

## **ОСОБЕННОСТИ АДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАЗНЫМИ ВАРИАНТАМИ ДИЗОНТОГЕНЕЗА**

*Л.Р. Сайфутдинова*

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 то, 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 определить слабые и сильные стороны ребенка, а с другой, — установить связь между уровнями адаптации в различных сферах его жизнедеятельности (Гордеев, Александрович, 2001; Голованова, 2004; Слободская, Гудман, Князев, 2002). Последнее представляется крайне важным, поскольку позволяет правильно наметить 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 6-летнего 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 (Sparrow, Balla, Cicchetti, 1984), — это общепризнанный в международной практике инструмент оценки адаптации лиц с нормальным и отклоняющимся развитием. Широко используется в клинко-психолого-педагогической практике и научно-исследовательских целях на протяжении более 20 лет. Оценивает четыре основные сферы жизнедеятельности: коммуникацию, повседневные житейские навыки, социализацию, моторные навыки, а также

проявления дезадаптивного поведения (Анастаси, Урбина, 2003; Сайфутдинова, 2003; Сайфутдинова, Сударикова, 2004; Carter, Volkmar, Sparrow, Wang, Lord, Dawson, Fombonne, Loveland, Mesibov, Schopler, 1998; Sparrow, 2001).

### Испытуемые

В ходе исследования были опрошены родители или близкие родственники 141-го ребенка (103-х мальчиков и 38 девочек, в возрасте 6 лет), (см. табл. 1).

**Таблица 1**

**Общее количество 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

Контрольную группу составили 55 детей (38 мальчиков, 17 девочек). Отбор детей осуществлялся в старших и подготовительных группах детских дошкольных учебных заведений массового типа г. Москвы. Основная группа — 86 детей (65 мальчиков, 21 девочка). Исследование проводилось на базе Центра психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков Департамента образования г. Москвы (ЦПМССДиП). Дети основной группы в соответствии с данными медико-психологического обследования были 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.

## Результаты

Для каждой группы (см. рис. 1) были построены усредненные графики результатов, представленных в стандартных баллах по американским нормам по шкалам адаптации (шкала IQ, где 100 — среднее, 15 — стандартное отклонение).

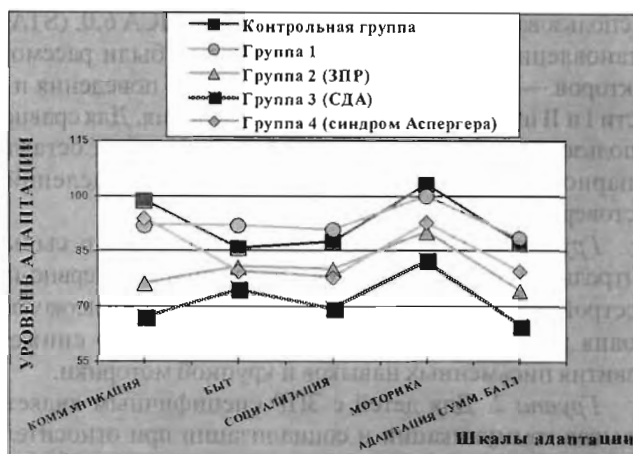


Рис. 1. Адаптивные профили по Вайнленду.

Как видно из рис. 1, каждая группа характеризуется специфическим адаптивным профилем. В профиле типично развивающихся детей (контрольная группа) показатели по каждой отдельной шкале адаптивного поведения (см. рис. 1) находятся в пределах нормативного уровня по американским нормам (85–115 баллов).

В профиле детей с пограничными нервно-психическими расстройствами (группа 1) показатели по всем шкалам, так же, как и у здоровых детей, поместились в пределах нормативного уровня, однако следует отметить, что у детей этой группы уровень бытовых навыков и социализации выше, чем у здоровых детей.

Показатели усредненного профиля детей с ЗПР (группа 2) по всем шкалам, кроме моторики, и по общему суммарному баллу находятся на умеренно низком уровне (70–84 балла). Самые низкие области в профиле связаны с коммуникативными навыками и общим показателем адаптации (суммарным баллом по всем шкалам).

Профиль детей с СДА (группа 3) — самый низкий относительно всех остальных групп по всем шкалам адаптации (см. рис. 1). Наиболее

низкими были навыки коммуникации, социализации и уровень адаптации в целом.

*Дети с синдромом Аспергера (группа 4)* имели высокий уровень коммуникации и моторных навыков и снижение профиля по сферам повседневных житейских навыков, социализации и общей адаптации (см. рис. 1).

Статистический анализ результатов по сырым баллам проводился с использованием средств пакета STATISTICA 6.0. (STAT SOFT). Для установления различий между группами были рассмотрены все 15 факторов — субшкал и шкал адаптивного поведения и 2 фактора — части I и II шкалы дезадаптивного поведения. Для сравнения выборок использовался U-тест по методу Манна и Уитни. Составлены таблицы попарного межгруппового сравнения распределений при уровне достоверности 0,05 и 0,01.

*Группа 1.* При сравнении результатов (в сырых баллах) с контрольной группой для детей с пограничными нервно-психическими расстройствами характерно достижение более высокого, чем в норме, уровня развития бытовых навыков, наряду со снижением уровня развития письменных навыков и крупной моторики.

*Группа 2.* Для детей с ЗПР специфичным является снижение навыков коммуникации и социализации при относительно высокой области бытовых навыков, также их отличает достоверно более низкий, чем у здоровых детей, уровень развития мелкой моторики.

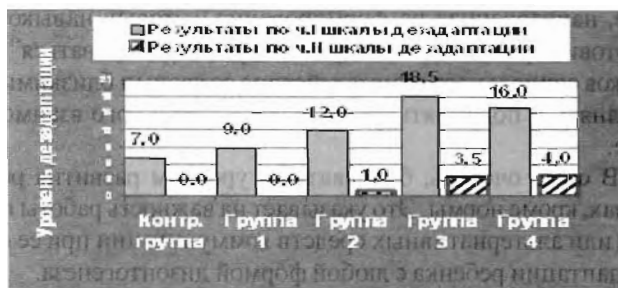
*Группа 3.* Следует подчеркнуть, что для детей этой группы характерны достоверно более низкие результаты по большинству субшкал и шкал адаптации по сравнению со всеми другими детьми, принимавшими участие в исследовании. Существенные отличия наблюдаются при сравнении группы 3 со здоровыми детьми и с группой 1. Интересно отметить, что единственный фактор, по которому эти дети не отличаются от типично развивающихся, это субшкала “домашние бытовые навыки”, или “навыки помощи по дому”. 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.

*Группа 4.* Эта группа демонстрирует отличия от здоровых детей как в области экспрессивных, так и рецептивных навыков коммуникации при сходном уровне развития письменных. Значительные 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.

Наименьшее количество достоверных различий установлено при сравнении группы 4 с детьми с ЗПР (по 4-м субшкалам), дети с синдромом Аспергера превосходят детей с ЗПР только в области коммуникации и навыков мелкой моторики. Наибольшие отличия группа 4 имеет при сравнении с группой 3 — по 12 субшкалам. Результаты детей этой группы достоверно лучше группы 3 преимущественно в области коммуникативной сферы и социализации. Также есть отличия по отдельным навыкам в бытовой сфере и мелкой моторике.

От группы 1 дети группы 4 отличаются по 5 субшкалам: первые превосходят их в области социализации и бытовых навыков. При этом надо сказать, что отличий в моторной сфере и в коммуникативных навыках между этими группами не обнаружено.

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



**Рис. 2. Усредненные показатели групп по шкале “Деадаптация” (Часть I и Часть II).**

По показателям шкалы “Деадаптация” (см. рис. 2) нормально развивающиеся дети характеризуются наличием поведенческих паттернов по части I и отсутствием дезадаптивных проявлений по части II шкалы. По выраженности дезадаптивных проявлений части I Шкалы дезадаптации Вайнленд (фактор Д1) дети группы 1 более дезадаптированы, чем здоровые. В отличие от нормы, дезадаптивным проявлениям детей группы 1 присущи не только трудности, установленные у здоровых детей, как правило, в виде импульсивности, повышенной активности, слабости внимания и низкого самоконтроля поведения), но и наличие других дезадаптивных проявлений, например, таких феноменов как: “Проявляет повышенную тревожность, страхи”, “Чрезмерно зависим” 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.

Детям с СДА и СА свойственны более выраженная степень дезадаптированности (по части I и II шкалы “Дезадаптация”) по отношению к здоровым детям и детям группы I и по части II по отношению к детям с ЗПР.

*Корреляционный анализ.* Для расчета корреляционных зависимостей между субшкалами использовался метод ранговой корреляции Спирмена.

Корреляционный анализ позволил определить 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 социализацией. 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 правилам социального взаимодействия в семье.

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 отмечается 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 I 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 очень 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 “Дезадаптация”. Данные связи встречаются в норме — преимущественно по субшкалам коммуникации (речевой фактор) и части I шкалы “Дезадаптация”, 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 — единичны. Представляется важным отметить эту тенденцию, так как в ходе коррекционной работы с детьми группы 1 развитие адаптивных навыков, а именно социальных, по-видимому, может снять часть симптомов дезадаптации, уменьшить стресс, переживаемый ребенком.

### **Выводы**

\* Для каждой из обследованных групп с типичным или отклоняющимся развитием установлены специфические профили адаптивного поведения с помощью Шкалы Вайнленд.

\* По отдельным областям адаптации обнаружены специфические различия особенностей адаптивного функционирования детей с разными типами дизонтогенеза.

\* Корреляционный анализ отношений между сферами адаптивного и дезадаптивного поведения показал наличие как общих, так и специфических связей.

\* Анализ адаптивного профиля позволил спланировать конкретные пути повышения адаптации ребенка путем развития соответствующих адаптивных навыков.

### **Литература**

1. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. — СПб.: Питер, 2003. С. 262–288.
2. Гордеев В.И., Александрович Ю.С. Методы исследования развития ребенка: качество жизни (QOL) — новый инструмент оценки детей. — СПб.: Речь, 2001.
3. Голованова Н.Ф. Социализация и воспитание ребенка. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. — СПб.: Речь, 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. С. 51-57.

5. Сайфутдинова Л.Р., Сударикова М.А. Оценка уровня развития адаптации ребенка с помощью Шкалы Вайнленд // Школа здоровья. 2004. № 1. С. 48-56.

6. Слободская Е.Р., Гудман Р., Князев Г.Г. // Актуальные вопросы современной медицины. — Новосибирск. 2002. С. 15-21.

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 // J. of Autism and Developmental Disorders, 1998. V.28. №. 4. P. 287-301.

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 Newsletter. V.12. № 1.