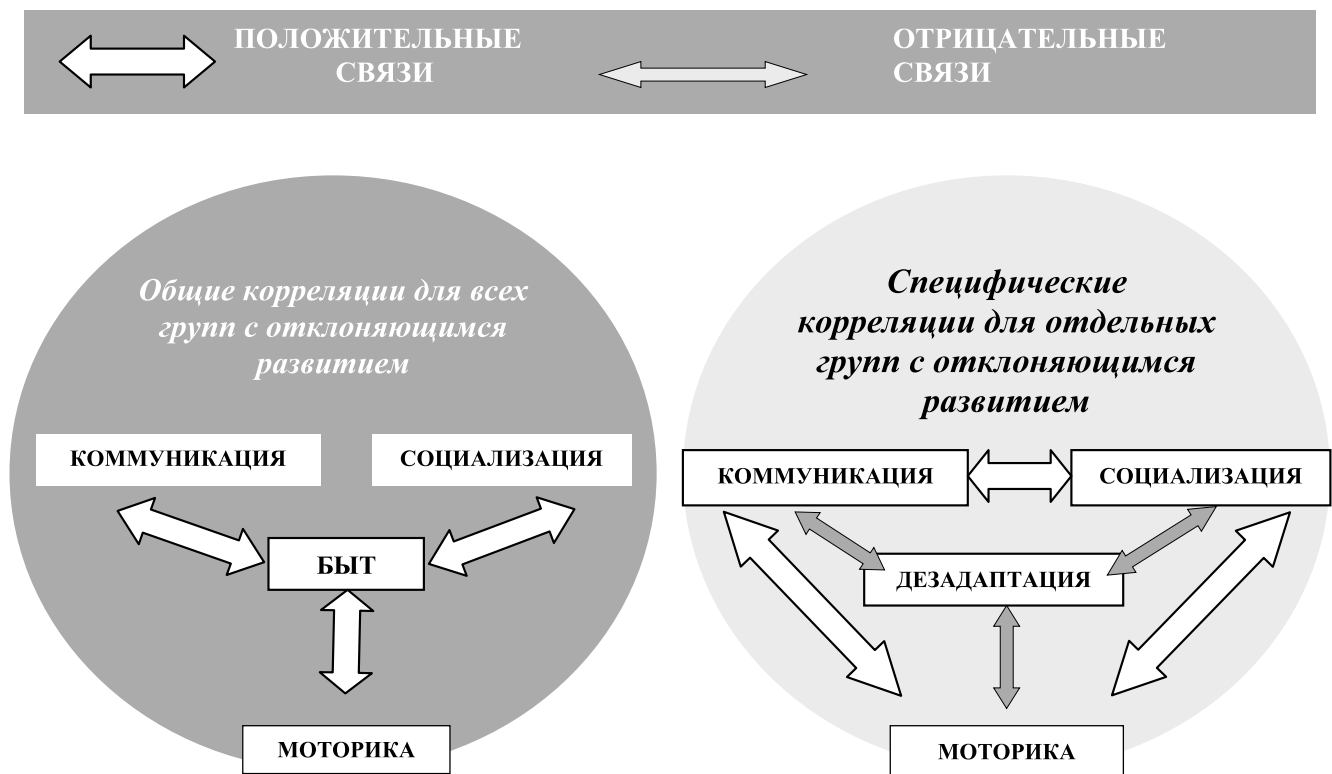


Рис. 1. Общие и специфические взаимосвязи между субшкалами Вайнленд.

социальной успешности.

В свою очередь, быт связан с уровнем развития речи во всех группах, кроме нормы. Это указывает на важность работы по развитию речи (или альтернативных средств коммуникации при ее отсутствии) для адаптации ребенка с любой формой дизонтогенеза.

Во всех группах выявляется связь между двигательной сферой и бытовыми навыками. Эта связь указывает на ее роль в успешной адаптации. Однако в каждой из обследованных групп выявлены специфические связи моторной области и бытовых навыков.

Так, у детей группы 1 это связь моторной области в целом с личными бытовыми навыками (фактор Б1), в группе с ЗПР – мелкой моторики с домашними, общественными навыками и бытом в целом (факторы Б2, Б3, Б), в группе 3 - это преимущественно навыки крупной моторики, которые связаны с личными навыками и бытом в целом (Б1, Б). А в группе 4 все бытовые факторы (Б1, Б2, Б3, Б) связаны с мелкой, крупной и моторикой в целом. Таким образом, работая с моторной сферой ребенка (развитием преимущественно навыков мелкой, либо крупной моторики), мы опосредованно, че-

рез быт, можем влиять положительно и на его социализацию.

Интересно отметить влияние речи как ведущего средства коммуникации на способность детей устанавливать социальные контакты и на социализацию в целом. Если данная связь прослеживается у группы 1 преимущественно во влиянии экспрессивной стороны речи, то в группах 2, 3 с социализацией связана и способность понимать обращенную речь. Работа над речью как непосредственная задача коррекции может повысить социальную успешность детей этих групп.

Кроме того, важно отметить, что у детей группы 4 фактор коммуникации (речевые навыки) не связан с социализацией. Эти данные, с одной стороны, коррелируют с результатами исследований, показывающих, что, независимо от уровня когнитивного развития, дети с синдромом Аспергера испытывают серьезные трудности социализации. С другой стороны, эти данные еще раз свидетельствуют о том, что проблема общения у детей с СА связана не столько с нарушениями лексики, грамматики (что оценивает Вайнленд в шкале коммуникации), а с невозможностью вести диалог из-за неуме-

ния учитывать интересы, мнения собеседника, непонимания скрытого смысла, подтекста ситуации и т.п. Все это указывает на то, что дети с СА нуждаются в специальной коррекционной работе, направленной на решение именно этих проблем, значительно больше, нежели в традиционной логопедической коррекции.

Помимо вышеуказанной, общей для всех групп (за исключением здоровых детей), связи моторики с бытом, для отдельных групп отмечается также связь моторики непосредственно с социализацией. Если в группе 1 это преимущественное влияние мелкой моторики, у аутистов - крупной, то в группе с СА моторный фактор имеет множественные корреляционные связи с социализацией как в части крупной, мелкой, так и всей моторики в целом. Действительно, способность ребенка быть принятым в социальную группу, взаимодействовать в игре, выполнять совместные действия, предъявляет определенные требования как к общей моторной ловкости, так и к ручной деятельности. Данная деятельность у детей с СА снижена, что существенно затрудняет их социализацию, кроме всего прочего, возможно и по этой причине тоже.

Вызывает интерес также наличие корреляционных связей между субшкалами адаптации и поведенческими паттернами, описываемыми в шкале дезадаптации. Данные связи встречаются в норме – преимущественно по субшкалам коммуникации (речевой фактор) и части I шкалы дезадаптации, у детей группы 1 – как связь дезадаптивных проявлений с социальной успешностью. В группе детей с ЗПР (группа 2) они не прослеживаются, а у детей 3-й и 4-й групп единичны. Представляется важным отметить эту тенденцию, так как в ходе коррекционной работы с детьми группы 1 работа по развитию адаптивных навыков, а именно социальных, по-видимому, может снять часть симптомов дезадаптации, уменьшить стресс, переживаемый ребенком.

У детей с СА выявляется связь между факторами С2 («игра, времяпрепровождение») и Д2 (часть II шкалы дезадаптации), а у детей с СА – между Д1 (часть I),

М1 («крупная моторика») и М («общая моторика»).

Следует отметить, что именно в группах 3 и 4 уровень дезадаптивных проявлений наиболее высок по сравнению с другими группами детей. Не вполне понятно, почему грубые нарушения поведения (описанные в основном в части II шкалы дезадаптации) не влияют на уровень адаптации этих детей, прежде всего на их социализацию (это, в первую очередь, касается детей группы 4, поскольку связи С2 и Д2 все-таки обнаружены у детей с аутизмом). Данные, полученные в нашей работе, не позволяют ответить на этот вопрос. Необходимы дальнейшие исследования для его решения.

Таким образом, в нашем исследовании для всех групп детей с типичным и отклоняющимся развитием выявлены взаимосвязи между следующими шкалами Вайнленд:

- бытом и социализацией;
- бытом и моторикой;
- коммуникацией и бытом (последние две связи - для всех групп, исключая здоровых детей).

Следует особо подчеркнуть роль фактора быта, а именно субшкалы области «Повседневные житейские навыки» Вайнленд, связанного напрямую со всеми шкалами адаптации. Как указывалось ранее, работа по развитию навыков быта в семье детей с ЗПР, СА, с аутизмом и расстройствами пограничного нервно-психического круга может способствовать как повышению адаптации в целом, так и положительно влиять на развитие социальных навыков этих детей.

Среди специфических корреляционных связей следует отметить:

- связь речи как ведущего средства коммуникации с социализацией во всех



группах детей (за исключением группы 4 - детей с СА);

- для типично развивающихся детей характерна отрицательная зависимость между уровнем речевого развития и дезадаптивностью;

- для детей с пограничными нервно-психическими нарушениями - отрицательная связь дезадаптивных проявлений с социальной успешностью.

- а также очень характерные множественные связи моторных факторов с социальными у детей преимущественно группы 4, выявляющие особую роль моторики в социализации детей с СА.

ВЫВОДЫ

1. В данной работе выявлены как общие для всех исследуемых детей, так и специфические для каждой отдельной группы корреляции между субшкалами и шкалами Вайнленд.

2. Для всех групп детей характерна

связь уровня развития бытовых житейских навыков с социализацией, что указывает на ведущую роль семьи в приобретении навыков социального взаимодействия.

3. Для всех групп детей с отклоняющимся развитием характерна связь фактора коммуникации и уровня развития моторных навыков с успешностью в быту.

4. Специфическая связь речи как ведущего средства коммуникации с социализацией ребенка показана во всех группах, кроме детей с синдромом Аспергера.

5. У детей преимущественно группы 4 показаны характерные множественные связи моторных факторов с социальными, выявляющие особую роль моторики в социализации детей с СА.

6. Анализ адаптивного профиля позволяет спланировать конкретные пути повышения адаптации ребенка путем развития соответствующих адаптивных навыков и выдвинуть гипотезы о причинах неблагополучия ребенка и о методах его преодоления. А

Литература

1. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. – СПб.: Питер, 2003.
2. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995.
3. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. – М.: Академия, 2003.
4. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ–10. - М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003.
5. Saulnier C.A., Klin A., Sparrow S.S., Cicchetti D.V., Volkmar F.R., Lord C. Does high IQ in autism spectrum disorders translate into real-life success? // 5th International Meeting For Autism Research (IMFAR) Montreal, Canada, June 1 - June 3, 2006.
6. Sparrow S.S., Balla D.A. and Cicchetti D. V. Vineland Adaptive Behavior Scales, Interview Edition. Survey Form Manual. American Guidance Service, Circle Pines, Minnesota. 1984.
7. Szatmari, P.; Archer L., Fisman S., Streiner D.; Wilson, F. Asperger's Syndrome and Autism: Differences in Behavior, Cognition, and Adaptive Functioning. // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. December 1995; 34(12):1662-1671.