

ШКАЛА ВАЙНЛЕНД КАК МЕТОД КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ АДАПТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

*Работа представлена кафедрой нейро- и патопсихологии
МГППУ Научный руководитель - кандидат психологических наук
Н. Г. Манелис*

Исследование направлено на описание адаптивных профилей детей 6-летнего возраста с типичным и отклоняющимся развитием (задержкой психического развития, аутизмом). Для каждого варианта развития выявлены специфические адаптивные профили; показаны общие и специфические корреляции между шкалами. Подтверждена эффективность шкалы Винленд как метода комплексной оценки адаптации ребенка.

The research is directed at description of adaptive profiles of 6-year-old children with typical and deviating development (mental retardation, autism). Specific adaptive profiles for the each variant of development are revealed. The general and specific correlations between scales are showed. Efficiency of the Vineland Scale as a method of complex estimation of a child's adaptation is confirmed.

Повышение качества жизни и формирование адаптивного поведения - главная задача любого коррекционного, педагогического или лечебного воздействия при работе с детьми с нарушенным развитием. Адаптивное поведение - это ежедневная деятельность индивида, обеспечивающая взаимодействие с другими и возможность заботиться о себе. С возрастом адаптивное поведение изменяется, а адаптация повышается - у ребенка уменьшается зависимость от ближайшего окружения и помощи близких. Каждому возрастному периоду соответствуют определенные навыки, важные для адаптации в семье, школе, детском саду и, в целом, в социуме.

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 выявить наиболее слабые и сильные стороны ребенка, а с другой стороны, определить связь между уровнями адаптации в различных сферах его жизнедеятельности¹. Последнее представляется крайне важным, поскольку позволяет

Шкала Вайнленд как метод комплексной оценки адаптивного функционирования детей...

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 6-летнего возраста с нормальным и отклоняющимся развитием с помощью Шкалы адаптивного поведения Вайнленд.

Метод исследования. Шкала адаптивного поведения Вайнленд (Vineland Adaptive Behavior Scale -VABS), далее по тексту - Вайнленд или шкала Вайнленд является общепризнанным инструментом оценки адаптации лиц с нормальным и отклоняющимся развитием². Шкала имеет высокие показатели надежности, достоверности и

валидности получаемых данных. Вайнленд применяется как в целях диагностики уровня адаптивного функционирования, так и в качестве метода, позволяющего планировать коррекционно-развивающие программы для детей и взрослых с ограниченными возможностями, а также оценивать их эффективность.

Шкала Вайнленд - это полуструктурированное интервью, в ходе которого на вопросы интервьюера отвечают эксперты - родители ребенка или люди из его ближайшего окружения. Шкала позволяет оценить четыре основные сферы жизнедеятельности: коммуникацию, повседневные житейские навыки, социализацию, моторные навыки (см. табл. I)³

Таблица 1

Содержание и субшкал

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 поведению домашнего хозяйства (приготовление еды, уборка, уход за одеждой)
	общественные	Пространственно-временная ориентировка. Навыки поведения в местах общественного питания, на работе, улице, в т.ч. 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 т.ч. соблюдение этикета. Проявление ответственности перед

Помимо этого, в опросник включена шкала дезадаптации. Дезадаптивные поведенческие феномены 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

ПЕДАГОГИКА И ПСИХОЛОГИЯ, ТЕОРИЯ И МЕТОДИКА ОБУЧЕНИЯ

разрушает, уничтожает собственное или чужое имущество. Демонстрирует поведение, наносящее вред самому себе».

рошены родители или близкие родственники 141 ребенка (103 мальчиков и 38 девочек, в возрасте 6 лет) (см. табл. 2).

Испытуемые. В ходе исследования оп-

Таблица

Общее количество испытуемых и половозрастная характеристика

Группа	Всего (чел.)	Мальчики	Девочки	Средний возраст (лет / мес.)
Контрольная	55	38 (69%)	17(31%)	6,5
Группа 1	21	15(7%)	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 составило 55 детей (38 мальчиков, 17 девочек), посещавших детские дошкольные учебные заведения массового типа г. Москвы. В основную группу вошло 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.

Группа 1. Дети с невротоподобными расстройствами на фоне остаточных явлений раннего резидуально-органического поражения ЦНС.

Группа 2. Дети с диагнозом «задержка психического развития различного генеза (ЗПР)».

Группа 3. Дети с синдромом детского аутизма (СДА).

Группа 4. Дети с синдромом Аспергера (СА).

Полученные результаты и их обсуждение. По каждой шкале вычислялись средние значения, характеризующие уровень адаптации в данной сфере для соответствующей группы. Результаты представлены на рис. 1.

Как видно из рисунка, каждая группа характеризуется специфическим адаптивным профилем. В профиле *типично развивающихся детей (контрольной группы)* показатели по каждой отдельной шкале адаптивного поведения находятся в пределах нормативного уровня (85-115 баллов).

В профиле детей с невротоподобными расстройствами показатели по всем шка-

лам, так же как и у здоровых детей, находятся в пределах нормативного уровня, однако у детей этой группы уровень бытовых навыков достоверно выше, чем у здоровых детей (по сырым баллам). В то же время отмечается достоверно более низкий уровень развития письменных навыков и крупной моторики (статистический анализ

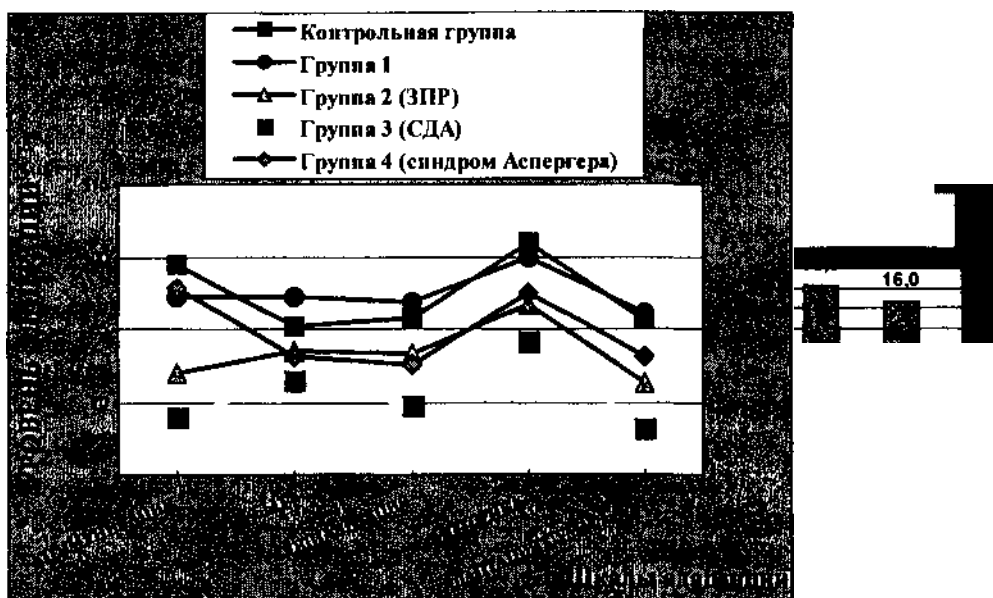


Рис. 1. Адаптивные профили по Вайнленду (по американским нормам в шкале IQ, где 100 - среднее, 15 - стандартное отклонение)

проводился с использованием средств пакета STATISTICA 6.0.(STAT SOFT) с применением U-теста по методу Манна и Уитни).

Результаты детей с ЗПР оказались существенно более низкими по сравнению с двумя предыдущими группами. От типично развивающихся детей дети с ЗПР демонстрируют отличия по всем субшкалам за исключением бытовых навыков и крупной моторики. От группы 1 их отличают достоверно более низкие уровни по всем шкалам за исключением рецептивных навыков, навыков сотрудничества и крупной моторики.

Самые низкие результаты были получены у детей с СДА. По сырым баллам для детей этой группы специфичны достоверно более низкие результаты по большинству субшкал и шкал адаптации по сравнению со всеми другими группами. 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.

Профиль детей с синдромом Аспергера по большинству субшкал совпадает с профилем детей с ЗПР, за исключением шкалы коммуникации и мелкой моторики, где дети с СА демонстрируют более высокие результаты.

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

Контр. группа	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4
---------------	----------	----------	----------	----------

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

По показателям шкалы дезадаптации типично 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 Вайнленда дети группы 1 более дезадаптированы, чем здоровые. В отличие от нормы, дезадаптивные проявления у детей группы 1 характеризуются не только трудностями, выявляемыми у здоровых детей (которые, как правило, проявляются в виде импульсивности, 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.

Дети группы 2 (с ЗПР) демонстрируют такие же проявления дезадаптации, как и дети группы 1. Поведенческие феномены, описанные во II части шкалы, также нехарактерны для детей с ЗПР.

Для детей с СДА и СА характерна более выраженная степень дезадаптации как по части I, так и по части II шкалы. Между этими группами достоверных различий по уровню дезадаптации не выявлено. В то же время обе группы отличаются от трех предыдущих групп по II части и от детей контрольной группы и группы 1 по I части (с детьми с ЗПР достоверных отличий по части I не выявлено).

Корреляционный анализ. Для того чтобы выявить корреляционные зависимости между субшкалами для каждой группы, был проведен корреляционный анализ (с использованием метода ранговой корреляции Спирмена). Корреляционный анализ выявил как общие для всех групп, так и специфические связи между сферами адаптивного и дезадаптивного поведения

Уровень развития бытовых навыков во всех группах связан с социализацией. Повидимому, чем лучше ребенок адаптирован в быту, тем проще ему подчиняться определенным правилам социального взаимодействия вне семьи. Таким образом, работа в семье, направленная на формирование бытовых навыков, позволит подготовить ребенка к выходу в социум.

Также во всех группах выявлена положительная корреляционная связь между уровнем развития речи и уровнем бытовых навыков (за исключением контрольной группы). Это указывает на важность работы по развитию речи (или альтернативных средств коммуникации при ее отсутствии) для адаптации ребенка с любой формой дизонтогенеза.

Во всех группах выявляется связь между двигательной сферой и бытовыми навыками. Эта связь указывает на роль моторного развития для успешной адаптации. 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.

Кроме того, были выявлены специфические корреляционные связи. В группе 1 это связь экспрессивной стороны речи с социализацией, а в группах 2, 3 связь социализации прослеживается также и со спо-

собностью понимать обращенную речь. Интересно, что у детей группы 4 фактор коммуникации (речевые навыки) не связан с социализацией. Эти данные, с одной стороны, коррелируют с результатами исследований, показывающих, что независимо от уровня когнитивного развития дети с синдромом Аспергера испытывают серьезные трудности социализации⁴.

С другой стороны, эти данные еще раз свидетельствуют о том, что проблема общения у детей с СА связана не с нарушениями лексики, грамматики (что оценивает Вайнленд в шкале коммуникации), а с невозможностью вести диалог из-за неумения учитывать интересы, мнения собеседника, непонимания скрытого смысла, подтекста ситуации и т. п. Все это указывает на то, что дети с СА нуждаются в специальной коррекционной работе, направленной на решение именно этих проблем, значительно больше, нежели в традиционной логопедической коррекции.

Помимо этого выявлена корреляционная зависимость социализации с уровнем развития моторной сферы. Если в группе 1 это преимущественная связь с мелкой моторикой, то у аутистов - с крупной. А у детей с СА выявлена корреляционная связь с уровнем развития как мелкой, так и крупной моторики. Действительно, способность ребенка быть принятым в социальную группу, взаимодействовать в игре, выполнять совместные действия предъявляет определенные требования, как к общей моторной ловкости, так и к ручной деятельности. Данная деятельность у детей с СА снижена, что существенно затрудняет их социализацию, кроме всего прочего, возможно, и по этой причине.

Выводы.

1. Шкала адаптивного поведения Вайнленд как метод комплексной оценки адаптивного функционирования ребенка позволяет дифференцировать группы детей с разными типами онтогенеза (типичного или отклоняющегося).

2. Профиль адаптации как уникальное сочетание шкал и субшкал адаптивного и дезадаптивного поведения отражает специфические особенности, присущие каждому варианту развития.

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

Шкала Вайнленд как метод комплексной оценки адаптивного функционирования детей..

4. Корреляционный анализ отношений между шкалами и субшкалами Вайнленда показывает наличие как общих, так и специфических связей.

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

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ Гордеев В. И., Александрович Ю. С. Методы исследования развития ребенка: качество жизни (QOL) - новый инструмент оценки детей. СПб.: Речь, 2001; Голованова Н. Ф. Социализация и воспитание ребенка: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. СПб.: Речь, 2004; Слободская Е. Р., Гудман Р., Князев Г. Г. Актуальные вопросы современной медицины. Новосибирск, 2002. С.15-21.

² Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. СПб: Питер, 2003. С. 262-288; Sparrow Sara S., Balla David A., Cicchetti Domenic V. Vineland Adaptive Behavior Scales. Interview Edition. Survey Form Manual. Minnesota: American Guidance Service, 1984.

¹ 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; Сайфутдинова Л. Р., Сударикова М. А. Оценка уровня развития адаптации ребенка с помощью шкалы Вайнленд // Школа здоровья. 2004. Ns 1. С. 48-56; Carter Alice S , Volkmar Fred R., Sparrow Sara S., Wang Jing-Jen, Lord Catherine, Dawson Geraldine, Fombonne Eric, Loveland Katherine, Mesibov Gary, Schopler Eric. Vineland Adaptive Behavior Scales: The Supplementary Norms for Individuals with Autism // Journal of Autism and Developmental Disorders. 1998. V. 28. №. 4. P. 287-301.

⁴ Saulnier C. A., Klin A., Sparrow S. S., Cicchetti D. V., Volkmar F. R., Lord C. Does high IQ in autism spectrum disorders translate into real-life success? // 5th International Meeting For Autism Research (IMFAR) Montreal, Canada, June 1 - June 3, 2006; Szatmari P., Archer L, Fisman S., Streiner D. Wilson F. Asperger's Syndrome and Autism: Differences in Behavior, Cognition, and Adaptive Functioning // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. December 1995; 34(12). P. 1662-1671.