

Изучение особенностей адаптивного поведения детей старшего дошкольного возраста с нарушениями развития с помощью шкалы Вайленд

Сайфутдинова Л. Р.,

аспирант МГППУ, психолог Центра психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков Департамента образования Москвы

Представлены материалы исследования, которое направлено на изучение и описание специфических адаптивных профилей детей шестилетнего возраста с нарушениями развития. Метод – Шкала адаптивного поведения Вайленд. Контрольная группа – 55 детей (38 мальчиков, 17 девочек). Основная – 86 детей (65 мальчиков, 21 девочка) – разделена на четыре группы: дети с неврозоподобными расстройствами на фоне остаточных явлений раннего резидуально-органического поражения ЦНС; дети с задержкой психического развития; дети с синдромом детского аутизма и с синдромом Аспергера. Выявлены специфические адаптивные профили для детей с разными типами дизонтогенеза; показаны различия по отдельным областям адаптации; получены общие и специфические корреляционные связи между шкалами.

Ключевые слова: адаптация, дезадаптация, адаптивный профиль, Шкала адаптивного поведения Вайленд, задержка психического развития, синдром детского аутизма, синдром Аспергера.

Повышение качества жизни и формирование адаптивного поведения – главная задача любого коррекционного, педагогического или лечебного воздействия при работе с детьми с нарушенным развитием. Любое нарушение развития непременно приводит к снижению адаптации ребенка. При этом тип дизонтогенеза определяет, какая именно сфера жизнедеятельности

окажется наиболее нарушенной, а какая наиболее сохранной. Коррекционный процесс обязательно должен строиться с учетом этих данных, поэтому необходимым становится использование методов, позволяющих, с одной стороны, оценить степень адаптации и выявить наиболее слабые и сильные стороны ребенка, а с другой стороны, определить связь между уровнями

* msaif@pochta.ru

адаптации в различных сферах его жизнедеятельности [2; 3; 6]. Последнее представляется крайне важным, поскольку позволяет правильно выбрать цель коррекционного процесса. Мишенью воздействия в таком случае становится не любой отсутствующий навык, а тот, формирование которого наилучшим образом скажется на поведении в целом.

Цель данного исследования – описание специфических адаптивных профилей детей шестилетнего возраста с нормальным и отклоняющимся развитием с помощью шкалы адаптивного поведения Вайнленд.

МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

Шкала адаптивного поведения Вайнленд (Vineland Adaptive Behavior Scales – VABS), далее по тексту – Вайнленд или шкала Вайнленд [8]. Общеизвестный в международной практике инструмент оценки адаптации лиц с нормальным и отклоняющимся развитием. 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). Она оценивает четыре основные сферы жизнедеятельности: коммуникацию, повседневные житейские навыки, социализацию, моторные навыки, а также проявления дезадаптивного поведения (табл. 1) [1; 4; 5; 7; 9].

Содержание шкал и субшкал Вайнленд

Помимо этого, в опросник включена шкала дезадаптации. Дезадаптивное поведение проявляется в форме поведенческих паттернов, приносящих определенные неудобства, проблемы ребенку. Они подразделены на две группы, каждая из которых оценивается соответствующей частью шкалы.

К части I относятся проявления дезадаптивного поведения, которые могут встречаться и у нормально развивающихся детей, например: «Сосет палец. Негативистичен. Проявляет повышенную тревожность, страхи. Грызет ногти».

В части II представлены более значительные проявления дезадаптации, которые не встречаются при нормальном развитии, например: «Умышленно разрушает, уничтожает собственное или чужое имущество. Демонстрирует поведение, наносящее вред самому себе».

ИСПЫТУЕМЫЕ

В ходе исследования опрошены родители или близкие родственники 141 ребенка (103 мальчиков и 38 девочек в возрасте 6 лет). Контрольную группу составили 55 детей (38 мальчиков, 17 девочек), посещавших детские дошкольные учебные заведения массового типа Москвы. В основную группу вошли 86 детей (65 мальчиков, 21 девочка). Исследование проводилось на базе Центра психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков Департамента образования Москвы (ЦПМССДиП). Дети основной группы в соответствии с данными медико-психологического обследования разделены на четыре группы: дети с неврозоподобными расстройствами на фоне остаточных явлений раннего резидуально-органического поражения ЦНС – группа 1; дети с диагнозом «задержка психического развития различного генеза (ЗПР)» – группа 2; группа 3 – дети с синдромом детского аутизма (СДА); дети с синдромом Аспергера и / или высокофункциональные аутисты (СА) – группа 4 (табл. 2).

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Для каждой группы были построены усредненные графики результатов, пред-

Содержание шкал и субшкал Вайнленд

Шкалы	Субшкалы	Содержание
Коммуникация	Рецептивные навыки	Умение слушать, понимать услышанное и выполнять инструкцию
	Экспрессивные	Вербальные и невербальные навыки устной коммуникации
	Письменные	Навыки чтения и письма
Повседневные житейские навыки	Личные навыки	Навыки самообслуживания и личной гигиены. Забота о собственном здоровье
	Домашние	Помощь по ведению домашнего хозяйства (приготовление еды, уборка, уход за одеждой)
	Общественные	Пространственно-временная ориентировка. Навыки поведения в местах общественного питания, на работе, улице, в том числе с точки зрения личной безопасности. Умение пользоваться телефоном, обращение с деньгами
Социализация	Межличностное взаимодействие	Распознавание и выражение эмоций. Подражание. Навыки установления контакта в социально приемлемых формах. Дружба. Позитивное восприятие окружающих. Принадлежность и общение в социальных группах
	Игра, времяпрепровождение	Игра, телевизор и радио, хобби. Совместное с другими времяпрепровождение. Умение делиться и сотрудничать с другими
	Навыки сотрудничества	Следование общественным правилам и нормам, в том числе соблюдение этикета. Проявление ответственности перед другими, умение контролировать собственное поведение. Умение хранить секреты
Моторные навыки	Крупная моторика	Координация, движения тела и отдельных его частей (головы, туловища, конечностей). Сидение, ходьба и бег, игровая активность
	Мелкая моторика	Манипуляции с предметами, графическая и конструктивная деятельность

ставленных в стандартных баллах по американским нормам по шкалам адаптации (рис. 1).

На рис. 1 представлены усредненные профили всех групп в стандартных баллах (шкала IQ, где 100 – среднее, 15 – стандартное отклонение) по американским

нормам шкалы Вайнленд. Как видно из рис. 1, каждая группа характеризуется специфическим адаптивным профилем.

Статистический анализ результатов по сырым баллам проводился с использованием средств пакета STATISTICA 6.0.(STAT SOFT). Для установления различий между

Таблица 2

Общее число испытуемых и половозрастная характеристика групп

Группа	Всего (чел.)	Мальчики	Девочки	Средний возраст (лет / мес.)
Контрольная	55	38 (69 %)	17 (31 %)	6,5
Группа 1	21	15 (71 %)	6 (29 %)	6,5
Группа 2	14	8 (57 %)	6 (43 %)	6,6
Группа 3	18	15 (83 %)	3 (17 %)	6,5
Группа 4	33	27 (82 %)	6 (18 %)	6,3
ВСЕГО	141	103 (73 %)	38 (27 %)	6,5

группами были рассмотрены 15 факторов – субшкал и шкал адаптивного поведения и два фактора – части I и II шкалы дезадаптивного поведения. Для сравнения выборок использовался U-тест по методу Манна и Уитни.

В профиле типично развивающихся детей (контрольной группы) показатели по каждой отдельной шкале адаптивного поведения находятся в пределах нормативного уровня по американским нормам (85–115 баллов), (см. рис. 1).

В профиле детей с пограничными нервно-психическими расстройствами (группы 1) показатели по всем шкалам, так же как и у здоровых детей, находятся в

пределах нормативного уровня, однако у детей этой группы уровень бытовых навыков и социализации выше, чем у здоровых детей. При сравнении результатов (в сырых баллах) с контрольной группой для детей группы 1 характерно достижение более высокого, чем в норме уровня развития бытовых навыков наряду со снижением уровня развития письменных навыков коммуникации и крупной моторики.

Показатели усредненного профиля *детей с ЗПР (группы 2)* по всем шкалам (кроме моторики), и по общему суммарному баллу находятся на умеренно низком уровне (70–84 балла). Наибольшие понижения в профиле связаны с коммуникативными

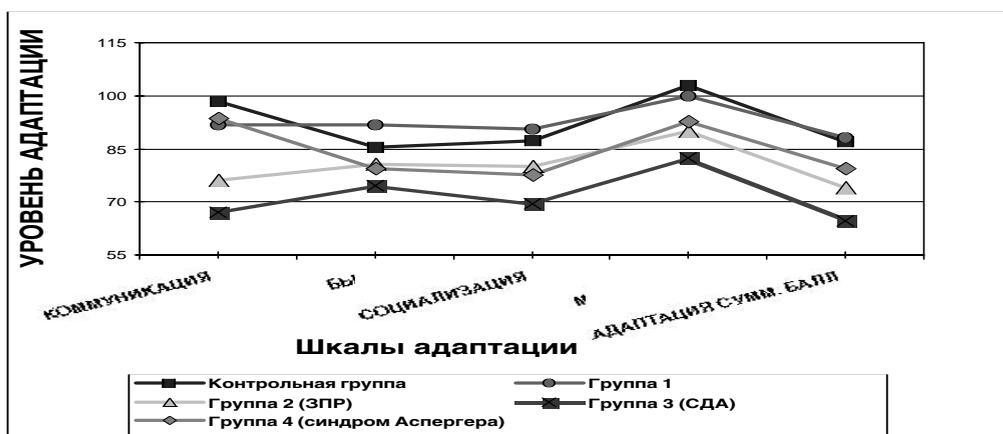


Рис. 1. Адаптивные профили по Вайнленд

навыками и общим показателем адаптации (суммарным баллом по всем шкалам). В целом адаптивный профиль этих детей расположен ниже графиков детей группы 1 и нормально развивающихся (см. рис. 1). Специфичным для детей с ЗПР является снижение навыков коммуникации, социализации и достоверно более низкий, чем у здоровых детей, уровень развития мелкой моторики при относительно высокой области бытовых навыков. От группы 1 их отличают более низкие результаты по всем областям адаптации.

Профиль детей с СДА (группы 3) – самый низкий относительно всех остальных групп по всем шкалам адаптации (см. рис. 1), имеет понижения по коммуникации, социализации и уровню адаптации в целом. По сырым баллам для детей этой группы специфичны достоверно более низкие результаты по большинству субшкал и шкал адаптации так же по сравнению со всеми другими группами. Существенные отличия выявляются при сравнении со здоровыми детьми и с группой 1. Единственный фактор, по которому эти дети не отличаются от типично развивающихся, это субшкала «домашние навыки». В сравнении с детьми с ЗПР результаты группы 3 достоверно ниже по всем субшкалам области коммуникации и социализации и отдельным навыкам в области быта и моторики.

Дети с синдромом Аспергера (группы 4) имеют высокий уровень коммуникации и моторных навыков и снижение профиля по сферам повседневных житейских навыков, социализации и общей адаптации (рис. 1). Интересно, что профили детей ЗПР и высокофункциональных аутистов внешне схожи по бытовой области, социализации и моторике, и сильно расходятся только в части коммуникации. При сравнении результатов этих групп по сырым баллам также выявлено наименьшее количество до-

стоверных различий: дети с синдромом Аспергера превосходят детей с ЗПР только в области коммуникации и навыках мелкой моторики.

От здоровых детей (по сырым баллам) группа 4 демонстрирует отличия как в области экспрессивных, так и рецептивных навыков коммуникации при сходном уровне развития письменных навыков. Существенные трудности эти дети испытывают и в сфере социализации. В моторной сфере они существенно хуже нормы по уровню развития крупной моторики, а в быту только по навыкам личной гигиены и самообслуживания.

От группы 1 дети группы 4 обнаруживают отличия в области социализации и бытовых навыков, по которым дети группы 1 превосходят их. При этом следует отметить, что в моторной сфере и коммуникативных навыках между этими группами отличий не выявлено. При сравнении с группой 3 группа 4 имеет наибольшие отличия – по 12 субшкалам (преимущественно в области коммуникативной сферы и социализации, и отдельным навыкам в бытовой сфере и мелкой моторике).

Деадаптация. На рис. 2 представлены усредненные показатели групп 1, 2, 3, 4 и контрольной (нормативной) по шкале деадаптации.

По показателям шкалы деадаптации (рис. 2) нормально развивающиеся дети характеризуются наличием поведенческих паттернов по части I и отсутствием деадаптивных проявлений по части II шкалы. По выраженности деадаптивных проявлений части I шкалы деадаптации дети группы 1 более деадаптированы, чем здоровые. В отличие от нормы, деадаптивные проявления у детей группы 1 характеризуются не только трудностями, выявляемыми у здоровых детей (которые, как правило, проявляются в виде импульсивности,

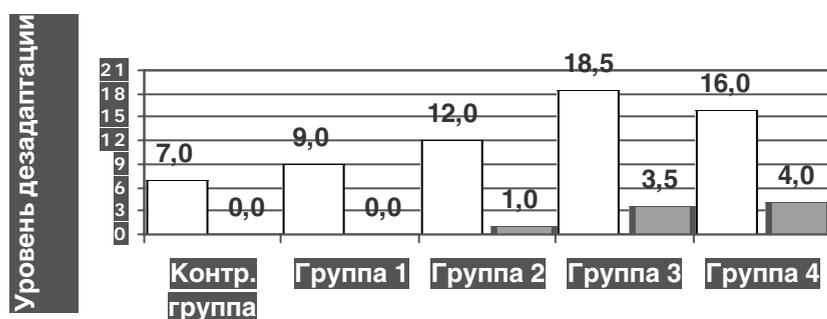


Рис. 2. Усредненные показатели групп по шкале дезадаптации (часть I и часть II)

повышенной активности, слабости внимания и низкого самоконтроля поведения), но и наличием других дезадаптивных проявлений, например таких феноменов, как: «Проявляет повышенную тревожность, страхи», «Является чрезмерно зависимым» и др., что может указывать на некоторую невротизацию и повышенную тревожность детей этой группы.

Результаты детей с ЗПР не дают той степени выраженности дезадаптивных проявлений (характерных части II шкалы), которая может наблюдаться у детей с асинхронным развитием (с расстройствами аутистического круга) независимо от интеллектуального уровня.

Для детей с СДА и СА характерна более выраженная степень дезадаптированности (по части I и II шкалы дезадаптации) по отношению к здоровым детям и детям группы 1, и по части II по отношению к детям с ЗПР.

Корреляционный анализ. Для расчета корреляционных зависимостей между субшкалами использовался метод ранговой корреляции Спирмена. Такой анализ позволил выявить как общие для всех групп, так и специфические связи между сферами адаптивного и дезадаптивного поведения. Уровень развития бытовых навыков во всех группах напрямую связан с социа-

лизацией. Таким образом, работа в семье, направленная на формирование бытовых навыков, позволит подготовить ребенка к выходу в социум, «тренироваться» в усвоении навыков социального взаимодействия со своими близкими, научиться выполнять и подчиняться определенным правилам социального взаимодействия в семье, и таким образом поднять уровень его 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. Таким образом, работая с моторной сферой ребенка (развитием преимущественно навыков мелкой либо крупной моторики), мы опосредованно, через быт можем влиять положительно и на его социализацию.

Специфическая связь речи как ведущего средства коммуникации с социализацией ребенка показана во всех группах, кроме детей с синдромом Аспергера. Работа над речью как непосредственная задача коррекции может повысить социальную успешность детей этих групп.

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. Данная деятельность у детей с СА снижена, что существенно затрудняет их социализацию, кроме всего прочего, возможно, и по этой причине.

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 они не прослеживаются, а у детей групп 3 и 4 еди-

ничны. 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.

Выводы

1. Для каждой из обследованных групп с типичным или отклоняющимся развитием выявлены специфические профили адаптивного поведения с помощью шкалы Вайнленд.

2. По отдельным областям адаптации выявлены специфические различия особенностей адаптивного функционирования детей с разными типами дизонтогенеза.

3. Корреляционный анализ отношений между сферами адаптивного и дезадаптивного поведения показывает наличие как общих, так и специфических связей.

4. Анализ адаптивного профиля позволяет спланировать конкретные пути повышения адаптации ребенка путем развития соответствующих адаптивных навыков.

Литература

1. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. СПб., 2003.
2. Гордеев В. И., Александрович Ю. С. Методы исследования развития ребенка: качество жизни (QOL) – новый инструмент оценки детей. СПб., 2001.
3. Голованова Н. Ф. Социализация и воспитание ребенка. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. СПб., 2004.
4. Сайфутдинова Л. Р. Использование шкалы Вайнленд при диагностике больших аутизмом и синдромом Аспергера (по материалам зарубежной печати) // Аутизм и нарушения развития. 2003. № 2.
5. Сайфутдинова Л. Р., Сударикова М. А. Оценка уровня развития адаптации ребенка с помощью шкалы Вайнленд // Школа здоровья, 2004. № 1.
6. Слободская Е. Р., Гудман Р., Князев Г. Г. Актуальные вопросы современной медицины. Новосибирск, 2002.
7. Alice S. Carter, Fred R. Volkmar, Sara S. Sparrow, Jing-Jen Wang, Catherine Lord, Geraldine Dawson, Eric Fombonne, Katherine Loveland, Gary Mesibov, and Eric Schopler. Vineland Adaptive Behavior Scales: The Supplementary Norms for Individuals with Autism // Journ. of Autism and Developmental Disorders, 1998. V. 28. № 4.
8. Sara S. Sparrow, David A. Balla, and Domenic V. Cicchetti Vineland Adaptive Behavior Scales, Interview Edition. Survey Form Manual. Minnesota: American Guidance Service, 1984.
9. Using the Vineland to predict Autism and Asperger Syndrom. An interview with Dr. S. Sparrow // Assessment Information Exchange (AIE), Spring 2001. V.12. № 1.

STUDYING PECULIARITIES OF ADAPTIVE BEHAVIOR OF ELDER PRESCHOOL CHILDREN WITH DEVELOPMENT DISORDERS USING VINLAND'S SCALE

Saifutdinova L.R.,

Psychologist, Center for Psychological, Medical and Social Guiding of Children and Adolescents, Board of Education, MSUPE

The focus of present research was to study and describe specific adaptive profiles of 6 year old children with development disorders. The method was Vineland's adaptive behavior scale. The control group consisted of 55 children (38 boys, 17 girls). The main group - 86 children (65 boys, 21 girls) - was divided into four sub-groups: children with neurosis-like disorders on the background of residual effect of early residual-organic central nervous system damage; children with mental retardation; children with syndrome of infantile autism and with Asperger's syndrome. The findings indicate specific adaptive profiles of children with different types of dysontogenesis; differences in different adaptation spheres were shown; results of statistical analysis show general and specific correlations between the scales.

Keywords: adaptation, disadaptation, adaptive profile, Vineland's adaptive behavior scale, mental retardation, syndrome of infantile autism.

References

1. Anastazi A., Urbina S. Psihologicheskoe testirovanie. SPb., 2003.
2. Gordeev V. I., Aleksandrovich Yu. S. Metody issledovaniya razvitiya rebenka: kachestvo zhizni (QOL) – novyi instrument ocenki detei. SPb., 2001.
3. Golovanova N. F. Socializaciya i vospitanie rebenka. Uchebnoe posobie dlya studentov vysshih uchebnyh zavedenii. SPb., 2004.
4. Saifutdinova L. R. Ispol'zovanie shkaly Vainlend pri diagnostike bol'nyh autizmom i sindromom Aspergera (po materialam zarubezhnoi pečati). // Autizm i narusheniya razvitiya, 2003. №2.
5. Saifutdinova L. R., Sudarikova M. A. Ocenka urovnya razvitiya adaptacii rebenka s pomosh'yu shkaly Vainlend // Shkola zdorov'ya, 2004. № 1.
6. Slobodskaya E. R., Gudman R., Kryazev G. G. // Aktual'nye voprosy sovremennoi mediciny. Novosibirsk, 2002.
7. Alice S. Carter, Fred R. Volkmar, Sara S. Sparrow, Jing-Jen Wang, Catherine Lord, Geraldine Dawson, Eric Fombonne, Katherine Loveland, Gary Mesibov, and Eric Schopler. Vineland Adaptive Behavior Scales: The Supplementary Norms for Individuals with Autism // Journ. of Autism and Developmental Disorders, 1998. V.28. №. 4.
8. Sara S. Sparrow, David A. Balla, and Domenic V. Cicchetti. Vineland Adaptive Behavior Scales, Interview Edition. Survey Form Manual. Minnesota: American Guidance Service, 1984.
9. Using the Vineland to predict Autizm and Asperger Syndrom. An interview with Dr. S. Sparrow // Assessment Information Exchange (AIE), Spring 2001. V.12. №1.