FRI-K.201-1-HP-01

CHILD BEHAVIOR CHECKLIST 1.5-5 PROFILES OF PRESCHOOL CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER [1]

Yana Pacholova
Department of Psychiatry and Medical Psychology
Medical University, Varna
Tel.: +359 885 991 386
E-mail: yana.pacholova@gmail.com

Abstract: *The current study examines the behavioral profiles of children with Autistic Spectrum Disorders (ASD), compared to the profiles of children with Developmental Dysphasia (DD), measured with Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5 Years. The parent report forms of 41 preschool children with a diagnosis of ASD are compared to an age-matched group of children with DD. The results show a typical profile of most marked elevation in the Withdrawal and Pervasive Developmental Problems scales in the ASD group as compared to a scattered subclinical problem pattern in the DD group.*

Keywords: *Autism, language delay, behavioral profile, autistic spectrum disorder*

JEL Codes: *I 10, I 20*

ВЪВЕДЕНИЕ

Голяма част от комуникативните, поведенческите и емоционалните разстройства се проявяват още в периодите на ранно детство и предучилищна възраст. В настоящото изследване се изследват две големи групи нарушения, които се диагностицират през тези периоди – разстройства от аутистичен спектър и дисфазия на развитието. Разстройствата от аутистичен спектър (РАС) [2] са свързани с отклонение от типичното невропсихично развитие, характеризиращо се с нарушения в три области: социално взаимодействие, комуникация и стереотипни, ограничени или повтарящи се модели на поведение, интереси и дейности [5]. Извън тези три големи сфери на нарушение интелектът и адаптивността широко варират [6]. Много често децата с РАС демонстрират поведенчески и емоционални особености, които затрудняват адаптацията им в учебно заведение и изграждането на реципрочни социални взаимоотношения [9]. Смята се, че пикът на нарушенията, т.е. най-голямо отклонение в развитието в сравнение с връстници, се наблюдава във възрастта 4-5 години [8]. Поведенческите отклонения се изразяват в невключване в общи занимания, агресивно и автоагресивно поведение, проблеми с концентрацията и устойчивостта на вниманието, активно отбягване на социални взаимодействия, активно отбягване на определени ситуации, които детето възприема като претоварващи, липса на реч или ограничена и нефункционална употреба на речта, нарушено езиково разбиране, прекомерно ангажиране в еднотипни и ритуалистични занимания с гневни изблици при намеса или прекъсване. Много често децата не са изградили навици за самообслужване и като цяло не могат да функционират самостоятелно. През този период разликата между детето с Разстройство от аутистичен спектър и невротипично развиващите се деца е много отчетлива.

Друго едно нарушение на развитието, което се установява в ранно детство и предучилищна възраст, е дисфазията на развитието – това също е невроразвитийно нарушение,

[1] В настоящата разработка се използва терминът „Разстройства от аутистичен спектър" като синонимен на действащия в настоящата десета ревизия на Международния класификатор на болестите „Генерализирани разстройства на развитието" и на използваният в четвъртата ревизия на Диагностичния класификатор на Американската психиатрична асоциация „Первазивни разстройства на развитието". Причината е световната тенденция към унифициране на терминологията, залегнала в петата ревизия на Диагностичния класификатор на Американската психиатрична асоциация и планираната промяна в единайсетата ревизия на Международния класификатор на болестите (APA, 2013).

което основно се характеризира със забавено овладяване на езиковата система [7]. Много често едновременно и в следствие от езиковия дефицит се наблюдава и нарушение в социалните взаимодействия, нарушение на параметрите на активното внимание, поведенчески нарушения и емоционална лабилност [2,3,4].

Ранния скрининг, ранната диагностика и интервенция могат да ограничат отрицателните ефекти от нарушенията в хода на развитието на детето – по-лека симптоматика, подобрени взаимодействия у дома и с връстници, подобрено психично функциониране. За целта е необходимо да бъдат събрани данни от по-продължителен период, за да може да се оцени не само наличието, но и степента на нарушението. Важно е инструментите за оценка на проблемите в развитието да са многомерни, за да могат да уловят разнообразните аспекти от функционирането на детето [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Изследвани лица

В изследването взеха участие семействата на 80 деца в предучилищна възраст (44-60 месеца), от Североизточна България, всички носители на български език. В някои от семействата се говори и втори език. Семействата на децата са с разнообразен социален, икономически и образователен статус. Децата са разпределени в 2 групи, както следва:

Група на деца с РАС (Аутизъм) – 41 деца (7 момичета и 34 момчета) с поставена диагноза Генерализирано разстройство на развитието или Детски аутизъм. Средна възраст = 50,44 месеца.

Група на деца с дисфазия на развитието (Дисфазия) – 39 деца (14 момичета и 25 момчета) с установена психиатрична диагноза Разстройство на експресивната реч и логопедична диагноза – Дисфазия на развитието (импресивна/експресивна). Средна възраст = 50,4 месеца.

Разпределението по пол на децата от клиничната извадка е неравномерно – преобладават момчета. Това е изводимо и от данните за разпределението на езикови и генерализирани проблеми в общата популация.

Стимулен материал

Преведен, адаптиран и стандартизиран за България Поведенчески въпросник за деца на възраст 1½ - 5 години (CBCL – Child Behavior Checklist for Ages 1½-5).

Процедура

Формите на Поведенческия въпросник за деца на възраст 1½ - 5 години са раздадени на родителите, след което са инструктирани да отбелязват срещу всяко от твърденията доколко се отнася до детето им по скала от 0 до 2 (0=Не е вярно; 1=Донякъде или понякога вярно; 2=Много или често вярно). Получените резултати са разделени на *норма* (до 65 стандартни точки), *гранични* (от 65 до 70 стандартни точки) *и клинични стойности* (над 70 стандартни точки) [1].

Резултати и дискусия

Резултатите от въпросниците са анализирани с еднофакторен дисперсионен анализ за влиянието на фактора Диагноза върху резултатите по скалите от въпросника (Таблица 1). Накрая са представени обобщени поведенчески профили за диагнозите Разстройство от аутистичен спектър и Дисфазия на развитието с осреднените резултати на всички деца (Графика 1).

Таблица 1. Еднофакторен дисперсионен анализ ANOVA за влияние на фактора Диагноза върху резултатите от Поведенчески въпросник за деца на възраст 1½ - 5 години. F (крит.) = 1.99 при ниво на значимост p=0.05

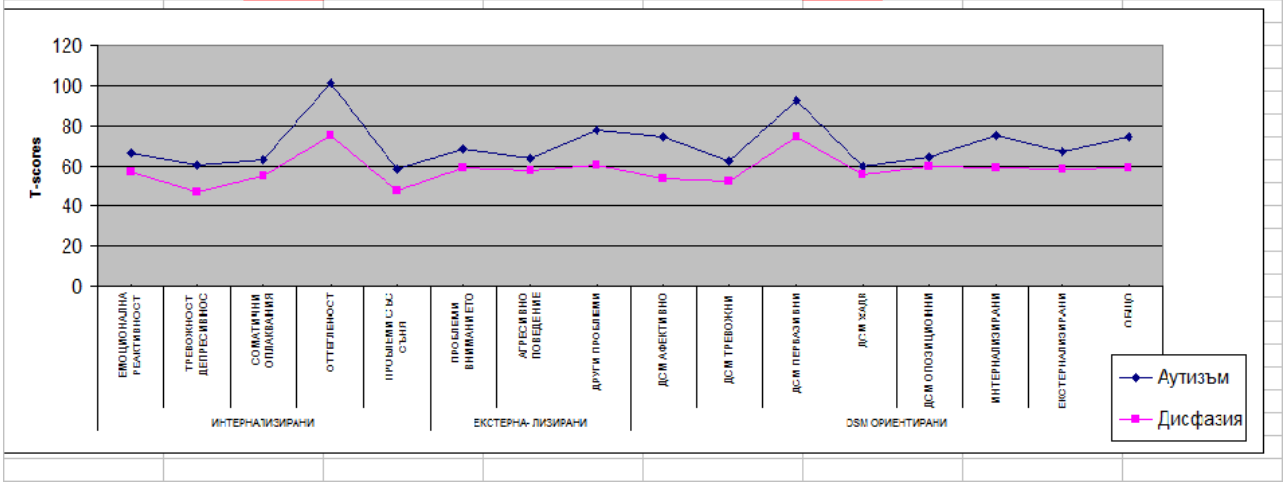
Еднофакторен ANOVA за влияние на фактора Диагноза върху резултатите от П.В.Д.В. 1,5 – 5 N=80, Fкрит.(1,79)=1,99					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ЕмоцРеак	68,632	1	68,632	5,724	,019
Трев/Деп	109,113	1	109,113	10,723	,002
СомтОпл	11,597	1	11,597	1,089	,300
Оттегл	191,778	1	191,778	12,967	,001
ПрСън	94,345	1	94,345	12,240	,001
ПрВним	54,237	1	54,237	16,441	,000
АгресПов	136,719	1	136,719	2,105	,151
АфектПр	224,674	1	224,674	20,683	,000
ТревПр	105,981	1	105,981	8,522	,005
ПервПР	290,218	1	290,218	9,887	,002
ХАДВПр	19,392	1	19,392	2,275	,135
ОпозПр	6,937	1	6,937	,696	,407
ИнтерПр	1294,848	1	1294,848	11,333	,001
ЕктерПр	363,179	1	363,179	4,372	,040
ДрПр	1036,728	1	1036,728	15,249	,000
ОбщиПр	9566,997	1	9566,997	13,259	,000

Установява се значима разлика по всички скали с изключение на Соматични оплаквания, Агресивно поведение, Проблеми свързани със Синдром на хиперактивност с дефицит на вниманието и Опозиционни и поведенчески проблеми. При тези скали поведението на деца с аутистично разстройство и деца с езиков дефицит не се различава значимо, независимо дали има отклонение от нормата. По скалите Емоционална реактивност, Тревожност/ Депресивност, Оттегленост, Проблеми със съня, Проблеми с вниманието, Афективни проблеми, Тревожни проблеми, Генерализирани проблеми и по обобщените скали поведението на децата с РАС значимо се различава от това на децата с езиково разстройство.

За да се установи дали и доколко се различават двете групи от нормалните стойности, беше изготвен обощен поведенчески профил, при който осреднените стандартизирани резултати по скалите за двете групи изследвани лица бяха сравнени с нормалните стойности за българската извадка (Графика 1).

Наблюдава се цалостно повишение на профила при РАС с най-голямо повишение по скалите Оттегленост и Первазивни проблеми. При децата с езиков дефицит се отчита леко повишение само по скалите Оттегленост и Первазивни проблеми. Останалите резултати са в нормални стойности. Независимо, че по клинични данни и при двете диагнози децата изпитват затрудение в социализацията, комуникацията и регулацията на поведението и емоциите, при Разстройства от аутистичен спектър нарушенията са значимо по-големи. Съхранената способност за невербална комуникация, както и желанието за изграждане на социални връзки помагат на децата с Дисфазия на развитието да се научат да регулират поведението и емоциите си, да се включват повече в общи занимания, да се ориентират в социална и несоциална ситуация. В настоящото изследване и при двете групи като цяло не се установява повишение в клинични стойности по скалите свързани с нарушения на вниманието, съня, противопоставящо поведение.

ИНТЕРНАЛИЗИРАНИ					ЕКСТЕРНА-			DSM ОРИЕНТИРАНИ							
ЕМОЦИОНАЛНА РЕАКТИВНОСТ	ТРЕВОЖНОСТ ДЕПРЕСИВНОС	СОМАТИЧНИ ОПЛАКВАНИЯ	ОТТЕГЛЕНОСТ	ПРОБЛЕМИ СЪС СЪНЯ	ПРОБЛЕМИ ВНИМАНИЕТО	АГРЕСИВНО ПОВЕДЕНИЕ	ДРУГИ ПРОБЛЕМИ	ДСМ АФЕКТИВНО	ДСМ ТРЕВОЖНИ	ДСМ ПЕРВАЗИВНИ	ДСМ ХАДВ	ДСМ ОПОЗИЦИОННИ	ИНТЕРНАЛИЗИРАНИ	ЕКСТЕРНАЛИЗИРАНИ	ОБЩО
66,63839	60,01405	63,09399	101,4953	58,30156	68,06412	63,92464	77,72973	74,66701	62,60476	92,2179	59,33819	64,10488	75,34913	66,87383	74,54699
57,1051	47,09526	55,22755	74,97563	47,65732	59,30416	57,41284	60,35898	53,50553	51,98634	74,11073	55,52912	59,73639	58,77786	58,64856	59,06665



Графика 1. Поведенчески профил на осреднени стойности на резултатите на деца с Разстройство от аутистичен спектър и на деца с Дисфазия на развитието. Резултат до 60 ст.т. – норма; 65-70 ст.т. – граничен; над 70ст.т. – клиничен.

ИЗВОДИ

В клиничната практика все повече нарастват случаите на поставени диагнози за разстройство от аутистичен спектър и все често се поставя въпроса дали детето има само езиков дефицит и не общува, защото не може да говори, или има по-всеобхватен проблем. При разстройствата от аутистичен спектър езиковата система е засегната, но като част от общия симптомокомплекс. При дисфазията на развитието езиковият дефицит е водещ, и като вторични прояви се наблюдават нарушена социална адаптация, нарушения във вниманието, трудности при следване на правила. В извадката от деца в предучилищна възраст и в двете групи се наблюдава най-голямо повишение по скалите Оттегленост и Первазивни проблеми. Важно е да се отбележи, че при деца с Разстройство от аутистичен спектър обаче, тези резултати са значимо по-високи отколкото при деца с Дисфазия на развитието. Би било полезно в едно бъдещо изследване да се определят разграничаващи стойности на тези две скали, които да ориентират клиницистите още в скрининговия период. Един такъв ориентир на този етап е цялостното повишение на профила в клинични стойности при пациенти с РАС.

REFERENCES

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000) *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry

Baddeley A, Gathercole S, Papagno C (1998). *The phonological loop as a language learning device.* Psychological Review **105** (1), p.158–173.

Baker L., Cantwell D.P. (1992). *Attention deficit disorder and speech/language disorders.* Comprehenhive mental health care, 3, 3-16.

Campbell, T. F., & McNeil, M. R. (1985). *Effects of presentation rate and divided attention on auditory comprehension in children with acquired language disorder*. Journal of Speech and Hearing Research, **28,** 513–520.

Fuentes J, Bakare M, Munir K, Aguayo P, Gaddour N, Öner Ö, Mercadante M. *Autism spectrum disorders*.In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

Matanova, V. Autizam, (2008). SOFI-R. Sofia. (Оригинално заглавие: Матанова В. *Аутизъм.* СОФИ-Р. София. 2008)

Njiokiktjien, C. (1990). Developmental Dysphasia: Clinical Importance and Underlying Neurological Causes. Acta Paedopsychiatr. 1990; 53 (2):126-37

Rutter M., LeCouteur A., Lord C. Autism Diagnostic Interview Revised. Interview Protocol. WPS. 2003

Volkmar F., Klin A., Chawarska K., Rubin E., (2004). *Clinical assessment of young children at risk of autism.* In: Del Carmen-Wiggins, R., Carter, A. (Eds). Handbook of Infant, Toddler and Preschool Mental Health Assessment. Oxford, Oxford University Press