

# 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 (голова, 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

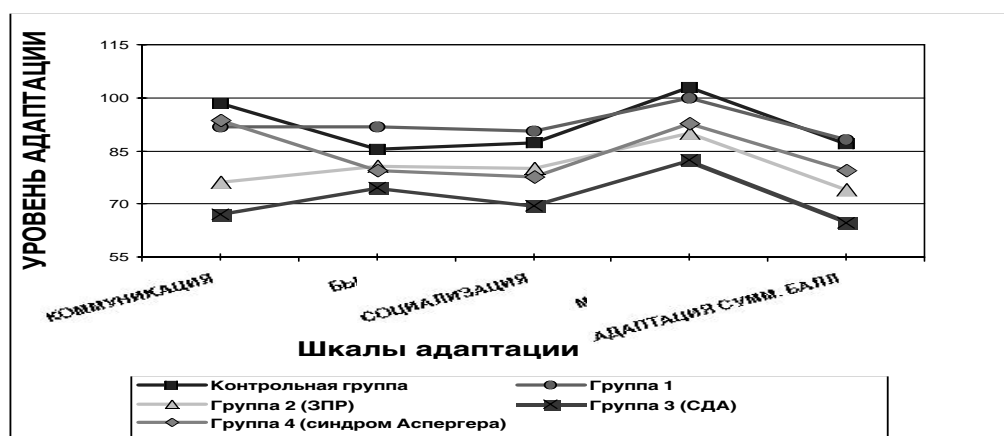


Рис. 1. Адаптивные профили по Вайнленд

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,

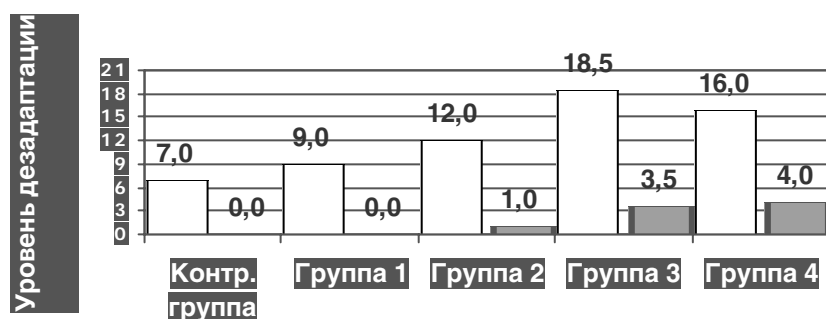


Рис. 2. Усредненные показатели групп по шкале дезадаптации (часть I и часть II)

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 больных 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.