

Оценка эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра с помощью метода СВСCL/1½-5*

Н. Л. Плешкова¹, О. В. Татаренко^{2,3,4}, Д. В. Севрюгин⁵

¹ Санкт-Петербургский государственный университет, Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9

² Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции, Российская Федерация, 356240, Ставропольский край, Шпаковский район, Михайловск, ул. Гагарина, 370

³ Северо-Кавказский федеральный университет, Российская Федерация, 355029, Ставрополь, пр. Кулакова, 2

⁴ Ставропольский государственный педагогический институт, Российская Федерация, 355045, Ставрополь, ул. Пирогова, 58

⁵ Ставропольская краевая клиническая специализированная психиатрическая больница № 1, Российская Федерация, 355038, Ставрополь, ул. Ленина, 441

Для цитирования: Плешкова Н. Л., Татаренко О. В., Севрюгин Д. В. Оценка эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра с помощью метода СВСCL/1½-5 // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2020. Т. 10. Вып. 3. С. 274–288. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2020.305>

Представлено исследование эмоциональных и поведенческих нарушений у детей, имеющих расстройства аутистического спектра с использованием проверочного листа поведения СВСCL/1½-5. Использование данного инструмента для оценки нарушений поведения и как способа скрининга у детей с расстройствами аутистического спектра является новой областью его применения. В исследованиях, проведенных ранее в странах Европы, США и в Южной Корее, было показано, что DSM-ориентированная шкала «Устойчивые проблемы развития» и шкала синдромов «Отстраненность» являются наиболее информативными относительно первичного скрининга аутистических расстройств у дошкольников. Исследования проблем поведения с помощью метода СВСCL/1½-5 у детей с аутизмом на российской выборке отсутствуют. В связи с этим целью исследования стала оценка эмоциональных и поведенческих нарушений у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра с применением метода СВСCL/1½-5, который включает 99 утверждений, описывающих различные отклонения в поведении и эмоциональном состоянии детей. Участниками исследования стали дети с расстройствами аутистического спектра (средний возраст 52,9 ± 8,7 месяцев), которые были диагностированы врачом-психиатром при обследовании в Ставропольской краевой клинической специализированной психиатрической больнице № 1. В группу сравнения вошли типично развивающиеся дети (средний возраст 35,8 ± 9,4 месяцев). Результаты продемонстрировали, что в группе детей с расстройствами аутистического спектра показатели по DSM-шкале «Устойчивые проблемы развития» и шкале синдромов «Отстраненность» находятся на клиническом уровне выраженности нарушения. При сравнении с типично развивающимися детьми у детей с аутизмом чаще встреча-

* Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ № 19-013-00285.

ются значительные нарушения поведения по DSM-шкалам «Аффективные расстройства», «Устойчивые проблемы развития», «Дефицит внимания и гиперактивность», «Оппозиционно-вызывающее поведение» и шкалам синдромов «Эмоциональная реактивность», «Соматические жалобы», «Отстраненность», «Нарушения внимания», «Агрессивное поведение». Не было обнаружено взаимосвязи между частотой превышения критических показателей проявления нарушений связи с полом детей, уровнем образования и семейным положением матерей, а также количеством детей в семьях в обеих группах.

Ключевые слова: аутизм, CBCL/1½-5, нарушения поведения, дошкольный возраст, скрининг.

Введение

В настоящее время проверочный лист поведения детей CBCL/1½-5 широко используется в исследованиях и клинической практике для описания эмоциональных и поведенческих нарушений у детей дошкольного возраста [1]. Он представляет собой эмпирически обоснованный и валидизированный инструмент, который заполняется родителем или другим близким взрослым ребенком. Утверждения, содержащиеся в проверочном листе, показывают различные особенности и отклонения в поведении, эмоциональном состоянии и соматических проявлениях дошкольника, которые были сформулированы в ходе исследований психического здоровья детей, а также описаны возрастными и клиническими психологами, психиатрами и социальными работниками в психиатрии¹.

В работах, раскрывающих специфику поведения детей с РАС² при помощи опросника CBCL/1½-5 показано, что у детей наблюдается значимое превышение критических показателей по шкалам «Отстраненность», «Проблемы внимания» и «Эмоциональная реактивность» по сравнению с типично развивающимися детьми [2; 3]. Показатели по DSM-ориентированной шкале «Устойчивые проблемы развития» также значительно выше у детей с РАС по сравнению с детьми, имеющими другие психические нарушения [4].

Использование опросника CBCL/1½-5 как метода скрининга аутистических проявлений — новая область исследования. Как было показано ранее, DSM-ориентированная шкала «Устойчивые проблемы развития» и шкала синдромов «Отстраненность» являются наиболее информативными относительно проявлений аутистическим черт у дошкольников. Выраженность нарушений поведения по другим шкалам метода существенно не отличалась у детей с расстройствами аутистического спектра и другими расстройствами, такими как задержка развития, синдром гиперактивности и нарушения внимания [5; 6]. Также было показано, что данные шкалы демонстрируют чувствительность к проявлениям аутистических нарушений для детей уже в раннем возрасте (24 месяца). Одним из направлений разработки задач скрининга расстройств аутистического спектра в раннем и дошкольном детстве при помощи проверочного листа CBCL/1½-5 является использование отдельных утверждений, входящих в различные шкалы опросника. В исследовании, использующем данные, полученные на выборках Дании, Австралии,

¹ Подробное описание шкал проверочного листа CBCL/1½-5 представлено в разделе «Методика».

² РАС — расстройства аутистического спектра.

Кореи, Сингапура, Исландии, США, Ирана и других стран, было показано, что наиболее информативными относительно возможного наличия РАС у ребенка оказались утверждения: 23. *Не отвечает, когда к нему обращаются.* 7. *Не выносит, когда вещи лежат не на своих местах.* 21. *Расстраивается от любой перемены в распорядке.* 4. *Избегает смотреть другим в глаза* [7]. В настоящее время использование метода CBCL/1½-5 в качестве скрининга РАС находится в процессе апробирования и не может рассматриваться в качестве основного метода для выявления РАС, однако вместе с информацией, представленной педагогами, а также клинической экспертной оценкой психолога и психиатра он может оказаться полезным для решения задач раннего выявления РАС.

Несмотря на высокую распространенность использования в мировых исследованиях метода CBCL/1½-5 и его версии для детей школьного возраста и подростков CBCL/6-18, в российских работах этот метод пока не получил широкого применения. Русскоязычная версия опросника CBCL/1½-5 была апробирована А. В. Колмагоровой, Е. Р. Слободской и И. А. Киншт в 2006 г. [8]. Исследовались поведенческие проявления у дошкольников из неполных семей в связи с особенностями их социально-психологической адаптации [9], характеристиками темперамента [10] и динамикой психического здоровья [11]. Версия CBCL/6-18 использовалась для описания характеристик поведения у детей, имеющих опыт институционализации [12; 13], кросс-культуральном исследовании социально-психологической адаптации [14], эффективности применения нейрорептиков в терапии гиперкинетического расстройства поведения детей [15; 16], различных аспектов психического здоровья и психологического функционирования подростков [17; 18], взаимосвязей между соматическими проявлениями, заболеваниями и поведенческими нарушениями у подростков [19; 20]. Нами не было найдено работ, выполненных на российской выборке, в которых изучались характеристики поведения у детей, имеющих расстройства аутистического спектра с помощью метода CBCL/1½-5. В связи с этой целью исследования стала оценка эмоциональных и поведенческих нарушений у детей дошкольного с расстройствами аутистического спектра с использованием данного метода. Для достижения цели были поставлены следующие задачи: 1) оценить характеристики поведения и эмоциональных реакций у детей с РАС и типично развивающихся детей; 2) сравнить степень выраженности нарушений у детей с РАС и типично развивающихся детей; 3) провести сравнительный анализ частоты встречаемости выраженности проблем поведения в связи с полом детей и социально-демографическими характеристиками семей, в которых воспитываются дети. Используя результаты предыдущих исследований, мы предположили, что у детей с РАС значимо чаще по сравнению с обычно развивающимися детьми будет наблюдаться превышение показателей выраженности нарушений поведения по DSM-ориентированным шкалам и шкалам синдромов, описывающих трудности в эмоциональной регуляции и внимании.

Методика

Участники исследования. В группу детей с расстройствами аутистического спектра вошли 28 детей (19 мальчиков и 9 девочек). Расстройства аутистического спектра были диагностированы врачом-психиатром при обследовании детей

в Ставропольской краевой клинической специализированной психиатрической больнице № 1. Средний возраст детей составил $52,9 \pm 8,7$ месяца; 23 ребенка (82,1 %) воспитывались в полных семьях, 5 детей (17,9 %) — в неполных семьях. Возраст матерей составил $30,8 \pm 4,2$ лет; 22 матери (78,6 %) имели высшее образование, 6 матерей (21,4 %) — среднее специальное образование. В 11 семьях воспитывался один ребенок, в 13 — двое детей, в четырех семьях было три ребенка. В группу детей с типичным развитием вошли 29 детей (14 мальчиков и 15 девочек) и их матери. Средний возраст детей составил $35,8 \pm 9,4$ месяцев. Все дети родились в срок и не имели выраженного отставания в развитии, у них не наблюдалось нарушений, связанных с генетическими и медицинскими факторами; 27 (93,1 %) детей воспитывались в полных семьях, двое (6,9 %) — в неполных. Возраст матерей составил $30,6 \pm 5,7$ лет; 28 (96,6 %) матерей имели высшее образование, одна (3,4 %) — среднее специальное³. В 12 семьях воспитывался один ребенок, в 14 — двое детей, в трех семьях было трое детей.

Методы исследования. Для изучения эмоциональных и поведенческих нарушений у детей использовался проверочный лист поведения детей CBCL/1½-5 [1; 8], который включает 99 утверждений, описывающих различные отклонения в поведении и эмоциональном состоянии детей⁴. Родитель ребенка отмечает каждое утверждение как неверное (0), верное иногда или отчасти (1), очень верное (2). Полученные сырые данные переводятся в T-значения⁵, которые представлены авторами метода. В случае, если показатели $T \geq 65$, то имеет место пограничный уровень выраженности проблемы, а $T \geq 70$ соответствует клиническому уровню. Проверочный лист поведения CBCL/1½-5 позволяет оценить выраженность нарушений по семи эмпирически обоснованным синдромам: «Эмоциональная реактивность»⁶ (плаксивость, обидчивость, быстрая смена настроения, панические реакции, частные беспокойства), «Тревожность/депрессия» (прилипчивость ко взрослым, огорчение при разлучении, боязливость, подавленность), «Соматические жалобы» (наличие болей, тошноты, рвоты, склонность к запорам, головные боли, озабоченность чистотой и аккуратностью), «Отстраненность» (избегание контакта «глаза в глаза», отсутствие реакции на ласку, отсутствие проявлений любви к другим людям и заинтересованности, замкнутость), «Нарушения сна» (нежелание спать одному, малое количество сна, трудности засыпания, сопротивление укладыванию), «Нарушения внимания» (трудности сосредоточения, неусидчивость, быстрое переключение с одной активности на другую, плохая координация, неуклюжесть) и «Агрессивное поведение» (дерзость, требовательность, сердитое настроение, истерики, намерение обижать детей и животных, склонность к борьбе). Шкала «Другие проблемы»

³ При сравнении демографических характеристик семей и детей было выявлено, что дети с расстройствами аутистического спектра значимо старше типично развивающихся сверстников ($p=0,000$). Выявленное различие учитывалось при проведении сравнительного анализа характеристик поведения детей в группах и интерпретации результатов.

⁴ Подробная информация о создании шкал валидности и надежности метода представлена в руководстве по его использованию [8], а также работах Л. Рескорла и коллег [6; 7].

⁵ Представленное значение T было получено в ходе стандартизации метода, в котором было показано, что значения T, превышающие 65 баллов, наиболее часто встречаются у дошкольников с нарушениями развития и психического здоровья [1, с. 64–65].

⁶ В скобках представлены основные характеристики поведения и эмоциональных реакций ребенка, включенных в данную шкалу.

(боязнь нового, наличие страхов, расчесывание кожи, застенчивость, отказ от еды, излишняя серьезность, конфликты с другими детьми, жестокость к животным, склонность портить вещи, подверженность ушибам/несчастным случаям) не была отнесена авторами к какому-либо определенному синдрому или нарушению.

Также возможна оценка отклонений в поведении по пяти шкалам, ориентированным на «Диагностическое и статистическое руководство Американской психиатрической ассоциации» (DSM-IV): «Аффективные расстройства» (плаксивость, трудности засыпания, утомляемость, переедание, низкая активность, сниженный интерес), «Тревожные расстройства» (прилипчивость, нежелание спать одному, страхи, расстройства при разлучении с родителем, панические реакции, ночные страхи), «Устойчивые проблемы развития» (избегание смотреть в глаза, эмоциональные реакции, если вещи лежат не на своих местах, отсутствие ответа, когда к ребенку обращаются, отсутствие проявлений любви к другим людям, раскачивание, необычное поведение, речевые проблемы, отстраненность, низкая заинтересованность, проявление дистресса при пробовании нового), «Дефицит внимания/гиперактивность» (трудности сосредоточения, неусидчивость, требовательность, быстрое переключение с одной активности на другую) и «Оппозиционно-вызывающее поведение» (дерзость, непослушность, сердитость, нежелание сотрудничать, истерики). DSM-ориентированные шкалы позволяют получить дополнительную информацию о степени проявления той или иной проблемы. Сравнение изучаемых групп проводилось по шкалам синдромов и DSM-ориентированным шкалам.

Демографическая анкета включала в себя информацию о возрасте, семейном положении, образовании матерей, возрасте и здоровье детей.

Процедура исследования. Для участия в исследовании были приглашены семьи, обратившиеся за консультацией в Ставропольскую краевую клиническую специализированную психиатрическую больницу № 1 и психологический центр г. Михайловска Ставропольского края. Семьи, имеющие детей с типичным развитием, откликнулись на объявления о проведении исследования, размещенные в центрах сопровождения детей г. Ставрополя и г. Михайловска Ставропольского края. Матерям было предложено заполнить проверочный лист CBCL/1½-5 и социально-демографическую анкету. Перед заполнением опросника каждая семья подписала информированное согласие на участие в исследовании, одобренное этическим комитетом СПбГУ.

Математические методы обработки данных. Для анализа частот распределения использовался критерий χ^2 , сравнение средних значений проводилось при помощи непараметрического U-критерия Манна-Уитни, для описания корреляционных связей применялся критерий Спирмена. Статистические решения принимались на 5- и 1%-ом уровнях значимости. Обработка данных происходила с помощью программного комплекса SPSS Statistics 22.0.

Результаты исследования

Анализ данных включал в себя:

- а) описание средних значений показателей эмоциональных и поведенческих нарушений, в том числе в связи с полом детей;

- б) сравнительный анализ частоты встречаемости превышения критических показателей эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра и типичным развитием⁷;
- в) сравнительный анализ частоты встречаемости превышения критических показателей выраженности эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра и типичным развитием в связи с полом детей, уровнем образования и семейного положения матерей, а также количеством детей в семьях.

В таблице 1 представлены результаты оценки эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра и типичным развитием.

Таблица 1. Средние значения характеристик эмоциональных и поведенческих реакций у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) и типичным развитием

Характеристики поведения детей	Группа	Среднее значение	Стандартное отклонение
Аффективные расстройства (DSM)	Дети с типичным развитием	56,7	1,22
	Дети с РАС	65,1	1,84
Тревожные расстройства (DSM)	Дети с типичным развитием	61	1,50
	Дети с РАС	65,8	2,1
Устойчивые проблемы развития (DSM)	Дети с типичным развитием	58,2	1,69
	Дети с РАС	74	1,55
Дефицит внимания/гиперактивность (DSM)	Дети с типичным развитием	56,4	1,14
	Дети с РАС	63,3	1,46
Оппозиционно-вызывающее поведение (DSM)	Дети с типичным развитием	53,8	0,86
	Дети с РАС	57,8	1,40
Эмоциональная реактивность	Дети с типичным развитием	58,5	1,44
	Дети с РАС	67,8	2,14
Тревожность/депрессия	Дети с типичным развитием	59,1	1,30
	Дети с РАС	63,9	1,79
Соматические жалобы	Дети с типичным развитием	54,6	1,06
	Дети с РАС	63,8	1,72
Отстраненность	Дети с типичным развитием	56,4	1,10
	Дети с РАС	71,5	1,83

⁷ Для получения корректного результата при сравнении характеристик поведения по методу CBCL/1½-5 используется анализ частот распределения выраженности проблемного поведения. Сравнительный анализ средних значений не проводится.

Характеристики поведения детей	Группа	Среднее значение	Стандартное отклонение
Нарушения сна	Дети с типичным развитием	57,4	1,12
	Дети с РАС	58	1,72
Нарушения внимания	Дети с типичным развитием	56,2	1,06
	Дети с РАС	64,4	1,48
Агрессивное поведение	Дети с типичным развитием	56,4	1,13
	Дети с РАС	62	1,67

Анализ средних значений характеристик эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра показал, что по DSM-шкале «Устойчивые проблемы развития» и шкале синдромов «Отстраненность» был выявлен клинический уровень выраженности проблемы ($T \geq 70$). По DSM-шкалам «Тревожные расстройства», «Дефицит внимания/гиперактивность» и «Аффективные расстройства», а также по шкале синдромов «Эмоциональная реактивность» был выявлен пограничный уровень выраженности нарушений ($T \geq 65$). По шкалам синдромов «Тревожность/депрессия», «Соматические жалобы», «Нарушения сна», «Нарушения внимания» и «Агрессивное поведение» и DSM-шкалам «Тревожные расстройства» средние значения показателей поведения не превышают критических.

В группе детей с типичным развитием средние значения показателей поведения по всем шкалам находятся ниже критических значений выраженности проблем.

Различий в уровне проявления эмоциональных и поведенческих проблем в связи с полом детей не было обнаружено.

В связи с выявленными значимыми различиями в возрасте детей в исследуемых группах для осуществления дальнейшего математического анализа был проведен корреляционный анализ шкал проверочного листа поведения CBCL/1½-5 и возраста детей в обеих группах. Выявлена взаимосвязь между DSM-шкалой «Дефицит внимания/гиперактивность» и возрастом ребенка ($r = -401$ при $p = 0,031$) в группе детей с типичным развитием, что свидетельствует о меньшем проявлении дефицита внимания и гиперактивности у более старших детей.

В таблице 2 представлены результаты сравнения частот встречаемости эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с РАС и у детей с типичным развитием, превышающие критические значения ($T \geq 65$).

Результаты сравнительного анализа показали, что в группе детей с РАС значимо чаще, чем у типично развивающихся детей, встречается превышение критических показателей нарушений поведения по DSM-шкалам «Аффективные расстройства», «Устойчивые проблемы развития» ($p = 0,000$), «Дефицит внимания и гиперактивность» ($p = 0,005$) и «Оппозиционно-вызывающее поведение» ($p = 0,039$). По шкалам синдромов у детей с РАС значимо чаще встречаются выраженные проблемы по шкалам «Эмоциональная реактивность» ($p = 0,005$), «Соматические жалобы», «Отстраненность» и «Нарушения внимания» ($p = 0,000$), а также «Агрессивное поведе-

ние» ($p = 0,022$). По таким шкалам, как «Тревожные расстройства» (DSM), «Тревожность/депрессия» и «Нарушения сна», различий между исследуемыми группами не обнаружено.

Таблица 2. Количество детей, имеющих значение характеристик эмоциональных и поведенческих реакций выше критического ($T \geq 65$), в группах детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) и с типичным развитием

Характеристики поведения детей	Группа	Количество детей в группах (в %), имеющих значение характеристики поведения выше критического ($T \geq 65$)
Аффективные расстройства (DSM)	Дети с типичным развитием	13,8
	Дети с РАС	60,7**
Тревожные расстройства (DSM)	Дети с типичным развитием	31
	Дети с РАС	50
Устойчивые проблемы развития (DSM)	Дети с типичным развитием	37,9
	Дети с РАС	92,9**
Дефицит внимания/гиперактивность (DSM)	Дети с типичным развитием	10,3
	Дети с РАС	42,9**
Оппозиционно-вызывающее поведение (DSM)	Дети с типичным развитием	3,4
	Дети с РАС	21,4*
Эмоциональная реактивность	Дети с типичным развитием	20,7
	Дети с РАС	57,1**
Тревожность/депрессия	Дети с типичным развитием	27,6
	Дети с РАС	42,9
Соматические жалобы	Дети с типичным развитием	10,3
	Дети с РАС	53,6**
Отстраненность	Дети с типичным развитием	10,3
	Дети с РАС	75**
Нарушения сна	Дети с типичным развитием	13,8
	Дети с РАС	10,7
Нарушения внимания	Дети с типичным развитием	6,9
	Дети с РАС	60,7**
Агрессивное поведение	Дети с типичным развитием	10,3
	Дети с РАС	35,7*

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ — уровни значимости отличий у детей с РАС и с типичным развитием.

Сравнительный анализ частоты превышения критических показателей выраженности эмоциональных и поведенческих нарушений по каждой из шкал метода CBCL/1½-5 у детей с РАС и у детей с типичным развитием в связи с полом, уровнем образования и семейным положением матерей, а также с количеством детей в семьях не выявил значимых различий.

Обсуждение результатов

В исследовании мы выявили, что у детей с РАС среднегрупповые значения по исследуемым шкалам метода CBCL/1½-5 (DSM-шкале «Устойчивые проблемы развития» и шкале синдромов «Отстраненность») демонстрируют клинический уровень выраженности проблемы. Эти результаты согласуются с ранее опубликованными данными [5; 6], согласно которым эти шкалы наиболее информативны относительно выявления аутистических черт у детей. По DSM-шкалам «Тревожные расстройства», «Дефицит внимания и гиперактивность» и «Аффективные расстройства», а также по шкале синдромов «Эмоциональная реактивность» был выявлен пограничный уровень выраженности нарушений, а по таким шкалам синдромов, как «Тревожность/депрессия», «Соматические жалобы», «Нарушения сна», «Нарушения внимания» и «Агрессивное поведение» и DSM-шкалам «Тревожные расстройства», средние значения показателей поведения не превышают критических. Такой результат частично согласуется с предыдущими [3; 4], в каждом из которых выявлялись критические значения по вышеупомянутым шкалам. В группе типично развивающихся детей не было выявлено превышения критического уровня выраженности нарушений (по среднегрупповым значениям) ни по одной шкале. Это согласуется с предыдущим исследованием с использованием метода CBCL/1½-5, в котором у типично развивающихся детей показатели не превышали критического уровня [9]. Также полученный результат можно объяснить возрастом детей: у более старших детей может происходить усиление выраженности нарушения, которое в дошкольный период не достигает критической степени [11].

В нашем исследовании возраст детей в группах значимо отличался ($52,9 \pm 8,7$ месяцев и $35,8 \pm 9,4$ месяцев: дети с РАС и типично развивающиеся дети соответственно). При этом проведенный корреляционный анализ между показателями возраста и шкалами метода CBCL/1½-5 не выявил значимых связей, за исключением DSM-шкалы «Дефицит внимания и гиперактивность» в группе детей с типичным развитием. Отсутствие взаимосвязей шкал метода и возраста детей согласуется с результатами апробирования опросника на российской выборке, которые показали, что у детей в возрасте 30–53 месяцев показатели проблем в поведении были выше, чем у детей в возрасте 18–30 месяцев.

Сравнения частот встречаемости эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с РАС и с типичным развитием, превышающих критические значения, выявили значительное количество различий. Было обнаружено что в группе детей с расстройствами аутистического спектра значимо чаще, чем у типично развивающихся детей, встречается превышение критических показателей нарушений поведения по DSM-шкалам «Аффективные расстройства», «Устойчивые проблемы развития», «Дефицит внимания и гиперактивность», и «Оппозиционно-вызываю-

щее поведение». Кроме того, у детей с РАС значимо чаще встречаются выраженные проблемы по шкалам «Эмоциональная реактивность», «Соматические жалобы», «Отстраненность» и «Нарушения внимания», а также «Агрессивное поведение». Такой результат является ожидаемым, так как эмоциональное состояние и поведение детей с РАС имеет выраженную специфику. В связи с этим важно, на наш взгляд, не только описать статистические различия, но и проинтерпретировать их клиническое значение [21]. Так, по DSM-шкале «Тревожные расстройства» и шкале «Тревожность» не было выявлено различий между группами. При этом процент типично развивающихся детей, у которых наблюдается превышение критического уровня показателей нарушений по этим шкалам, составляет 31 и 27,6% соответственно. Иными словами, отсутствие различия между группами, на наш взгляд, обусловлено не тем, что дети с РАС не имеют выраженных признаков тревожности, а тем, что типично развивающиеся дети достаточно часто демонстрируют признаки тревожного состояния. В исследовании детей с типичным развитием, проведенным ранее на российской выборке при помощи опросника CBCL/6-18, было показано, что у детей 5–8 лет выражены проблемы по таким шкалам, как «Замкнутость/депрессивность», «Интернализация» и «Нарушения правил поведения» [12; 13]. Эти результаты поднимают вопрос о состоянии психического здоровья типично развивающихся дошкольников и могут говорить о наличии выраженных проблем даже у детей с нормативным развитием. Так, в исследованиях, проведенных ранее в области взаимодействия и привязанности детей раннего возраста (с применением иных методов оценки), было показано, что значительное количество нормативно развивающихся дошкольников имеют небезопасные виды привязанности, либо взаимодействие детей и родителей в этих семьях имеет выраженные признаки неблагополучия [22; 23]. Нарушения поведения у нормативно развивающихся дошкольников, согласно концепции развития ребенка в системе его отношений с близким взрослым [24], могут быть следствием неблагополучия во взаимодействии ребенка и его близких.

Наиболее часто, как показало наше исследование, у детей с РАС имеется превышение критических показателей выраженности нарушений по DSM-шкале «Устойчивые проблемы развития» (92,9%) и шкале синдромов «Отстраненность» (75%); результат согласуется с предыдущими результатами [5; 6], где была выявлена такая же закономерность. Важно отметить, что размер нашей выборки не был большим, но, как мы видим, эти шкалы показали свою информативность.

Сравнительный анализ частоты встречаемости превышения критических показателей выраженности эмоциональных и поведенческих нарушений по каждой из шкал метода CBCL/1½-5 в связи с полом детей, уровнем образования и семейным положением матерей, а также количеством детей в семьях не выявил значимых различий. Отсутствие этих различий наблюдалось как в группе с детьми с РАС, так в группе типично развивающихся детей. Отсутствие различий в группе типично развивающихся детей может быть объяснено гомогенностью распределения показателей внутри каждой из групп (например, 96,6% матерей имели высшее образование, большая часть семей были полными). Также, несмотря на то что состав семьи, уровень образования родителей, количество детей в семье являются существенными характеристиками, влияющими на функционирование семейной системы и психологическое благополучие ребенка, выраженность нарушений у детей,

согласно системным представлениям о развитии, будет связана со способностью родителя понимать индивидуальные потребности ребенка и чутко на них реагировать.

Заключение

В нашем исследовании мы рассмотрели особенности эмоциональных и поведенческих нарушений у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра при помощи проверочного листа CBCL/1½-5. У детей с РАС значимо чаще, чем у типично развивающихся детей, встречается превышение показателей выраженности нарушений по DSM-ориентированным шкалам «Аффективные расстройства», «Устойчивые проблемы развития», «Дефицит внимания и гиперактивность», «Оппозиционно-вызывающее поведение». Были выявлены различия по шкалам синдромов за исключением шкал «Нарушение сна» и «Тревожность/депрессия». При этом по шкалам «Устойчивые проблемы развития» и «Отстраненность» был выявлен клинический уровень нарушений поведения. Проведение сравнительного анализа показателей поведения по методу CBCL/1½-5 у детей с РАС и другими расстройствами и нарушениями развития, а также включение в обследование детей 18–24 месяцев позволит уточнить и расширить понимание как специфики проявления поведенческих нарушений у детей с РАС, так и использования данного метода для раннего выявления расстройств аутистического спектра.

Литература

1. Achenbach T.M., Rescorla L.A. Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families. 2000.
2. Pandolfi V., Magyar C.I., Dill C.A. Confirmatory Factor Analysis of the Child Behavior Checklist 1.5-5 in a Sample of Children with Autism Spectrum Disorders // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2009. Vol. 39. P.986–995. <https://doi.org/10.1037/a0037431>.
3. Georgiades S., Szatmari P., Duku, E., Zwaigenbaum L., Bryson, S., Roberts W. et al. Phenotypic Overlap Between Core Diagnostic Features and Emotional/Behavioral Problems in Preschool Children with Autism Spectrum Disorder // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2011. Vol. 41 (10). P.1321–1329. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1158-9>.
4. Muratori F., Narzisi A., Tancredi R., Cosenza A., Calugi A., Saviozzi I. The CBCL/1.5-5 in a Sample of Children with Autism Spectrum Disorders // Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2011. Vol. 20. P.329–338.
5. Rescorla L., Kim Y.A., Oh K.J. Screening for ASD with the Korean CBCL/1½-5 // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2015. Vol. 45. P.4039–4050. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2255-y>.
6. Rescorla L.A., Winder-Patel B.M., Paterson S.J., Pandey J., Wolff J.J., Schultz R.T., Piven J. Autism Spectrum Disorder Screening with the CBCL/1½–5: Findings for Young Children at High Risk for Autism Spectrum Disorder // Autism. 2019. Vol. 23 (1). P.29–38. <https://doi.org/10.1177/1362361317718482>.
7. Rescorla L.A., Given C., Glynn S., Ivanova M.Y., Achenbach T.M. International Comparisons of Autism Spectrum Disorder Behaviors in Preschoolers Rated by Parents and Caregivers/Teachers // Autism. 2019. Vol. 23(8). P.2043–2054. <https://doi.org/10.1177/1362361319839151>.
8. Колмагорова А.В., Слободская Е.Р., Кинит И.А. Оценка психического здоровья в раннем возрасте // Бюллетень СО РАМН. 2007. Т. 125 (3). С. 46–52.
9. Кравченко А.П. Особенности социально-психологической адаптации детей, воспитывающихся в семьях без отца: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2011.
10. Gartstein M.A., Slobodskaya H.R., Kirchoff C., Putnam S.P. Cross-cultural Differences in the Development of Behavior Problems: Contributions of Infant Temperament in Russia and U.S. International // Journal of Developmental Science. 2013. Vol. 7. P.95–104. <https://doi.org/10.3233/dev-1312104>.

11. Козлова Е. А., Слободская Е. Р. Динамика психического здоровья в детском возрасте // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2016. № 1. С. 71–75.
12. Агаркова В. В., Мухамедрахимов Р. Ж. Характеристики поведения детей с ранним опытом институционализации // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. Социология. Педагогика. 2013. Вып. 4. С. 99–108.
13. Агаркова В. В., Мухамедрахимов Р. Ж. Характеристики поведения детей с ранним опытом институционализации после помещения в семьи России и США // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. Социология. Педагогика. 2015. Вып. 3. С. 77–92.
14. Обимаха Д., Плешкова Н. Л. Особенности психологической адаптации детей дошкольного возраста из Литвы и Российской Федерации // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. 2015. Т. 3. С. 148–154.
15. Припутневич Д. Н., Кутаилов В. А., Черных Д. А., Сыромятникова Е. В., Купцова Д. О. Применение нейрорептиков в терапии гиперкинетического расстройства поведения у детей // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2018. Т. 118 (2). С. 31–34.
16. Припутневич Д. Н., Кутаилов В. А., Купцова Д. О. Опыт применения тиапридала в лечении гиперкинетического расстройства поведения у детей // Прикладные информационные аспекты медицины. 2018. Т. 21 (2). С. 107–111.
17. Слободская Е. Р., Бочаров А. В., Рябинченко Т. И. Взаимодействие агрессивного поведения и тревожности в процессе приспособления подростков: роль фактора пола // Сибирский психологический журнал. 2008. Т. 29. С. 32–36.
18. Слободская Е. Р. Темперамент, социальные факторы и приспособление подростков // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2004. Т. 24 (2). С. 106–111.
19. Винокуров Е. В., Собенников В. С., Рычкова Л. В., Погодина А. В., Храмова Е. Е., Долгих О. А. Психические расстройства у девушек-подростков с нарушением менструального цикла — пациентов педиатрического гинекологического стационара // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017. № 4 (97). С. 49–56.
20. Касаткин В. Н., Карачунский А. И., Малых С. Б., Исмагуллина В. И., Воронин И. А., Володин Н. Н., Мирошкин Р. Б., Крутикова Н. Ю., Румянцев А. Г. Когнитивные характеристики и проблемы поведения у детей с острым лимфобластным лейкозом, завершивших лечение по протоколу мб-2008: пилотное исследование // Вопросы практической педиатрии. 2015. Т. 10 (5). С. 7–13.
21. Shedler J. Where Is the Evidence for «Evidence-Based» Therapy? // Psychiatric Clinics of North America. 2018. Vol. 41 (2). P. 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.02.001>.
22. Pleshkova N. L., Muxamedrahimov R. J. Quality of Attachment in St. Petersburg (Russian Federation): a Sample of Family-reared Infants // Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2010. Vol. 15 (3). P. 355–362. <https://doi.org/10.1177/1359104510365453>.
23. Мухамедрахимов Р. Ж., Иванова В. Ю., Вершинина Е. А. Сравнительный анализ психологического взаимодействия близких взрослых и детей раннего возраста, проживающих в домах ребенка и семьях // Эмоции и отношения человека на ранних этапах развития / под. ред. Р. Ж. Мухамедрахимова. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2008. С. 100–124.
24. Stern D. N. The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology. London: Basic Books, 1985. <https://doi.org/10.4324/9780429482137>.

Статья поступила в редакцию 10 мая 2020 г.;
рекомендована в печать 11 июня 2020 г.

Контактная информация:

Плешкова Наталья Леонидовна — канд. психол. наук; fanciulla@yandex.ru
Татаренко Оксана Владимировна — канд. психол. наук; tat_oks@mail.ru
Северюгин Денис Владимирович — психолог, sevryugin@bk.ru

Assessment of emotional and behavioural problems among children with autism spectrum disorder using the CBCL/1½-5*

N. L. Pleshkova¹, O. V. Tatarenko^{2,3,4}, D. V. Sevryugin⁵

¹ St. Petersburg State University,
7–9, Universitetskaya nab., St. Petersburg, 199034, Russian Federation

² Center of Psychological Intervention for Children,
370, ul. Gagarina, Mikhailovsk, Shpakovskiy district, Stavropol region, 356240, Russian Federation

³ North-Caucasus Federal University,
2, pr. Kulakova, Stavropol region, 355029, Russian Federation

⁴ Stavropol State Pedagogical Institute,
58, ul. Pirogova, Stavropol region, 355045, Russian Federation

⁵ Stavropol Clinical Psychiatric Hospital N 1,
441, ul. Lenina, Stavropol region, 355038, Russian Federation

For citation: Pleshkova N. L., Tatarenko O. V., Sevryugin D. V. Assessment of emotional and behavioural problems among children with autism spectrum disorder using the CBCL/1½-5. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*, 2020, vol. 10, issue 3, pp. 274–288.
<https://doi.org/10.21638/spbu16.2020.305> (In Russian)

The article presents the results of a study of emotional and behavioural features of children with autism spectrum disorder (ASD) using the Child Behaviour Checklist (CBCL/1½-5). The use of this instrument to assess behavioural disorders and as a screening method in children with autism spectrum disorder is a new area of its application. Studies conducted previously in Europe, the USA, and South Korea have demonstrated that the DSM-*Pervasive Development Problems* and *Withdrawal* scales are the most sensitive in detecting autism spectrum disorder at the preschool age. We have not found any studies performed on a Russian sample of children in which behavioural features were studied using the CBCL/1½-5 method in children with ASD. Participants of the study included 28 children with ASD (average age: 52,9 ± 8,7 months) who were diagnosed by a psychiatrist during examination in the Stavropol Clinical Psychiatric Hospital №1 and 29 typically developed children aged (average age: 35,8 ± 9,4). Behavioural features of children were investigated by using the Children Behaviour Check List CBCL/1½-5. The results indicated that in the group of children with autism spectrum disorder, indicators on the DSM-*Pervasive Development Problems* and *Withdrawal scales* are at a clinical level of severity. Compared with typically developing children, the ASD sample had significantly high scores for DSM-*Pervasive Development Problems*, DSM — *Affective Problems*, DSM — *Attention Deficit /Hyperactivity*, DSM *Oppositional Defiant Problems* scales and syndromes *Emotionally Reactive*, *Somatic Complaints*, *Withdrawal*, *Attention Problems*, and *Aggressive Behaviour Withdrawal scales*. There was no correlation found between the frequency of exceeding critical indicators of manifestations in regard to violations of communication with the sex of children, level of education and marital status of mothers, and the number of children in families in both groups.

Keywords: autism spectrum disorder, CBCL/1½-5, behaviour problems, preschoolers.

References

1. Achenbach T. M., Rescorla L. A. *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT, University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families, 2000.

* The research was supported by the Russian Foundation for Basic Research (grant no. 19-013-00285).

2. Pandolfi V., Magyar C. I., Dill C. A. Confirmatory Factor Analysis of the Child Behavior Checklist 1.5-5 in a Sample of Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2009, vol. 39, pp. 986–995. <https://doi.org/10.1037/a0037431>.
3. Georgiades S., Szatmari P., Duku E., Zwaigenbaum L., Bryson S., Roberts W. et al. Phenotypic Overlap Between Core Diagnostic Features and Emotional/Behavioral Problems in Preschool Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2011, vol. 41 (10), pp. 1321–1329. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1158-9>.
4. Muratori F., Narzisi A., Tancredi R., Cosenza A., Calugi A., Saviozzi I. The CBCL/1.5-5 in a Sample of Children with Autism Spectrum Disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2011, vol. 20, pp. 329–338.
5. Rescorla L., Kim Y. A., Oh K. J. Screening for ASD with the Korean CBCL/1½-5. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2015, vol. 45, pp. 4039–4050. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2255-y>.
6. Rescorla L. A., Winder-Patel B. M., Paterson S. J., Pandey J., Wolff J. J., Schultz R. T., Piven J. Autism Spectrum Disorder Screening with the CBCL/1½-5: Findings for Young Children at High Risk for Autism Spectrum Disorder. *Autism*, 2019, vol. 23 (1), pp. 29–38. <https://doi.org/10.1177/1362361317718482>.
7. Rescorla L. A., Given C., Glynn S., Ivanova M. Y., Achenbach T. M. International Comparisons of Autism Spectrum Disorder Behaviors in Preschoolers Rated by Parents and Caregivers/Teachers. *Autism*, 2019, vol. 23 (8), pp. 2043–2054. <https://doi.org/10.1177/1362361319839151>.
8. Kolmagorova A. V., Slobodskaya E. R., Kinsht I. A. Mental Health Assessment in Early Childhood. *BYulleten' SO RAMN*, 2007, vol. 125 (3), pp. 46–52. (In Russian)
9. Kravchenko A. P. *Psychological Adaptation Features of Preschool Children Who are Living with Single Mothers*. PhD dissertation thesis. (Psychology). St. Petersburg, 2011. (In Russian)
10. Gartstein M. A., Slobodskaya H. R., Kirchhoff C., Putnam S. P. Cross-cultural Differences in the Development of Behavior Problems: Contributions of Infant Temperament in Russia and U.S. *International Journal of Developmental Science*, 2013, vol. 7, pp. 95–104. <https://doi.org/10.3233/dev-1312104>.
11. Kozlova E. A., Slobodskaya E. R. Dynamics of Mental Health in Childhood. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva*, 2017, no. 1, pp. 71–75. (In Russian)
12. Agarkova V. V., Muhamedrakhimov R. Zh. Behaviour Characteristics of Children with Early Institutionalization Experience. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology. Sociology. Pedagogy*, 2013, vol. 4, pp. 99–108. (In Russian)
13. Agarkova V. V., Muhamedrakhimov R. Zh. Behaviour Characteristics of Children with Early Institutionalization Experience After Transition to Families in the Russian Federation and the USA. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology. Sociology. Pedagogy*, 2015, vol. 3, pp. 77–92. (In Russian)
14. Obimakha D., Pleshkova N. L. Psychological Adaptation Features of Preschool Children from Lithuania and the Russian Federation. *Nauchnye issledovaniia vypusnikov fakulteta psikhologii SPbGU*, 2015, vol. 3, pp. 148–154. (In Russian)
15. Priputnevich D. N., Kutashov V. A., Chernykh D. A., Syromyatnikova E. V., Kuptsova D. O. The Use of Neuroleptics in the Treatment of Hyperkinetic Behavioural Disorders in Children. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*, 2018, vol. 118 (2), pp. 31–34. (In Russian)
16. Priputnevich D. N., Kutashov V. A., Kuptsova D. O. The Experience Tiapride Application in the Treatment of Hyperkinetic Disorder in Children. *Prikladnye informatsionnye aspekty meditsiny*, 2018, vol. 21 (2), 2, pp. 107–111. (In Russian)
17. Slobodskaya E. R., Bocharov A. V., Ryabinchenko T. I. Anxiety and Aggression as Moderators of Adolescent Adjustment: the Impact of Gender. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal*, 2008, vol. 29, pp. 32–36. (In Russian)
18. Slobodskaya E. R. Temperament and Social Factors of Adolescent Adjustment. *Bulleten Sibirskogo Otdeleniia Akademii Meditsinskikh nauk*, 2004, vol. 24 (2), pp. 106–111. (In Russian)
19. Vinokurov E. V., Sobennikov V. S., Rychkova L. V., Pogodina A. V., Khramova E. E., Mental Health Problems Among Adolescent Inpatients with Menstrual Cycle Irregularity. *Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii*, 2017, vol. 4 (97), pp. 49–56. (In Russian)
20. Kasatkin V. N., Karachunskij A. I., Malykh S. B., Ismatullina V. I., Voronin I. A., Volodin N. N., Miroshkin R. B., Krutikova N. Yu., Rumyantsev A. G. Cognitive Characteristics and Behavioural Problems in Children with Acute Lymphoblastic Leukemia Who Completed Treatment According to Protocol MB–2008: a Pilot Study. *Voprosy prakticheskoi pediatrii*, 2015, vol. 10 (5), pp. 7–13. (In Russian)
21. Shedler J. Where Is the Evidence for “Evidence-Based” Therapy? *Psychiatric Clinics of North America*, 2018, vol. 41 (2), pp. 319–329.
22. Pleshkova N. L., Muhamedrakhimov R. J. Quality of Attachment in St. Petersburg (Russian Federation): a Sample of Family-reared Infants. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2010, vol. 15(3), pp. 355–362. <https://doi.org/10.1177/1359104510365453>.

23. Muhamedrakhimov R. Zh., Ivanova V. Yu., Vershinina E. V. Comparison of Child-caregivers Interaction in Family and Orphanages Children. *Emotsii i otnosheniia cheloveka na rannikh etapakh razvitiia*. Eds R. Zn. Muhamedrakhimov. St. Petersburg, St. Petersburg University Press, 2008, pp. 100–124.
24. Stern D.N. *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. London, Basic Books, 1985. <https://doi.org/10.4324/9780429482137>.

Received: May 10, 2020

Accepted: June 11, 2020

Authors' information:

Natalia L. Pleshkova — PhD in Psychology; fanciulla@yandex.ru

Oksana V. Tatarenko — PhD in Psychology; tat_oks@mail.ru

Denis V. Sevryugin — Psychologist; sevryugin@bk.ru