



**СУ “СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ”
ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ**

Катедра социална, трудова и педагогическа психология

Ивелина Веселинова Дудренова

АВТОРЕФЕРАТ

**на
ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД**

**За придобиване на образователна и научна степен
“ДОКТОР”**

Научна специалност: 3.2.
Медицинска психология
(Клинична психология)

**ОСОБЕНОСТИ НА ПСИХИЧНОТО И СОЦИАЛНО
ФУНКЦИОНИРАНЕ НА ДЕЦА ОТ АУТИСТИЧНИЯ СПЕКТЪР**

**Научен ръководител:
Проф. дпсн Ваня Матанова**

С о ф и я,
2014

Дисертационният труд се състои от 179 страници, включващи 9 фигури и 28 таблици. Цитирани са 290 литературни източници, от които 17 на кирилица и 273 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и предложен за защита на катедрен съвет на катедра „Социална, трудова и педагогическа психология” към Философски факултет на СУ „Св. Климент Охридски” на 19.02.2014 г.

Публичната защита ще се състои на 26.05.2014 г. от 17.00 часа в 63 аудитория, ет.3, Южно крило на Ректората.

Материалите по защитата са на разположение в каб. 60, ет.3, Южно крило на Ректората.

СЪДЪРЖАНИЕ

Използвани съкращения.....	4
Въведение	5
Собствено проучване	6
Цел на емпиричното изследване	6
Задачи на емпиричното изследване	6
Хипотези на емпиричното изследване	6
Организация на изследването	6
Обект на изследването	7
Предмет на изследването	7
Описание на методиката	8
Изследвани лица	10
Процедура на изследването	10
Обработка на данните и методи на анализ	11
Ограничения и рамки на изследването	11
Резултати, анализи, изводи.....	13
Изводи и обсъждане.....	34
Приноси	40

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

РАС – Разстройство/а от аутистичния спектър.

ГРР – Генерализирани разстройства на развитието. Като синоними са използвани РАС и аутизъм.

DSM – (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), Диагностика и статистика на психичните разстройства

IQ – (Intelligence Quotient), Коефициент на интелигентност.

SRS-2 – (Social Responsiveness Scale), Скала за оценка на реакциите.

ВЪВЕДЕНИЕ

Нарушенията от аутистичния спектър представляват нестихващ интерес, водещ своето начало още веднага след публикуването на статията на Лео Канер през далечната 1943 г. Това се обяснява както с високата честота на развитие на тези състояния, така и с определени трудности в съвременната диагностика и липсата на детайлно разработена система за специализирана помощ, което не може да не доведе до затруднено пълноценно и равностойно участие на децата и техните семейства в обществения живот.

Успоредно с това всички изследователи изтъкват необходимостта от разкриване на психичните и социални особености в развитието на тези деца, смятайки че по такъв начин ще се разширят предпоставките за по-добра терапевтична, познавателна и възпитателна работа, доколкото основните индикатори за аутизма се свързват със значителните затруднения във функционирането.

Въпреки че, през последните години се работи активно за повишаване информираността на обществото по въпросите на аутизма, все още стигмата към тези хора е налице, няма утвърдени съвременни методи и стандарти за диагностика и работа, липсва прилагане на комплексност в подхода и предоставянето на услуги, които да са интегрирани и междуинституционални. Недостатъчното знание за този проблем от своя страна води до закъсняла диагностика, неточни рехабилитационни препоръки и ранно формиране на инвалидност при тази патология.

Заклученията за разпространението на аутизма в отделните страни се базират най-вече на данни от отделни регионални изследвания. За съжаления в България няма официална статистика за броя на децата от аутистичния спектър. Изказват се предположения, че те са около 16 000.

Всичко казано по-горе аргументира и нашата мотивация да подберем настоящата тема.

СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ

1. Цел на емпиричното изследване

Целта на настоящото емпирично изследване е да се установят особеностите и вариантите на психичното и социално функциониране при деца от аутистичния спектър във вътретестовия диапазон от 2.5 до 16 години.

2. Задачи на емпиричното изследване

1. Да се разработи и направи критичен анализ на проблематиката свързана с психичното и социалното функциониране на деца от аутистичния спектър.
2. Да се изведе модел и да се направи апробация на методика за изследване на психичното и социалното функциониране на деца от аутистичния спектър.
3. Да се подбере адекватен на целта и задачите контингент на изследване.
4. Да се планира и осъществи емпирично изследване в отделните възрастови периоди.
5. Да се направи количествен и качествен анализ на получените емпирични данни.
6. Да се направи емпирична проверка и да се разкрият спецификите на психичното и социалното функциониране на деца от аутистичния спектър.

3. Хипотези на емпиричното изследване

1. Предполага се, че при еднотипни въпросници за изследване на симптомите от аутистичния спектър ще се наблюдават различия при оценките на родителите и специалистите.
2. Предполага се, че с възрастта се наблюдава промяна в клиничната картина на аутистичните деца, без това да нарушава целостта на нозологичната единица, демонстрирано най-вече в областта на социалното функциониране.
3. Предполага се, че на базата на ниската информираност и недостатъчна специфичност на ранните предиктори диагностичните интервенции са с късно начало.
4. Предполага се, че интервенционните терапевтични програми биха довели до по-висока ефективност, ако са основани на интервениране на психичното и социалното функциониране на децата от аутистичния спектър.
5. Предполага се, че в изследваната извадка момчетата ще са повече, но при момичетата аутистичната симптоматика ще бъде проявена в по-тежка форма, касаеща социалното функциониране.

4. Организация на изследването

1. Подбор на адекватна на целта методика за изследване на психичното и социалното функциониране на деца от аутистичния спектър
2. Адаптиране на методиката за целите на настоящото изследване:
 - прав и обратен превод – за превода на методиката са използвани двама независимо работещи един от друг преводачи/психолози.
 - редактиране на превода
 - експертна оценка
3. Подбор на контингент (извадка) на изследването.
4. Планиране и организация на изследването.
5. Количествен, качествен и статистически анализ на получените данни от изследването.
6. Формулиране на изводи и препоръки за клиничната практика.

5. Обект на изследването са деца и юноши, диагностицирани с генерализирано разстройство на развитието (ГРР) на възраст от 2г.5м до 16г. В Центровете, които посещават изследваните деца имат индивидуални терапии с психолог, логопед, специален педагог и ерготерапевт, както и следните психокорекционни програми: Игротерапия, Музикотерапия, Монтесори терапия, Приложен поведенчески анализ (Applied Behavior Analysis, ABA), Комуникационна система чрез размяна на картинки (Picture Exchange Communication System, PECS), Специално обучение: програма ТЕАССН (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children).

6. Предмет на изследването е психичното и социално функциониране на деца от аутистичния спектър.

Много изследователи са се опитвали да опишат конструкцията на социалните умения, но все още не съществува консенсус и универсална дефиниция. Спенс (2002) разграничава социалните умения и социалната компетентност чрез ограничаване на

основни умения, които позволяват на човек да взаимодейства с другите и прилагането на тези умения за развиване на приятелски отношения. Гутстейн и Уитни (2002) определят социалната компетентност като “умения и стратегии”, които позволяват на хората да имат приятелства, емоционално базирани взаимоотношения, продуктивно сътрудничество с групи/екипи, да управляват социални ситуации, и да участват в семейното функциониране.

Социалното функциониране на деца и юноши може да се измерва по няколко начина. Мерел (2001) очертава шест основни метода, използвани от изследователите:

1. Системи за наблюдение на поведението;
2. Поведенчески рейтингови скали;
3. Структурирани и полуструктурирани интервюта;
4. Самооценъчни скали;
5. Проективно-експресивни техники;
6. Социо-метрични стратегии.

Въпреки, че всеки метод имат своите силни и слаби страни Мерел претендира, че системите за наблюдение на поведението и поведенческите рейтинг скали по-тясно се придържат към най-добрите практики и трябва да бъдат включени, като основни източници при оценката на социалното функциониране на деца.

Поведенческите рейтингови скали често се използват за преодоляване на ограниченията за наемане и обучение на наблюдатели, при оценяването на социалното функциониране. Според Мерел те предлагат следните предимства:

- те са по-евтин вариант;
- предоставят информация за важно, но често пъти специфично социално поведение;
- дават по-надеждни данни, отколкото други методи, като например проективните методики или полуструктурираните интервюта;
- разчитат на наблюдения, натрупани за продължителен период от време в естествена среда от оценителя;
- позволяват някой, който добре познава изследваното лице да оцени социалното му функциониране, когато това лице не е в състояние да го направи самостоятелно (например, поради ограничени вербални способности и/или неразбиране на въпросите)
- могат да се използват за оценка на широк спектър от социални умения или много специфична група умения.

С оглед на гореизложените концепции социалното функциониране при PAC репрезентира психичното им функциониране. За оценяването на социалното функциониране на деца от аутистичния спектър ние избрахме „Скала за оценка на реакциите, Второ издание, (Social Responsiveness Scale Second Edition, SRS -2), 2012 г.”, която включва следните променливи, които ще бъдат измерени за изясняване на психичното и социалното функциониране на деца от аутистичния спектър: социална компетентност, социално познание, социално общуване, социална мотивация, ограничени интереси и стереотипно поведение.

Методиката “Скала за оценка на реакциите, Второ издание 2012 г.”(SRS-2), е създадена от психиатърът John N. Constantino и докторът по психология Christian P. Gruber, за измерване на аутистични симптоми, във вид на количествени

характеристики, през целия спектър на тежест на аутизма. Тя се базира на класификационната структура на DSM – IV, като има и две съвместими субскали (социална комуникация и взаимодействие и ограничени интереси и повтарящо се поведение) с DSM - V, които позволяват сравнение на симптомите на разстройствата от аутистичния спектър с новите диагностични критерии на DSM – V.

Изследването представя данни от пилотно проучване с българска извадка от 127 изследвани лица, както и изследване с 37 пробанта за оценка на устойчивостта на резултатите във времето. Резултатите от направения факторен анализ, не предполагат редуциране на въпроси и отстраняване на айтеми.

7. Описание на методиката

За реализиране на задачите за изучаването на психичното и социално функциониране на деца от аутистичния спектър е използвана скала SRS -2. Скалата е от Ликертов тип за обективно оценяване на симптомите свързани с аутизма. Оригиналната методика съдържа 65 айтема разпределени в пет дименсии. Всеки айтем се оценява по четири степенна скала: 1 "не е вярно"; 2 "понякога вярно; 3 "често вярно", и 4 "почти винаги вярно".

Адаптиран е за използване при индивиди, оценявани от родители в диапазон от 2,5 до 5 години (Формуляр за предучилищна възраст) и в диапазон от 5 до 18 години (Формуляр за училищна възраст), както и за специалисти в същия възрастов диапазон, съответно от 2,5 до 5 години и от 5 до 18 години. За оценка на всяко твърдение е използвана четири степенна скала от Ликертов тип.

Използваният инструмент се състои от 2 тестови формуляра, които позволяват да се извършва оценяване на индивиди в диапазон от 2,5 години до 18 години. Всички формуляри могат да се попълват от възрастни с добри умения за разбиране на писмен текст. Всеки формуляр позволява оценките да се събират от разнообразни източници: родители, разширен семеен кръг, педагози, логопеди, психолози, рехабилитатори. В настоящото изследване „Формулярът за предучилищна възраст“ /възраст от 2,5 до 5г./ и „Формулярът за училищна възраст“ /от 5 до 18 год./ предоставят оценки от родители и специалисти, работещи с децата.

Авторите на методиката извеждат чрез факторен анализ няколко основни и повтарящи се тематки:

1. Социална компетентност - (състои се от 8 айтема). Индикатори на тази скала са сетивните аспекти на реципрочно социално поведение, като осъзнаване какво мислят и чувстват другите, фокусиране на вниманието върху това, което гледат или слушат другите, използването на хората, като предмети – при децата аутисти често срещани са опитите да се използва ръката на другия като инструмент, например, за да се отвори врата, а в някои случаи те проявяват подобно поведение, за да чуят желана от тях дума – хващат долната челюст на “комуникатора”, за да я раздвижат механично.

2. Социално познание – (състои се от 12 айтема). Индикатори на тази скала са когнитивно-интерпретативни аспекти на реципрочно социално поведение, като способности за разбиране значението на интонацията и израженията на лицето на другите, разбиране когато нещо е нечестно, въображение и игра “наужким” без да губи връзка с реалността, разбиране на връзката между събития.

3. Социално общуване – (състои се от 22 айтема). Индикатори на тази скала са социална комуникация и аспектите на реципрочно социално поведение, като възможност за предаване на другите на своите чувства с думи и жестове, редуване с връстници в игри и занимания, имитиране на действията на другите, поддържане на взаимоотношения с други деца, общуване с връстници или възрастни, адекватни реакции на промените на настроението на другите.

4. Социална мотивация – (състои се от 11 айтема). Индикатори на тази скала са степента до която индивидът е мотивиран да участва в социално-междупersonно поведение, като се включват и елементи на социална тревожност, инхибиране и емпатична ориентация, чрез манифестиране на неспокойствие и напрегнатост в социални ситуации отколкото, когато детето е само, голяма зависимост от възрастните, самоувереност, участие в групови дейности, създаване на социални контакти с връстници или възрастни.

5. Ограничени интереси и стереотипно поведение – (състои се от 12 айтема). Индикатори на тази скала са стереотипни поведения на силно ограничени интереси, характерни за аутизма, като в стресови ситуации дебютира сковано или непреклонно поведение, нефункционална игра с играчки, трудности при смяна на установен ред, непрестанно говорене за едно и също нещо, ограничен или необичайно тесен кръг от интереси.

Въпросникът се попълва от родител и от специалист на ръка. Инструкциите са подавани устно, еднотипно за всички изследвани лица.

Първият критерий за подбор е възрастта на индивида, който ще бъде оценяван.

Вторият критерий за подбор е избор на оценяващ.

Във всички случаи това е човек, който е запознат с поведението на изследваното лице в обичайна среда, като например дома, училището, и т.н. Анкетираният е общувал с индивида поне един месец, в обстановка която предполага бързо натрупване на впечатления- например класната стая в случаите на по-малки деца. За предпочитане обаче е по-дълго общуване, което може да се очаква от родители, големи братя и сестри или възрастни роднини, или учители работили с детето в продължение на няколко месеца. Избраният формуляр за възрастта на изследваното лице се използва от всички даващи информация за този субект; т.е. анкетираният просто отмята квадратчето посочващо неговата/нейната връзка с изследваното лице. Отбелязването на типа анкетирани (родител/учител) е изискване на SRS- 2, тъй като таблиците за нормите се различават за различните типове анкетиранни.

Инструкции

Анкетираните са инструктирани да попълнят всички елементи на формуляра, така че да може да се направят точни изчисления. Обяснено е, че резултатите от теста ще пострадат, ако липсват отговори на въпроси, а когато твърде много компоненти не са попълнени, тестът не се оценява.

Анкетираните са помолени да прочетат инструкциите и да задават всички възникнали въпроси. Ако анкетираният пита за значението на някой компонент, то е разяснено накратко. Не се насърчава продължителното обсъждане на значението на който и да е въпрос. Ако дори след кратко разяснение на въпрос, анкетираният не е сигурен за правилния отговор, се насърчава да отговори според възможностите си.

„Скалата за оценка на реакциите-2” не се изчислява, ако 7 или повече елемента липсват.

Преди да бъдат изчислени резултатите от формулярите се проверява за необичайни отговори, като например високи точки за всеки симптом и повтарящи се модели на отговор в целия тест (напр. редуване на високи и ниски точки).

За цялото изследване 21 анкетни карти бяха попълнени по предходно описания начин. Анкетните карти бяха попълнени от родители на деца, на които е поставена диагноза ГРР преди 3 месеца. Тези анкетирани не фигурират в настоящото изследването, поради невалидност на резултатите.

8. Изследвани лица

Изследвани са 127 деца – над 5 години 97, от които 87 момчета и 10 момичета, средна възраст при момчетата 7.7 години, а при момичетата 6.1 години. Под 5 години са изследвани 30 деца, от които 20 момчета и 10 момичета, средна възраст при момчетата 3.9 години, а при момичетата 3.1 години. При тест/ре-тест процедурата бяха изследвани 37 деца, от които 29 момчета и 8 момичета.

9. Процедура на изследването

Преди практическото стартиране на изследването е изпратено писмо до Центровете, които посещават децата. Писмото информира относно целта на изследването и използваните инструменти за осъществяване на целта. След положителен отговор от Центровете е изпратено информирано съгласие за родителите, които желаят да участват в проучването. Информираното съгласие уведомява родителите за целта на изследването, за доброволното участие в него и анонимността на участието, за техническите параметри на процедурите, за очакваните резултати и използването им.

Изследването е проведено двукратно, за отчитане на тест/ре-тест резултатите (в рамките на 1-3 месеца), като в извадката на изследваните деца над 5 години скалата е попълнена от общо петнадесет психолога, девет логопеда и седем педагога. В извадката на изследваните деца под пет години скалата е попълнена общо от десет психолога, седем логопеда и пет педагога.

Изследването се проведе в 13 Центъра на територията на България, от които две детски градини, едно СОУ за деца с нарушено зрение, четири Центъра за социална рехабилитация и интеграция, четири Дневни центъра за деца с увреждания, един Център за обществена подкрепа и едно Помощно училище.

Таблица 1

Социо-демографски данни за родителите на изследваните лица

	Родители				Образование на родителите	
	Женени	Живеят на семейни начала	Самотни	Разведени	Висше	Средно

ИЛ над 5 г.	32	27	18	50	72	55
ИЛ под 5г.	7	6	5	12	21	9

10. Обработка на данните и методи за анализ

Резултатите са обработени със статистическа програма SPSS 19. Използвани са стандартните за този тип представяне на данни - дескриптивни статистики, корелационен и факторен анализ.

Методите за анализ на данните са описателна статистика, корелационен анализ, Т-тест за сравняване на средните стойности, факторен анализ, проверка на вътрешна консистентност на съгласуваност на Алфа на Кронбах.

11. Ограничения и рамки на изследването

Настоящото проучване има следните ограничения:

- Участниците участват доброволно в това изследване. Следователно те трябва да оценяват значимостта на научните изследвания и да са готови да инвестират време за да участват в тях. Това може да създава селекция от пристрастия и доброволното участие да ограничава генерализацията на резултатите.
- Групата изследвани лица, участвали в това проучване е хетерогенна. Като се има предвид факта, че групата е хетерогенна и няма група за сравнение, резултатите не могат да бъдат обобщени за по-голяма популация.
- Изследването се позовава на оценките на родители и специалисти за социалното функциониране на децата с РАС чрез SRS-2.
 - От една страна разчитането на оценките на родителите получени чрез SRS-2 е потенциално уязвимо от пристрастията на оценителите. Родителите поради емоционалната обвързаност с децата си могат да хипо- или хипероценят функционирането им. От друга страна, родителите и специалистите в настоящото изследване оценяват социалното функциониране на децата с РАС според социалните умения, които са важни за тях в тяхната сфера на дейност.
 - Целите на специалистите за социалното функциониране бяха съсредоточени в това децата с РАС да бъдат ангажирани с други деца, да си взаимодействат с връстници и възрастни по подходящ начин и да работят съвместно в групи.
 - Целите на родителите обаче, бяха съсредоточени върху приятелствата на децата им. Родителите искат децата им да участват със свои връстници в социални дейности и да имат приятели, с които да взаимодействат неформално. Родителите споделяха, че искат другите деца да знаят, че децата им с РАС не са аутсайдери. “Само защото някой е различен не означава, че не трябва да се общува с него. Искам другите да разберат, както казва Т. Грандин, че света има нужда от различни умове”. Тези коментари, направени от майка на изследвано дете N1 от групата деца над 5 години показват силно желание за социално приемане, социално общуване и приятелство.
 - Балансирането на разбиранията на родителите и специалистите за социалното функциониране на деца с РАС се оказва особено предизвикателство.

Бъдещите изследвания е необходимо да отчитат възможни вариации по този параметър и да намерят адекватни инструменти за дискриминирането им.

- В бъдещи изследвания трябва да бъдат включени повече от двама оценители на функционирането на децата от аутистичния спектър. Това може да предостави допълнителна информация, да се редуцират пристрастията на оценителите и да се направят по сигурни заключения за особеностите и вариантите на психичното и социално функциониране на децата от аутистичния спектър в разнообразието както на микро, така и на макросредата.
- В настоящото изследване на психичното и социално функциониране на деца от аутистичния спектър от една страна момичетата са по-малка част в извадката, а от друга изследваната група деца под 5 години е по-малка, поради което резултатите са валидни към настоящия момент за това изследване. На следващ етап може да се претендира със събирането на още данни за по-голяма обобщеност на резултатите по този параметър.
- По-голямата изследвана група деца от аутистичния спектър е над 5 години, но РАС се появяват още в най-ранното детство. Критично е да се изучават профилите на психично и социално функциониране на деца с РАС преди три годишна възраст, за да се разграничи непосредствения ефект от изменената функция на мозъка от крайния ефект от обучение и мотивация. Предвид трудоемкостта свързана с изследването и набирането на големи групи от деца под 3 годишна възраст, е много важно да се използват механизми за обмен на данни между изследователските групи, работещи по един проблем.
- Изследването е проведено с една методика, като се предвижда в последствие съпоставяне на резултатите с друга методика изследваща социалното функциониране на деца от аутистичния спектър.

РЕЗУЛТАТИ, АНАЛИЗИ, ИЗВОДИ

1. Апробация и проверка на факторната структура на въпросника

Вътрешната консистентност, на оригиналния въпросник (5 субскали, 65 айтема), беше оценена чрез изчисляване на индекса Алфа на Кронбах. Получените коефициенти на Алфа на Кронбах (Табл. 2 и Табл. 3) по отделните субскали са показателни за добра вътрешна съгласуваност между отделните айтеми и позволяват провеждане на по-задълбочени изследвания.

Таблица 2

Вътрешна съгласуваност на айтемите при изследвани деца над 5 години

Фактори	Алфа на Кронбах Родители	Алфа на Кронбах Специалисти
Социална компетентност	.720	.750
Социално познание	.836	.784
Социално общуване	.843	.812
Социална мотивация	.894	.840
Ограничени интереси и стереотипно поведение	.778	.843

Таблица 3

Вътрешна съгласуваност на айтемите при изследвани деца под 5 години

Фактори	Алфа на Кронбах Родители	Алфа на Кронбах Специалисти
Социална компетентност	.773	.800
Социално познание	.754	.791
Социално общуване	.889	.865
Социална мотивация	.888	.861
Ограничени интереси и стереотипно поведение	.853	.788

Подробна информация относно валидността и надеждността на методиката се открива в изследвания на: Charman и колеги (2007), Coon и колеги (2010), Volte и колеги (2008), (2010), Kamio и колеги (2012), Roeyers и колеги (2011), Hilton и колеги (2008), (2010), Pine и колеги (2008), Puleo и колеги (2010) и Greaves и колеги (2012).

Проведеният с българска извадка психометричният анализ показва, че в български условия, резултатите не налагат съществени корекции на скалите и айтемите.

В таблици 4, 5, 6 и 7 са представени значимите взаимовръзки между отделните дименсии.

Таблица 4

Корелации между скалите при оценка от родители на деца над 5 години

	Социална компетентност	Социално познание	Социално общуване	Социална мотивация	Ограничени интереси и стереотипно поведение
Социална компетентност	1	,645**	,643**	,600**	,473**
Социално познание	,645**	1	,848**	,706**	,754**
Социално общуване	,643**	,848**	1	,784**	,766**
Социална мотивация	,600**	,706**	,784**	1	,734**
Ограничени интереси и стереотипно поведение	,473**	,754**	,766**	,734**	1

* - $p < .05$

** - $p < .001$

Таблица 5

Корелации между скалите при оценка от специалисти на деца над 5 години

	Социална компетентност	Социално познание	Социално общуване	Социална мотивация	Ограничени интереси и стереотипно поведение
--	------------------------	-------------------	-------------------	--------------------	---

Социална компетентност	1	,734**	,320**	,396**	,348**
Социално познание	,734**	1	,379**	,240**	,375**
Социално общуване	,320**	,379**	1	,613**	,786**
Социална мотивация	,396**	,240**	,613**	1	,574**
Ограничени интереси и стереотипно поведение	,348**	,375**	,786**	,574**	1

* - $p < .05$

** - $p < .001$

Таблица 6

Корелации между скалите при оценка от родители на деца под 5 години

	Социална компетентност	Социално познание	Социално общуване	Социална мотивация	Ограничени интереси и стереотипно поведение
Социална компетентност	1	,591**	,530**	,301**	,572**
Социално познание	,591**	1	,925**	,727**	,845**
Социално общуване	,530**	,925**	1	,743**	,844**
Социална мотивация	,301**	,727**	,743**	1	,697**
Ограничени интереси и стереотипно поведение	,572**	,845**	,844**	,697**	1

* - $p < .05$

** - $p < .001$

Таблица 7

Корелации между скалите при оценка от специалисти на деца под 5 години

	Социална компетентност	Социално познание	Социално общуване	Социална мотивация	Ограничени интереси и стереотипно поведение
Социална компетентност	1	,299*	,515**	,288*	,307*
Социално познание	,299*	1	,443**	,369**	,525**
Социално общуване	,515**	,443**	1	,425**	,687**
Социална мотивация	,288*	,369**	,425**	1	,445**
Ограничени интереси и стереотипно поведение	,307*	,525**	,687**	,445**	1

* - $p < .05$

** - $p < .001$

Има множество значими корелации. Всички скали корелират една с друга, което предполага проверка на факторната структура на въпросника, като корелациите са средни и високи между скалите.

Някои от скалите в рамките на разглежданата извадка имат по-ниски коефициенти на корелация с другите скали, но коефициентите все пак са значими и поради тази причина, не са изключени от анализа.

Стабилността на скалите чрез тест/ре-тест надеждност е проверена върху извадка от 37 деца оценени от родители и специалисти. Резултатите са показани в таблица 8.

Таблица 8

Тест-ретест надеждност на субскалите и общия бал

	Ре-тест Родители	Ре-тест Специалисти
Социална компетентност	,773**	,506**
Социално познание	,804**	,409**
Социално общуване	,860**	,847**
Социална мотивация	,927**	,958**
Ограничени интереси и стереотипно поведение	,928**	,892**
Общо	,928**	,871**

Забелязва се, че оценяването на социалното функциониране от родителите е с по-висока надежност и устойчивост във времето, в сравнение с оценката от специалистите. Това се наблюдава и по отделните субскали и по общия бал.

2. Факторен анализ

Факторният анализ е извършен и е потвърдена факторната структура на оригиналния въпросник само за деца над 5 години при родители и специалисти. При деца под пет години не се провежда анализ, защото групата е по-малка от изискуемото. При децата под пет години са представени само тенденциите в корелационните отношения (Табл. 6 и Табл. 7). Предвижда се впоследствие извадката да се увеличи и да се направи съответната коректна проверка на факторната структура и при деца под 5 години.

В настоящото изследване са изпълнени всички изисквания за приложение на факторния анализ:

- Изходните данни имат случаен характер.
- Скалите са метрични.
- Броят описани случаи надвишава 50.
- Във факторния анализ участват само корелиращи се променливи.

Нормалното разпределение е проверено с т.н. условие за адекватност на факторния модел Kaiser – Mayer – Olkin (КМО - тест), чиято стойност е >0.5 .

Получената стойност на теста на Kaiser – Mayer – Olkin е 0,81 (което е над приетата гранична стойност от 0,5), а на теста на Bartlett за сферичност е ,000, $p<0,001$ т.е разпределението на стойностите е адекватно за провеждане на факторен анализ.

На основание теоретичната рамка на въпросника, *scree plot* изображението и процентът обяснена вариация от фактора (над 5 %), се откроява еднофакторно решение и за родители и за специалисти. Общата оценка на вътрешната консистентност на въпросника SRS-2 е с добра стойност – Алфа на Кронбах е .794 при родители и .760 при специалисти.

Проверката на факторната структура на въпросника е осъществена с помощта на ротация по метода *varimax*. В таблиците 9 и 10 са представени брой фактори и кумулативна вариация на общите резултати при родители и специалисти.

Таблица 9

Брой фактори и кумулативна вариация на общите резултати

Родители	Собствено значение	% от вариацията	Фактори
Общо	15,452	51,007	1
Социална компетентност	1,889	7,573	2
Социално познание	1,540	4,791	3
Социално общуване	1,371	3,889	4
Социална мотивация	1,225	3,514	5

Ограничени интереси и стереотипно поведение	1,019	3,152	6
---	-------	-------	---

Таблица 10

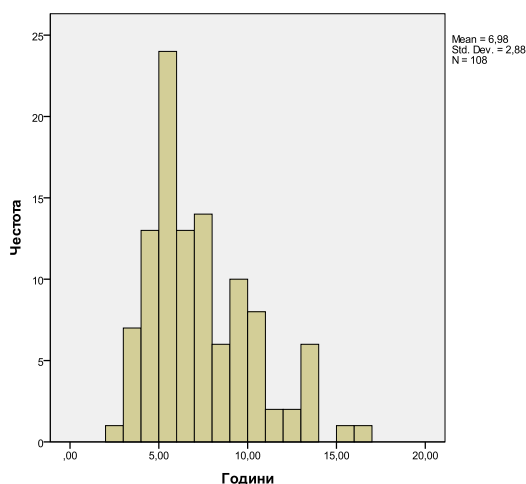
Брой фактори и кумулативна вариация на общите резултати

Специалисти	Собствено значение	% от вариацията	Фактори
Общо	14,431	50,021	1
Социална компетентност	1,712	6,573	2
Социално познание	1,528	4,791	3
Социално общуване	1,346	3,544	4
Социална мотивация	1,217	3,208	5
Ограничени интереси и стереотипно поведение	1,015	2,367	6

В следващата част са представени нормите от българската извадка за аспектите на социалното функциониране (социална компетентност, социално познание, социално общуване, социална мотивация, ограничени интереси и стереотипно поведение) .

3. Особенности на психичното и социално функциониране на деца от аутистичния спектър

Във фигура 1 и фигура 2 са представени данните при разпределението на момчетата и момичетата по години.



Фиг.1 Възраст при момчета (общо над 5 и под 5 години)

Най-много момчетата са концентрирани във възраст от 4.5 до 10 години, което показва тенденция на късно диагностициране.

Тези резултати потвърждават третата поставена от нас хипотеза, че на базата на ниската информираност и недостатъчна специфичност на ранните предиктори диагностичните процедури са с късно начало. Също така, тези резултати потвърждават частично петата поставена от нас хипотеза, че в изследваната извадка момчетата ще са

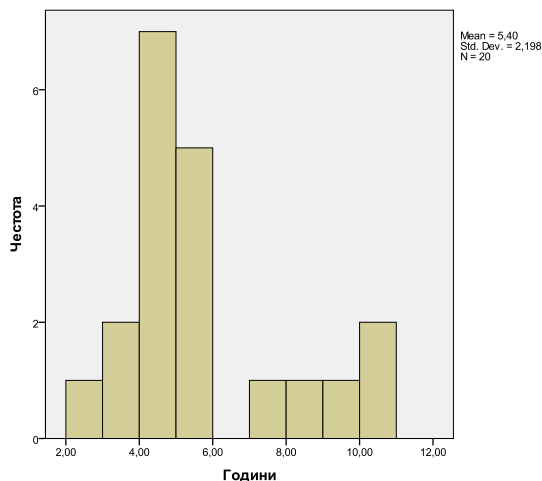
повече, но при момичетата аутистичната симптоматика ще бъде проявена в по-тежка форма, касаеща социалното функциониране.

Синдромът на детския аутизъм окончателно се оформя до 36 месец от раждането. В същото време, тенденцията към аутистично развитие може да бъде открита достатъчно рано, практически още от раждането на детето. Комбинацията от признаци в най-ранна възраст, която винаги е индивидуална, не позволява категорично да се определи формата и типа на аутизъм. В същото време, тяхната йерархия би могла да подсказва очертavaща се тенденция към формиране на конкретен вариант на аутистична дизонтогенеза.

Не е нужно да се чака да се разгърне клиничната картина до край. В ранна възраст при децата-аутисти доминират нарушения в невровегетативната и инстинктивната система, които се манифестират, като нарушение на съня, липса на сукателен рефлекс. Още в кърмаческа възраст липсва реакция на присвиване на раменете и повдигане на главата при вдигане на детето, както и адаптиране спрямо тялото на другия.

Ранните предиктори, като липса на реакция при глад или друга дискомфортна ситуация; липса на реакция на майката или някой, който се грижи за детето; продължително спане в кърмаческа възраст; по-късно прохождение, нежелание за невербална комуникация (например когато детето не желае да бъде държано на ръце) могат да се интервенират, за да не се разгърнат.

Това не е чисто терапевтична програма, а е първично-превантивна, която води до максимална мобилизация на ресурсите на детската психика и до реконструкция на емоционалната, когнитивната и моторната сфера, както и до осигуряване на база за по-бърза социална адаптация. Съкращаването на периода между поставянето на диагноза и началото на полагане на специални грижи е от голяма важност, защото това може да смекчи интензивността на симптомите и при всяко положение да намали последиците върху развитието на детето и комуникационния обмен със семейството.



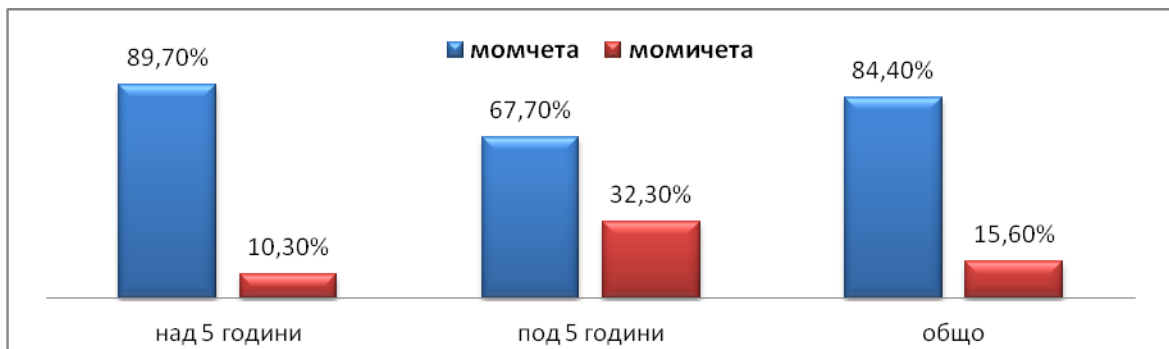
Фиг. 2 Възраст при момичета (общо над 5 и под 5 години)

Най-много момичета са концентрирани във възраст от 2,5 до 6 години, което показва тенденция, че при момчетата диагнозата аутизъм е по-честа, но при момичетата се проявява чрез по-тежка симптоматика, която е видна преди 36 месец. Понеже симптомите при момичетата са по-изразени, те по-лесно се идентифицират като абнормни, поради което диагностиката е по-ранна.

Тези резултати потвърждават частично петата поставена от нас хипотеза, а именно: предполага се, че в изследваната извадка момчетата ще са повече, но при момчетата аутистичната симптоматика ще бъде проявена в по-тежка форма, касаеща социалното функциониране.

Най-добра възможност за правилна диагностика на детския аутизъм дава ранното отчитане на аномални прояви в поведението на кърмачето. За съжаление много от тях е трудно да се забележат преди 6-9 месечна възраст. Повечето от децата аутисти се раждат в добро физическо състояние, без значителни усложнения в бременността или при раждането. Видът им през първите седмици и месеци на живота е добър, свидетелстващ за добро здраве. Много рядко родителите успяват да идентифицират силни реакции на ярки светлини или необичайни звуци, но някои от тях са способни да си спомнят за прояви на “неоснователен” плач, предизвикан от стимул, възприеман като напълно нормален от обкръжението. Майка на изследвано лице N 19 (момиче) от групата изследвани лица над 5 г. съобщи, че детето ѝ не е обичало да го носят на ръце, като е изразявало това чрез силен плач, след шестия месец от раждането му е отсъствал отговор на усмивката ѝ, но пък детето се е усмихвало продължително, придружено със съсредоточване в играчки издаващи звуци.

Във фигура 3 са представени процентни отношения по пол при изследваните деца над 5 и под 5 години.



Фиг. 3 Разпределение по пол (общо над 5 и под 5 години)

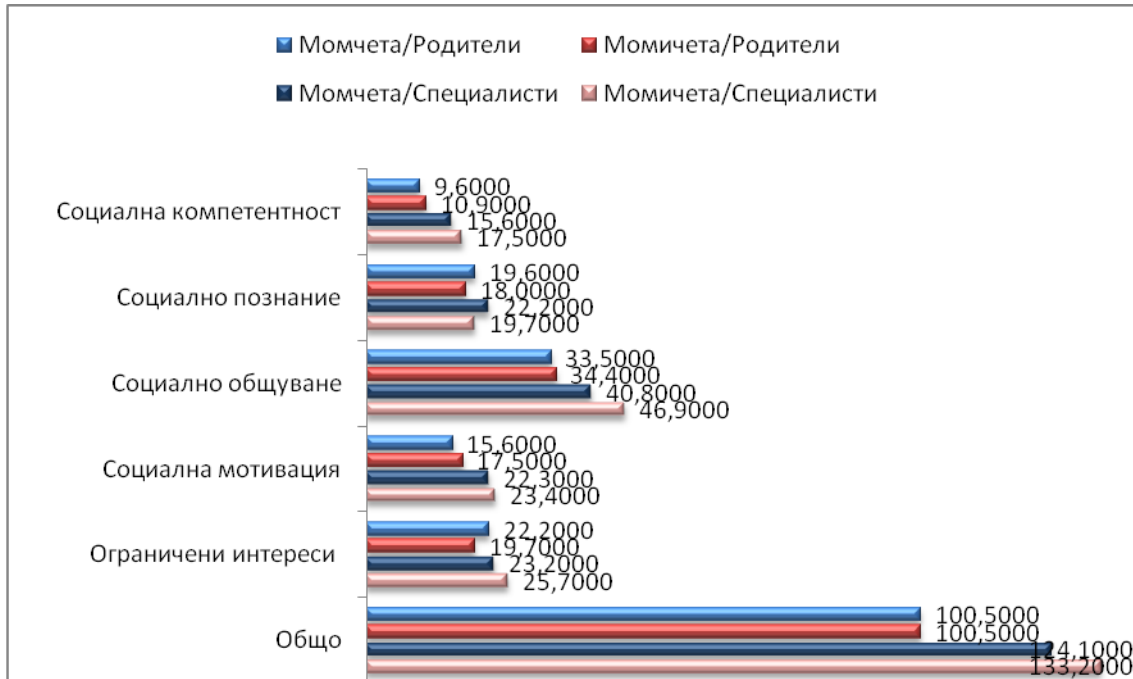
Световните епидемиологични изследвания отчитат тенденции 4:1 в полза на момчетата, затова е включена извадка, като процентно отношение момчета и момичета. В настоящото изследване процентът на момчетата над пет годишна възраст е по-висок от този под пет годишна възраст. Процентът на момчетата под пет годишна възраст е по-висок от този над пет годишна възраст, но като цяло бройката отговаря на тенденцията 4:1 в полза на момчетата. Броят на изследваните деца под 5 години е по-малък и в последващи изследвания би трябвало да се събере по-голяма численост, за да се извърши отново изследване, като се запази това съотношение.

Аутизмът засяга момчетата четири пъти повече отколкото момичетата и причината за тази разлика не е добре изяснена. Baron-Cohen и колеги (2011) предлагат няколко хипотези, сред които участието на половата хромозома в етиологията на разстройствата от аутистичния спектър, и ролята на вътреутробни хормонални влияния. Все още обаче никоя от тези хипотези не е потвърдена и не се е издигнала до нивото на теория.

Като цяло, изучаването на половите различия при аутизма представлява голямо предизвикателство за изследователите и очертава необходимостта от разширяване на интердисциплинарните изследвания в тази област.

За по-прецизното изследване на тенденцията свързана с пола е извършено по-стриктно статистическо изследване чрез сравняване на всички параметри на социалното функциониране при момичета и момчета по групи.

Във фигура 4 и таблица 11 са представени сравнения на средните, степен на значимост и степен на тежест по параметрите на социалното функциониране оценени от родители и специалисти при деца над 5 години.



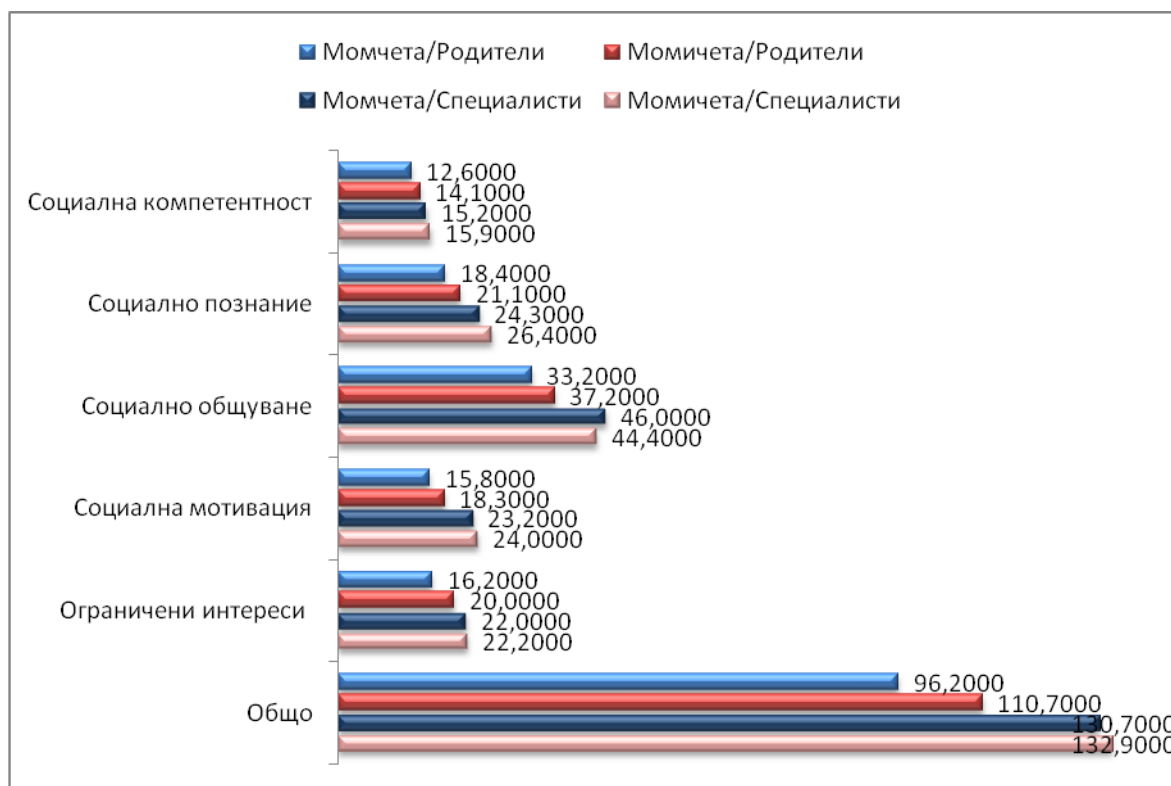
**Фиг.4 Средни стойности при момичета и момчета над 5 години
(Оценени от родители и специалисти)**

Таблица 11

**Резултати от сравнението на средните между момичета и момчета над 5 години
(Оценени от родители и специалисти)**

Фактори	Родители	Родители	Специалисти	Специалисти
	t	p	t	p
Социална компетентност	-,969	,358	-,621	,550
Социално познание	,419	,685	,963	,361
Социално общуване	-,160	,876	-1,597	,145
Социална мотивация	-,621	,550	-,422	,683
Ограничени интереси и стереотипно поведение	,963	,361	-,720	,490

Във фигура 5 и таблица 12 са представени сравнения на средните, степен на значимост и степен на тежест по параметрите на социалното функциониране оценени от родители и специалисти при деца под 5 години.



**Фиг.5 Средни стойности при момчета и момчета под 5 години
(Оценени от родители и специалисти)**

**Таблица 12
Резултати от сравнението на средните между момчета и момчета под 5 години
(Оценени от родители и специалисти)**

Фактори	Родители		Специалисти	
	t	p	t	p
Социална компетентност	-1,184	,267	-,465	,653
Социално познание	-,876	,404	-1,715	,120
Социално общуване	-,880	,402	,446	,666
Социална мотивация	-,936	,374	-,753	,471
Ограничени интереси и стереотипно поведение	-1,291	,229	-,103	,920

В научната литература свързана с епидемиологични проучвания по проблематиката на аутизма се смята, че има диференциация по пол. Настоящото изследване проверява тази хипотеза за параметрите на социалното функциониране измерени чрез SRS -2. Получените резултати не показват тенденции за значими различия по фактора пол. Тези тенденции се запазват при оценката на родителите и специалистите на децата над 5 и под 5 години. Резултати не потвърждават петата поставена от нас хипотеза, че в изследваната извадка момчетата ще са повече, но при момчетата аутистичната симптоматика ще бъде проявена в по-тежка форма.

Освен диференцирането по пол, интерес за изследването представляват и конкретните параметри на социалното функциониране с техните особености. В таблица 13 и таблица 14 са дадени описателни статистики по всички параметри на социалното функциониране и общия бал по скалата оценена от родители и специалисти при деца от аутистичния спектър над 5 години.

Таблица 13

**Дескриптивни статистики на социалното функциониране на деца над 5 години
(Въпросник за родители)**

СОЦИАЛНО ФУНКЦИОНИРАНЕ	MEAN	SD	MIN	MAX
Социална компетентност	12,0515	3,81437	4,00	21,00
Социално познание	19,8041	6,37318	5,00	34,00
Социално общуване	36,7835	10,72597	6,00	60,00
Социална мотивация	17,9072	6,13236	2,00	31,00
Ограничени интереси и стереотипно поведение	20,7835	6,42136	8,00	34,00
Общо	107,3299	29,72363	31,00	171,00

Средните стойности получени от извадката са по-високи от обявените в оригиналната методика. Суровите данни за българската извадка получени чрез използвания въпросник показват тежка степен на аутизъм, което определя затрудненото социално функциониране и наблюдаваните значими различия. Всички изследвани лица посещават заведения за специализирана помощ, което предполага, че в тези институции попадат най-тежките случаи. Явно по-тежката симптоматика предизвиква активност от родителите за търсене на професионална помощ, докато по-леките степени се интерпретират, като вариант на норма и не се търси специализирана помощ.

Таблица 14

**Дескриптивни статистики на социалното функциониране на деца над 5 години
(Въпросник за специалисти)**

СОЦИАЛНО ФУНКЦИОНИРАНЕ	MEAN	SD	MIN	MAX
Социална компетентност	17,9072	6,13236	2,00	31,00
Социално познание	20,7835	6,42136	8,00	34,00
Социално общуване	42,4845	8,20710	19,00	58,00

Социална мотивация	21,4124	4,41530	9,00	30,00
Ограничени интереси и стереотипно поведение	23,7629	6,10630	9,00	34,00
Общо	126,3505	21,51407	70,00	175,00

Специалистите са оценили с по-тежка симптоматика децата над 5 години, отколкото родителите им. Като цяло сумата по скалите на въпросника попълнен от специалисти е 126,35 (Табл. 14), а от родителите е 107,33 (Табл. 13).

Тези резултати потвърждават първата поставена от нас хипотеза в извадката от изследвани деца над 5 години, а именно че при еднотипни въпросници за изследване на симптомите от аутистичния спектър ще се наблюдават различия при оценките на родителите и специалистите.

При родителите на базата и на емоционалния контакт с детето много от симптомите се пропускат, т.е хиподиагностицират. При експеримент, проведен през 1979 г., четири групи деца (в норма, с умствена изостаналост, с развитийно нарушение и с аутизъм), са поставени в ситуация на стимулация за изразяване на четири основни състояния – изненада, удоволствие, фрустрация и желание. Резултатите показват, че при двете групи – норма и умствена изостаналост – родителите разпознават чрез вокализациите на децата състоянието им. Родителите на аутистичните деца могат да разпознаят емоциите на собственото си дете, но не могат да определят емоциите на другите деца.

Това показва, че вокализациите на аутистичните деца и моделите на поведение, а и твърде широката вариативност на проявите на аутистичното разстройство са строго специфични за всяко отделно дете и трудно подлежат на адекватно тълкуване от хора, които не се грижат от близко за тях.

От позицията на тези резултати могат да се очертая две тенденции, които би било възможно да се разглеждат в по нататъшни изследвания:

Първа тенденция – специалистите са обучени да долавят финни нюанси на функционирането, на базата на теоритична подготовка и опит виждат повече симптоми, отколкото родителите могат да оценят, като значими.

Втора тенденция – възможно е хипердиагностициране на социалното функциониране на деца от аутистичния спектър, т.е да се виждат повече симптоми без да се оценяват, като варианти на норма.

Тези тенденции могат да бъдат обект на последващи проучвания, чрез качествен анализ, което не е обект на настоящото изследване.

Аналогично на таблица 13 и таблица 14, в таблица 15 и таблица 16 са представени описателни статистики по всички параметри на социалното функциониране и общия бал по скалата, оценена от родители и специалисти, при деца от аутистичния спектър под 5 години.

Таблица 15

**Дескриптивни статистики на социалното функциониране на деца под 5 години
(Въпросник за родители)**

СОЦИАЛНО ФУНКЦИОНИРАНЕ	MEAN	SD	MIN	MAX
---------------------------	------	----	-----	-----

Социална компетентност	12,7097	2,93477	6,00	18,00
Социално познание	19,2903	5,85488	10,00	32,00
Социално общуване	35,2581	8,85802	22,00	57,00
Социална мотивация	17,0323	4,57882	8,00	27,00
Ограничени интереси и стереотипно поведение	17,4839	5,46425	8,00	29,00
Общо	101,7742	24,74633	66,00	153,00

Стандартното отклонение не е голямо, резултатите са концентрирани, не са разпръснати. Ширината на разсейване не е голяма, което значи, че всички са оценили степента на тежест по сходен начин. При средни стойности 12,71 по скала “Социална компетентност” стандартното отклонение е 2,93. Отговорите не са разпръснати, което говори за добри психометрични качества на въпросника.

Таблица 16

**Дескриптивни статистики на социалното функциониране на деца под 5 години
(Въпросник за специалисти)**

СОЦИАЛНО ФУНКЦИОНИРАНЕ	MEAN	SD	MIN	MAX
Социална компетентност	16,0323	2,66438	11,00	22,00
Социално познание	25,7097	3,32860	19,00	32,00
Социално общуване	46,5806	6,05956	36,00	57,00
Социална мотивация	23,6452	3,28175	14,00	31,00
Ограничени интереси и стереотипно поведение	22,3871	3,61181	14,00	30,00
Общо	134,3548	14,22568	105,00	158,00

В този въпросник при изследваните лица под 5 години отговорите са разположени по-концентрирано и резултатите не се разпръскват (min и max са по-събрани, за разлика от тези при изследваните лица над 5 години).

Специалистите са оценили с по-тежка симптоматика децата под 5г., отколкото родителите им. Като цяло сумата по скалите на въпросника попълнен от специалисти е 134,35 (Табл. 16), а от родителите е 101,77 (Табл. 15).

Тези резултати потвърждават първата поставена от нас хипотеза в извадката от изследвани деца под 5 години, а именно че при еднотипни въпросници за изследване на симптомите от аутистичния спектър ще се наблюдават различия при оценките на родителите и специалистите.

Детската психопатология се проявява по различен начин през различните възрастови периоди. Развиващото се дете освен индивидуални характеристики има и универсални, специфични за съответната възраст механизми за формиране на

симптоми и разстройства. Психопатологичните процеси и нормалното развитие влизат в сложно взаимодействие.

За формиране на индивидуалните клинични характеристики освен генетичните фактори определящо значение имат развитието на мозъчните функции, невропластичността, темпераментовите особености, когнитивните процеси, телесните характеристики на възрастния период. Развитието на психопатологията е свързано още с развитието на личността, с действието на някои специфични психосоциални обстоятелства, както и с индивидуалната устойчивост към рискови фактори.

Като цяло, под пет годишна възраст резултатите във всички нозологии са много размити, защото всяка нозология в детската психопатология зависи от нивото на развитие.

До пет годишна възраст всички функции са в сензитивен период. Тази сензитивност може да бъде активирана и развита само чрез действието на социалните фактори. Но, тъй като тук е нарушено социалното функциониране и те са изолирани, социалните фактори при деца с РАС не активират сензитивността.

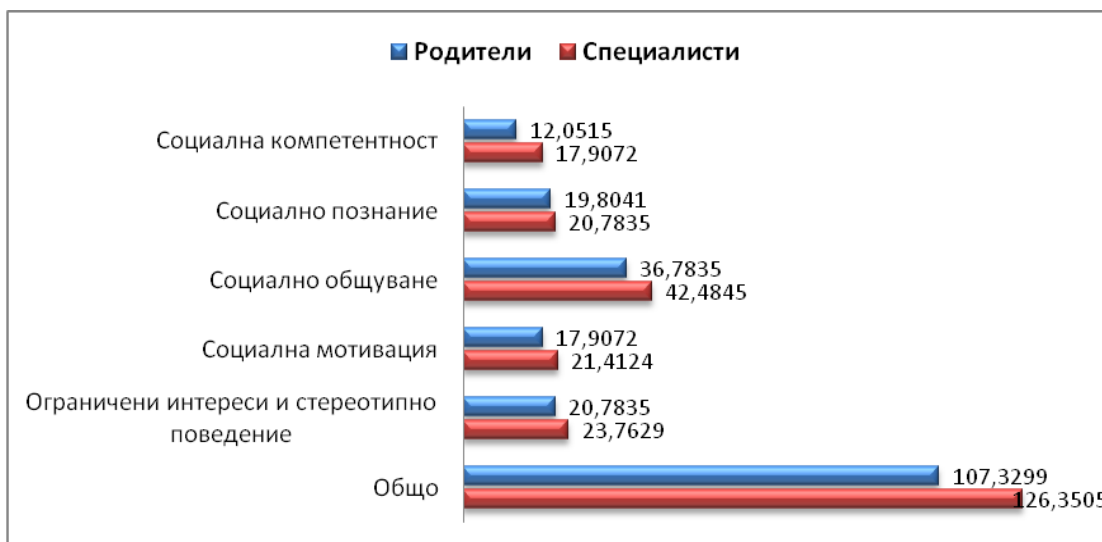
При генерализираните разстройства на развитието, началото на аномалното функциониране служи като диференциално диагностичен критерий. Поради липса на точни възрастови критерии по отношение на развитието на различните сфери на функциониране, е необходимо да се търсят качествени нарушения и липса на прогрес в придобиването на умения и знания. Освен това количествените показатели показват единствено актуалното развитие на децата и не носят никаква информация за потенциалните им възможности. А именно потенциалните възможности са основата на адекватните терапевтични стратегии.

Резултатите от настоящото изследване не подкрепят изброените по-горе становища, че нозологията е по-разпръсната. Това може да се дължи на характеристиката на извадката или на малкия брой изследвани лица, но очертава тенденция, която е видима и трябва да се провери в следващи проучвания.

Представените до тук резултати са групирани около средната при изследвани лица над 5 години и под 5 години в 4-те групи – родители и специалисти (Таблицы 12, 13, 14 и 15). Забелязва се, че средните стойности са оценени по-високо по всички параметри и общо.

Към момента представените описателни статистики предполагат тълкуване на резултатите само като тенденции. За проверката на посочените по-горе тенденции се налага по-прецизен анализ и сравнение между различните групи. В следващата част първоначално са сравнени оценките по параметрите на социалното функциониране между родители и специалисти при деца над 5 години, а след това при деца под 5 години. За уточняване на тенденциите в социалното функциониране на деца от аутистичния спектър е направено сравнение на средните по метода на Т-тест.

Във фигура 6 и таблица 17 са представени сравнения на оценките, както и значими различия при съпоставянето на оценките по параметрите на социалното функциониране между родители и специалисти при деца над 5 години.



Фиг. 6 Сравнение на оценките между родители и специалисти при деца над 5 г.

Таблица 17

Различия между оценките на родители и специалисти при деца над 5 години

СОЦИАЛНО ФУНКЦИОНИРАНЕ	MEAN	SD	STD. ERROR MEAN	T	P
Социална компетентност	-5,85567	4,90746	,49828	-11,752	,000
Социално познание	-,97938	4,48836	,45572	-2,149	,034
Социално общуване	-5,70103	12,19645	1,23836	-4,604	,000
Социална мотивация	-3,50515	6,81928	,69239	-5,062	,000
Ограничени интереси и стереотипно поведение	-2,97938	8,52078	,86515	-3,444	,001
Общо	-19,02062	22,79071	2,31405	-8,220	,000

Резултатите показват, че родителите оценяват децата, като по-добре функциониращи (Фиг. 6, Табл. 17). Забелязват се статистически значими различия особено при социалната компетентност (-11,75), социалната мотивация (-5,06), социалното общуване (-4,60) и ограничените интереси и стереотипното поведение (-3,44).

Тези резултати потвърждават първата поставена от нас хипотеза, че при еднотипни въпросници за изследване на симптомите от аутистичния спектър ще се наблюдават различия при оценките на родителите и специалистите.

Социалната компетентност, като категория представлява сетивни аспекти на реципрочно социално поведение, а при лица с нарушения от аутистичния спектър е от съществено значение за успешното интегриране в обществото, развитието и поддържането на смислени приятелства и дългосрочни положителни резултати.

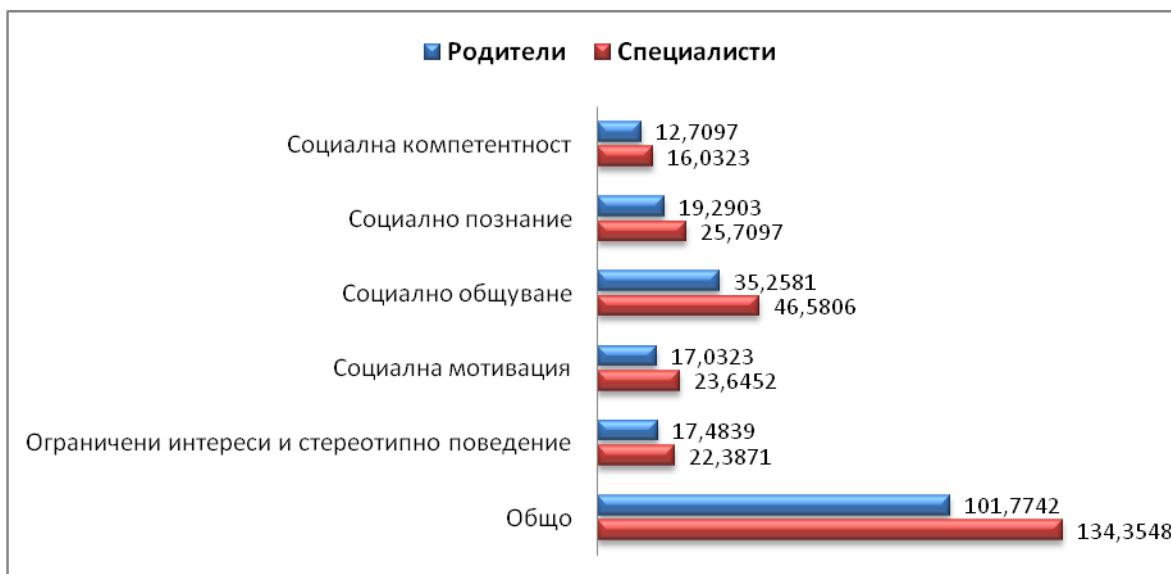
Социалното поведение при аутистичните деца е детерминирано и от тяхната психична възраст. Тези от тях, които са с по-висока умствена възраст, демонстрират по-висока честота на активно социално поведение, особено когато възрастните активно търсят социална интеракция с тях. При анкетно проучване на родители на аутистични

деца, 40% от тях говорят, че във възрастта до 6 г. децата им са проявявали елементи на социално поведение, като отговор на поведението на майката и осъзнаване на нейното присъствие. Тези данни обаче отразяват по-скоро количествени резултати, отколкото качествени характеристики на социалното поведение при аутистичните деца. Очевидно е, че децата от аутистичния спектър могат да демонстрират актове на социално поведение, но едновременно с това проявяват значими нарушения на социалната компетентност, които се оказват по-съществени за тяхното дефицитарно социално поведение. Поради факта, че повечето аутисти демонстрират невербално поведение, специалистите са принудени да тълкуват именно това невербално поведение.

Специфичната проява на дефицитите, характерни за аутизма, се променят с израстването на детето, но продължават и в зряла възраст, с много сходно съчетание на проблемите в социализацията, комуникацията и стила на интересите. Социалната компетентност се придобива при разширяване на контактите, докато над пет годишна възраст контактите не са много вариативни поради това, че тези деца много рядко попадат в детски заведения или ако попадат придобиват много негативен опит. Социалните контакти отново са ограничени в семейството и поради тази причина социалната компетентност се придобива по-трудно.

Когато нямат позитивно подкрепен опит в социалните контакти, децата нямат мотивация да общуват, защото мотивацията е непълна и неадекватна и не носи очакваните позитиви. Социалното познание от своя страна е следствие от мотивацията и компетентността и то се придобива. След като другите елементи са на ниско ниво, социалното познание не се случва. За да се осъществи процеса на познание трябва да има мотивация, компетентност и общуване.

Идентично с фигура 6 и таблица 17, във фигура 7 и таблица 18 са представени сравнения на оценките, както и значими различия при съпоставянето на оценките по параметрите на социалното функциониране между родители и специалисти при деца под 5 години.



Фиг. 7 Сравнение на оценките между родители и специалисти при деца под 5 г.

Таблица 18

Различия между оценките на родители и специалисти при деца под 5 години

СОЦИАЛНО ФУНКЦИОНИРАНЕ	MEAN	SD	STD. ERROR MEAN	T	p
Социална компетентност	-3,32258	3,15581	,56680	-5,862	,000
Социално познание	-6,41935	6,25979	1,12429	-5,710	,000
Социално общуване	-11,32258	10,05779	1,80643	-6,268	,000
Социална мотивация	-6,61290	5,15543	,92594	-7,142	,000
Ограничени интереси и стереотипно поведение	-4,90323	5,98529	1,07499	-4,561	,000
Общо	-32,58065	26,03686	4,67636	-6,967	,000

Резултатите показват, че родителите оценяват децата, като по-добре функциониращи (Фиг.7, Табл.18) Забелязват се статистически значими различия в средните по всички параметри. Най-значими различия между оценките на родителите и специалистите при деца под 5 години има по скалите социална мотивация (-7,14), социално общуване (-6,27), социална компетентност (-5,86), социално познание (-5,71).

Тези резултати потвърждават първата поставена от нас хипотеза, че при еднотипни въпросници за изследване на симптомите от аутистичния спектър ще се наблюдават различия при оценките на родителите и специалистите.

Социалната мотивация е степента, до която индивидите обикновено са мотивирани да участват в социално-междудличностно поведение. Сред тези елементи са включени елементи на социална тревожност, инхибиране и емпатична ориентация.

Твърде негативната окраска на диагнозата аутизъм обаче поставя детето и семейството му в състояние на социална изолираност и ги демотивира за активно включване в терапевтичния процес. Различия в оценяването между родители и специалисти има, защото социалната мотивация се оценява и през оценката на другите в едно общуване, т.е ако индивидът, който е с аутизъм е отдръпнат, има неспособност да се свърже по нормалния начин с хората и ситуацияите, другият не може да стигне до него. Когато другият не може да достигне до него и да се осъществи комуникация няма как да се натрупа социална компетентност през реакциите на другия.

Също така ниската социална мотивация и социална компетентност определят и блокирането на социалното познание. Родителите поради това, че почват да се приспособяват към общуването на детето са по-толерантни и тренирани, т.е те с поведението си стопират социалното развитие, защото детето остава в тесния семеен кръг. Те не го включват в социални контакти поради това, че не може да се справя, което от своя страна ограничава достъпа на детето до социални ситуации и го ограничава да придобие социална компетентност и познание.

Различията в общуването могат да бъдат твърде субективни, т.к има разлики в неговото осъществяване в семейна и социална среда. Семейната среда предполага по-малко по обем средства, които могат да бъдат и паралингвистични, докато социалната среда предполага друг набор от средства за осъществяване на комуникацията. Оценката на родителите е свързана с оценка на комуникацията в семейна среда, а оценката на специалистите в социална среда, което води до такива различия.

Във фигура 8 и таблица 19 са представени сравнения и значими различия при съпоставянето на оценките на родителите по параметрите на социалното функциониране при деца над 5 и под 5 години от аутистичния спектър



Фиг. 8 Сравнение на оценките на родителите при деца над 5 и под 5 години

Таблица 19

Различия при сравнението на оценките на родителите при деца над 5 под 5 г.

СОЦИАЛНО ФУНКЦИОНИРАНЕ	MEAN	SD	STD. ERROR MEAN	t	p
Социална компетентност	-1,25806	4,54582	,81645	-1,541	,134
Социално познание	1,06452	8,33841	1,49762	,711	,483
Социално общуване	,90323	13,53355	2,43070	,372	,713
Социална мотивация	,29032	7,43951	1,33617	,217	,829
Ограничени интереси и стереотипно поведение	4,22581	8,10230	1,45522	2,904	,007
Общо	5,22581	36,77201	6,60445	,791	,435

Получените резултати отразяват единствено значимо различие при ограничените интереси и стереотипното поведение (значимо различие - $p = .007$, Табл.19). Това показва, че децата под 5 години се оценяват с по-ниска степен на ограничени интереси и стереотипно поведение, а децата над 5 години се оценяват с по-голяма тежест на ограничените интереси и стереотипното поведение.

Останалите скали – социална компетентност, социално познание, социално общуване и социална мотивация нямат съществени различия – родителите не оценяват различия в социалното функциониране при деца над 5 или под 5 години.

Тези резултати не потвърждават изцяло при родителите втората поставена от нас хипотеза, че с възрастта се наблюдава промяна в клиничната картина на аутистичните деца, без това да нарушава целостта на нозологичната единица, демонстрирано най-вече в областта на социалното функциониране.

Ограничени интереси и стереотипно поведение, като категория представлява стереотипни поведения на силно ограничени интереси, характерни за аутизма.

Когнитивните теории – Теория на съзнанието, Теория за дефицит в изпълнителната функция и Теория за централната кохерентност обясняват проявите на стереотипното поведение при деца с РАС по следния начин:

Според теорията на съзнанието стереотипното поведение при РАС е средство за намаляване на тревожността, причинена от затрудненото разбиране на психичните състояния на другите хора. Baron-Cohen предлага социално-когнитивен модел на стереотипните поведения в който нарушенията в приписването на ментални състояния на другите водят до затруднение в предсказването на действията им, което от своя страна води до повишена тревожност в непредвидим социален контекст, и най-накрая до стереотипно поведение, което е предвидимо и служи за намаляване на тревожността. Предположението, че стереотипното поведение е средство за отдръпване от социални ситуации, които са трудни за разбиране обяснява настойчивостта за неизменност като опит за контрол върху собствената среда и обяснява ограничените интереси развиващи се поради нарушено социално функциониране.

Според теорията за дефицит в изпълнителната функция индивидите имат нарушения в планирането, генерирането или контролирането на поведението си. Като следствие от това те биха могли да останат "заклучени" в една мисъл или поведение и впоследствие да демонстрират стереотипни мисли или поведение. Това от своя страна може да обясни разнообразието, широкото разпространение и ригидността на стереотипните поведения при хора с РАС.

Теорията за централната кохерентност предполага, че стереотипното поведение е резултат от слаба централна кохерентност при лица с РАС. Слабата централна кохерентност може да бъде определена като фокусиране върху отделни части или аспекти на ситуацията, отколкото върху цялата картина. Това предпочитание за локално, а не глобално фокусиране може да обясни стереотипното поведение като настойчивост за неизменност, ограничени интереси, и внимание към незначителни детайли. Според някои изследователи обаче, Теорията за централната кохерентност не обяснява други видове стереотипни поведения, като стереотипни моторни движения.

Всяка от тези теории предлага частично обяснение за определени стереотипни поведения, но нито една не обяснява всички наблюдавани стереотипни поведения при РАС.

Charman & Swettenham (2001) предлагат модел на множество дефицити на стереотипно поведение. Този модел признава, че нито един дефицит не може адекватно да обясни всички стереотипни поведения. Например, тревожността, дефицита в изпълнителната функция и слабата централна кохерентност може да се развиват самостоятелно при хора с РАС. По този начин, всеки един от тези дефицити може самостоятелно да обясни някои, но не всички от симптомите. Въпреки това, в комбинация, тези дефицити могат да обяснят всички симптоми на стереотипното поведение - моторни и вербални стереотипи, настойчивост за неизменност, ограничени интереси, стереотипно манипулиране с обекти, самонараняващо се поведение, както и привързаност към специфични обекти.

Някои автори предполагат, че повишената тревожност води до стереотипни поведения при деца с РАС.

Gillott и колеги (2001) допускат, че за някои деца с РАС, тревожността може да се дължи на затруднено разбиране на социални ситуации, а ограничените интереси и стереотипното поведение се използват като стратегия за справяне в отговор на

тревожността. По този начин те теоретизират, че при индивид с РАС, социалните проблеми водят до безпокойство, което от своя страна води до стереотипни поведение.

Чувствата при аутистите са амбивалентни и полярни. Те нямат усет за реална опасност, но могат да изпаднат в паника и от напълно безопасни предмети и ситуации. Поведението им се характеризира с множество ритуали и натрапливости, които обикновено съпровождат дейностите им около самообслужването, храненето и др.

Известно е, че в отговор на непознати аспекти на ситуацията, аутистите могат да повишат самостимулиращото си поведение, като честотата на стереотипните актове зависи от нивото на развитие на детето. Често аутистичните деца се справят със силните стимули чрез различни подходи – извърщане на погледа, запушване на ушите, отдръпване, постоянно задаване на въпроси, ритуално поведение, стереотипни движения и др. Моторните стереотипи могат да изпълняват различни функции, включително и търсене на социално внимание. От особено значение е въпросът как дефицитите на аутистичните деца по отношение на араузъла селективно влияят на обработката на социалната и езикова информация, а в същото време не влияят в такава степен на обработката на невербалната информация. В тази връзка се коментира фактът, че при аутистите диапазонът на оптималната стимулация е по-стеснен, отколкото при децата в норма. Възможно е този факт да оказва ефект върху обработването на социалната информация. За разлика от предметите, които са с постоянни свойства, хората са до голяма степен непредсказуеми, което затруднява аутистите да обработят подобен тип информация, поради нисък праг на пренасищане или отхвърляне на стимула.

Стереотипите могат да се обяснят и с по-високата тревожност и инхибиране. Стереотипите при аутистичните деца се повишават, защото се покачва социалната им тревожност. Когато попадат в ситуация, с която не могат да се справят започват да намаляват тревожността си през стереотипното поведение и ритуала, за да се успокоят. Децата над 5 години попадат чисто рутинно в повече социални ситуации, но когато компетентността е ниска се провокира повишаване на тревожността, която се редуцира чрез ритуали.

Друг фактор, който води до повишаване на стереотипите е социалното оттегляне на семействата. Преди въвеждането в режима на работата с родителите имаме социални разговори, като например: “Как мина денят Ви? Какво правихте вчера, миналата седмица? и т.н.” Повечето родители категорично отговаряха: “Ние не излизаме много. Просто не си струва главоболието. А. беше уплашен до смърт в магазина, и откачи”, ”Б. чу свирене със свирка по време на разходката и започна да пици неистово продължително време. Хората започнаха да ми казват, че не е възпитан и трябва да му обръщам повече внимание. На мен ми беше трудно да им обясня, че Б. има РАС. На тях им бе трудно да ме разберат, т.к. РАС няма видими физически белези, като при Даун синдрома или детската церебрална парализа, които винаги будят съчувствие и състрадание у хората...”, цитати от родители на изследвани деца N 52 и N 72 от групата изследвани деца над 5 години.

С тези цитати можем да обобщим основните чувства спрямо социалните дейности на всички семейства.

Притесненията за поведението на детето, и интензивността на поведенческите прояви за повечето семейства са очевидни причини за социално отдръпване, като повечето от тях са сменили приятелският си кръг, професиите си, някои от родителите са променили местоживеенето си, а други не общуват с разширения семеен кръг,

поради “стигмата” на състоянието. При повечето от тях, социалното оттегляне е начин за справяне с поведението на децата им.

По време на провеждане на изследването родител на изследвано лице N 27 от групата на изследваните лица под 5 години съобщи, че “всичко е наред с детето, само не говори, ако проговори всичко друго ще изчезне”. Традиционно, когато се каже аутизъм родителите възприемат проблема, като липса на реч.

Липсата на реч обаче е само една част от симптомо-комплекса и всъщност заявките на родителите към Центровете идват през това, че децата не говорят. Центровете, които посещават изследваните деца се стараят да отговорят на заявките на родителите, но не може да се появи реч, ако когнитивното и социално функциониране не отговарят на възрастовите критерии.

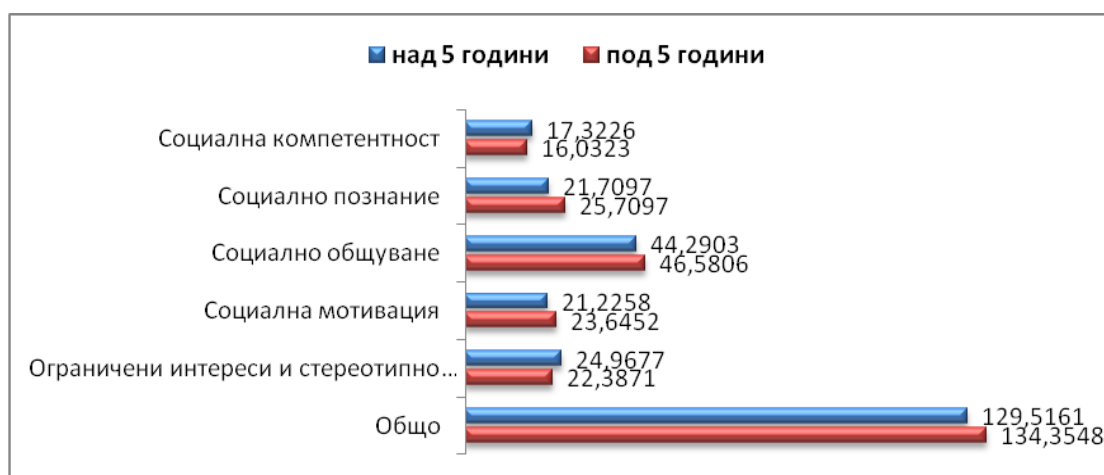
Тези резултати не потвърждават при родителите четвъртата поставена от нас хипотеза, че интервенционните терапевтични програми биха довели до по-висока ефективност, ако са основани на интервениране на психичното и социалното функциониране на деца от аутистичния спектър.

Голямата вариативност от дефицити, включително и нарушенията в развитието, маркирани със социални и комуникационни проблеми и емоционалните и поведенческите разстройства, асоциирани с аутизма оказват голямо въздействие върху психичното и социално функциониране не само на самите деца, но и върху семейното функциониране на системата. Високите нива на стрес при родители на деца с РАС са изследвани в множество проучвания през годините. Родителският стрес е по-голям при семейства, които отглеждат дете с РАС, отколкото при семействата на деца с други нарушения в развитието (например синдром на Даун или чупливата X-хромозома) или с хронични животозастрашаващи състояния като кистозна фиброза. Качеството на живот е сравнително нарушено, нивата на соматични разстройства в семействата са високи, а финансовите разходи за отглеждане на дете с РАС са значителни.

Също така има взаимовръзка между нивото на родителски стрес и тежестта на проблемите, демонстрирани от децата, като стреса е по-висок при родителите (особено при майките) на деца с по-тежки поведенчески проблеми. От друга страна, емоционалният стрес при родителите може да доведе до по-неадаптивни поведения при децата им, и също така може да редуцира ефективността на терапевтичните програми.

Въпреки това, много проучвания показват, че стресът в семейството може да бъде променен от различни променливи; подобрена "самостоятелност", развитие на ефективни механизми за справяне и достъп до подходяща подкрепа са идентифицирани като особено важни модериращи фактори. Освен това, отдавна е признато, че директното включване на родителите в интервенции като "ко-терапевти" е много по-вероятно да доведе до генерализация и поддържане на ефектите от интервенциите.

Във фигура 9 и таблица 20 са представени сравнения и значими различия при съпоставянето на оценките на специалистите по параметрите на социалното функциониране при деца над 5 и под 5 години от аутистичния спектър.



Фиг. 9 Сравнение на оценките на специалистите при деца над 5 и под 5 години

Таблица 20

Различия при сравнението на оценките на специалистите при деца над 5 и под 5

СОЦИАЛНО ФУНКЦИОНИРАНЕ	MEAN	SD	STD. ERROR MEAN	t	p
Социална компетентност	1,29032	6,13837	1,10248	1,170	,251
Социално познание	-4,00000	6,97137	1,25210	-3,195	,003
Социално общуване	-2,29032	9,34949	1,67922	-1,364	,183
Социална мотивация	-2,41935	5,23943	,94103	-2,571	,015
Ограничени интереси и стереотипно поведение	2,58065	6,28636	1,12906	2,286	,030
Общо	-4,83871	24,03899	4,31753	-1,121	,271

Тук значими различия се наблюдават при скалите социално познание ($p \geq ,003$), социална мотивация ($p \geq ,015$) и ограничени интереси и стереотипно поведение ($p \geq ,030$). Според специалистите децата се променят с годините.

Тези резултати потвърждават втората поставена от нас хипотеза, но само при специалистите, а именно, че с възрастта се наблюдава промяна в клиничната картина на аутистичните деца, без това да нарушава целостта на нозологичната единица, демонстрирано най-вече в областта на социалното функциониране. Също така получените данни потвърждават четвъртата поставена от нас хипотеза при специалистите, а именно, че интервенционните терапевтични програми биха довели до по-висока ефективност, ако са основани на интервениране на психичното и социалното функциониране на деца от аутистичния спектър.

Социално познание при децата над 5 години е оценено, като по-леко (21.70, Фиг. 9), а при децата под 5 години е оценено като по-тежко (25.70, Фиг. 9). Социалното познание, като категория представлява когнитивно-интерпретативни аспекти на реципрочно социално поведение. Социалното познание се оценява, като адекватно и неадекватно, като съответно на ситуацията или несъответно в зависимост от възрастта, т.е една и съща социална ситуация може да бъде оценена различно за различните възрасти.

Друг параметър по който има различия е социалната мотивация ($p \geq ,015$). При децата над 5 годишна възраст социалната мотивация е оценена по-леко (21.11, Фиг. 9), а при децата под 5 годишна възраст е оценена, като по-тежка (23.64, Фиг. 9) Социалната мотивация, като категория представлява степента, до която индивидът е мотивиран да участва в социално-междупличностно поведение, като се включват и елементи на социална тревожност, инхибиране и емпатична ориентация. Аутизмът като диагноза представлява сложна съвкупност от емоционални и поведенчески особености, най-видими от които са емоционалната студенина, безразличието към света и другите, активното бягство от контакти, демонстративно и трайно затваряне в себе си и др.

Друг параметър е ограничените интереси и стереотипното поведение. Както е видно от фигура 9 децата над 5 години са оценени по-тежко (24.97), отколкото децата под 5 години (22.39), което потвърждава описаното по-горе (Фиг. 8, Табл. 18).

Дефицитите в аутизма се променят през различните възрастови периоди, но продължават да съществуват, макар и качествено изменени, и в зряла възраст, като проблемите със социализацията продължават заедно с тези в общуването и създаването на интереси. При детския аутизм могат да се срещнат много различни нива на IQ, но в $\frac{3}{4}$ от случаите се среща и умствено изоставане. Понякога проявите на автостимулации, като хапане на ръце и удряне на главата продължително в стена са придружени от умственото изоставане, защото на по-голяма част от децата аутисти им липсват спонтанност, инициатива и креативност в организацията на времето.

Изводи и обсъждане

1. В настоящото изследване са регистрирани различия при оценяването от родители и специалисти на психичното и социално функциониране на деца от аутистичния спектър.

Различия при оценяване от родители и специалисти се потвърждават в изследването на Иван Димитров “Сравнителна характеристика на родителските идеали и учителските представи за децата и учениците и Аз-образа на юноши”. Анализът на данните в настоящото изследване, както и в изследването на Иван Димитров показва подчертаният стремеж на родителите в сравнение с учителите да видят децата си “обичливи и обичани”. Докато за учителите водещи са академичните постижения, дисциплината и добрата организация на груповата работа, за родителите водещи са социалните компетентности и приятелските отношения.

Поради факта, че повечето аутисти демонстрират невербално поведение, специалистите са принудени да тълкуват именно това невербално поведение. Родителите, които са свързани с детето и се радват на всяка минимална позитивна промяна са склонни да я преекспонират, защото е дългоочаквана. Тези преживявания и поведение на родителите подпомагат терапевтичния процес, но често и го забавят.

На базата на множество данни от емпирични изследвания редица автори (Norcross и колеги, 2011; Horvath и колеги, 2011; Burlingame и колеги, 2011; Friedlander и колеги, 2011; McLeod и колеги, 2011; Shirk и колеги, 2011; Shechtman и колеги, 2007; Legner и колеги, 2007) заключават, че терапевтичните взаимоотношения са комплексни и многоаспектни. Според нас тези факти справедливо се приемат като доказателство за това, че при родителите и учителите доминират различни концепти за децата от аутистичния спектър.

Различията при оценяването са свързани и с терапевтичните взаимоотношения, които се отнасят до динамиката на междуличностните отношения, възникващи между терапевта и клиента в контекста на психосоциалната интервенция. Най-добре проученото терапевтично взаимоотношение е *терапевтичният съюз*, или възприетото или наблюдавано съгласие между клиента и терапевта по отношение на терапевтичните цели, задачи и чувство за обвързаност. Терапевтичните взаимоотношения и терапевтичния съюз между родителите и специалистите при работа с деца от аутистичния спектър много често опосредстват резултатите от терапия, изискванията от нея и очакваните резултати. Мета-аналитичен труд, не специално за РАС, предполага, че съюзът може да бъде най-важния общ фактор в терапевтичните взаимоотношения.

2. Настоящото изследване отчита промяна в клиничната картина на аутистичните деца обвързана с възрастта при оценяването от специалисти, но не и при оценяването от родители.

Както пише Иван Димитров училището, като своеобразен “агент” на държавата и “проводник” на обществени интереси постепенно разкъсва ситуацията на “мистично

съучастие” между родителите и децата и започва да конкурира семейството в неговата социализираща функция. Също така не трябва да забравяме, че разширяването на социалния периметър на децата, взаимодействието им с хора и връстници извън семейството поражда своеобразна “ресоциализация”, като това са социално-икономически и културни условия, участващи и внасящи свой специфичен принос в психологическата детерминация и развитие на всеки индивид.

Разликите при оценяването вероятно са част от невъзможността децата с РАС да участват в социалното взаимодействие, което има както директни, така и индиректни последици върху тяхното развитие. Социалните нарушения отнемат голяма част от възможностите им да натрупат и да развият нови знания и умения. Специфичната проява на дефицитите, характерни за аутизма се променят с израстването на детето, но продължават и в зряла възраст, с много сходно съчетание на проблемите в социализацията, комуникацията и стила на интересите. В проучванията по темата се отчита, че децата с нарушения от аутистичния спектър трябва да се обучават най-вече в емоционална грамотност, за да се преодолеят социалните нарушения. Това ще им помогне да натрупат нови знания и умения, както и успешно да се интегрират в социалната обстановка, т.е. системно и структурирано да се обучават в най-елементарни умения и навици, докато при техните връстници тези навици са развити спонтанно.

Доста проучвания твърдят, че по-големи резултати и напредък имат децата в специализирани и обикновени паралелки към масовите училища. От друга страна интегрираното обучение има много голям успех в долния курс, но в горния курс социалните и емоционалните затруднения и влиянието на пубертета, предизвикват доста проблеми.

В някои държави обучението на деца с нарушения от аутистичния спектър започва още в предучилищна възраст и се осъществява ранна интензивна интервенция за подобряване на възможностите. Ранното диагностициране и терапия би увеличило шансовете на аутистичните деца за по-нататъшно обучение и социализация. Някои деца с аутизъм посещават детски центрове за развитие, докато друга част от децата в предучилищна възраст следват интензивна домашна програма за поведенческа терапия. За да се преодолее самовглъбяването на аутистичните деца, изключително важно е интензивността на подхода, както и вниманието на детето да е заето с дейности.

Д-р Темпъл Грандин споделя, че според нея добрите програми използват цял набор от дейности и повече от един подход. Една добра програма за малки деца трябва да включва гъвкава модификация на поведението, речева терапия, физически упражнения, сензорни упражнения (дейности, които стимулират вестибуларния апарат), музикални дейности, контакти с нормални деца и много, много любов. Ефективността на различните видове програми варира от случай на случай. Програма, която е ефективна за даден случай, може да бъде по-неефективна за друг случай и следователно специализираното училище е по-подходящо за нуждите на едни деца, а масовите училища да са по-добрия вариант за други деца.

В момента в България значителен брой деца с увреждания не получават образование или се обучават в домовете си чрез индивидуална форма на обучение. Така те са лишени от възможността да общуват със своите връстници, да бъдат самостоятелни и равнопоставени. В резултат на това голяма част от техните възможности и социалните им умения остават недостатъчно развити. Дългосрочните последици от такъв подход са трайна социална изолация, неконкурентноспособност на пазара на труда, неумение за справяне с житейски ситуации, а самите деца с увреждания, често са обект на дискриминационно отношение и на остарели обществени нагласи.

3. Настоящото изследване класира потвърждаваща информация, че на базата на ниската информираност и недостатъчна специфичност на ранните предиктори на РАС диагностичните интервенции са с късно начало.

Според нас това е обусловено от обстоятелствата, че нарушенията от аутистичния спектър включват твърде широк набор от симптоми, вариращи в зависимост от възрастовите специфики и тежестта на проявите. От една страна диагностицирането на аутистично разстройство често е затруднено поради вариативността на проявите и изисква много широки професионални компетентности. От друга, появата на дете с РАС представлява остър стрес за семейството. Поради тежкия етикет и стигмата на психичната болест родителите често не приемат диагнозата или тенденциозно избягват поставянето ѝ. В настоящото изследване около 30% от родителите съобщиха, че малко след шестия месец са имали съмнения за специфично протичане на развитието на детето, но не са го обсъждали с никой, поради притеснения относно “доброто” име на фамилията. Въпреки усилията на държавните институции, НПО, родителските организации и други за повишаване информираността на обществото по въпросите на аутизма предубеденото отношение към тези хора е налице. В частност, това води до избягване на ранно и навременно диагностициране на аутизма, избягване включването в различни видове услуги и изключително ограничаване на възможностите за интервениране.

Клинично диагностицираните деца с РАС традиционно се сблъскват със стигмата на състоянието, което от своя страна може да засегне социалното им функциониране и статуса им пред връстниците. При хора с типично развитие, членството в група и идентичност с колектива е доказано, че е свързано с по-позитивна самооценка. За децата с диагноза и етикет „РАС” това може да бъде важен път, по който те да започнат да развиват по-уверени, позитивни и ефективни отношения.

Някои предварителни изследвания по темата дават основание да се мисли, че такова чувство за принадлежност към група може би се оформя сега в интернет с обществата от индивиди с РАС, макар че няма сериозно проучване, което да изследва тази нова среда и механизмите за изграждането на такава идентичност.

В обобщение на казаното до тук, интегрирането на индивиди с РАС може също да бъде решаващ механизъм, чрез който хората с РАС могат да постигнат по-голям социален успех. Такава интеграция може да спомогне за намаляване на стигмата, повишаване на информираността и подобряване на адаптивността им.

4. Поради това, че всички изследвани деца имат интервенционни терапевтични програми в Центровете, които посещават в началото на изследването допускахме, че те биха довели до по-висока ефективност на психичното и социално функциониране. Все пак, според специалистите децата от аутистичния спектър, посещаващи Центровете имат промяна в клиничната картина, демонстрирано най-вече в областите на социалното функциониране, като социално познание, социална мотивация и ограничени интереси и стереотипно поведение. Сравнявайки обаче оценките на родителите при деца под 5 и над 5 години различия се регистрират единствено в областта на ограничените интереси и стереотипното поведение, въпреки индивидуалните и групови терапевтичните програми на Центровете, в които участват децата им.

Регистрираните различия при родителите единствено в областта на ограничените интереси и стереотипното поведение може да се дължат на факта, че индивидите с РАС имат трудности и с екзекутивните функции, включващи трудности при регулиране на емоционалното състояние. Състоянието на повишен негативен афект

и трудности при постигане и поддържане на оптимално състояние на възбуда (емоционална дисрегулация), което пречи на способността на индивида да реагира по подходящ начин е аргументирано при РАС. Подобно на трудностите при управление на поведението, дефицитите на екзекутивното функциониране може да лежат в основата на поведението като се започне от странни стереотипии и се стигне до агресия. Но, този дефицит може да има и вътрешни компоненти, които заради информационната обработка, пречат на уменията на индивида да се ориентира в социалните знаци и да изразява уместно социално поведение. Това поведение се поддържа и от социалното оттегляне на семействата, от загубата на стимул при родителите да продължават упорити занимания с детето очакващи бавна, мъчителна промяна.

Трудностите при екзекутивното функциониране могат още да се проявят чрез лош контрол на вниманието при РАС. Честотата, с която симптоми на хиперкинетично разстройство с дефицит на внимание се срещат у хора с РАС предполага, че такива трудности могат да бъдат сериозно предизвикателство за много млади хора от аутистичния спектър.

Различните нива на взаимовръзка между невронални вериги, когнитивни процеси, емоционални и поведенчески аспекти дават посока за терапевтична работа. Ключов компонент в много от психосоциалните интервенции на изследваните деца е управлението на поведението, или прилагането на поведенческите принципи за увеличаване или намаляване на честотата или тежестта на дадено поведение. Управлението на поведението често се използва за третиране на външно изразяващи се проблеми като агресия, избухване и други разрушителни поведения. Действително, такива поведения не бяха редки сред изследваните деца и често са били главна причина децата с РАС да се изпращат за психиатрично лечение.

Първоначалните приложения на поведенческата терапия демонстрират, че езиковите и междуличностните функции могат да се подобрят, макар и с ограничено генерализиране към естествената среда на детето. Скорошното развитие в тази област осигурява убедителни свидетелства за ефикасността на цял спектър от поведенчески стратегии за подобряване на хода на аутизма. Ползата от лечението се максимизира, когато се използва интензивно практикуване със значими лица (например родители и учители) в разнообразие от ситуации, когато се определят клинично релевантни цели (например вербални умения, тоалет, взаимодействие с връстниците, поведение в класната стая) и се използват награди за подкрепяне на поведението, които са функционално свързани с преподаваните типове поведение. Поведенческите терапии при аутизъм са се разклонили в две широки области на клиничния интерес: изграждане на адаптивни поведения и намаляване на агресията, самонараняването и стереотипните типове поведение.

Дефицитите във вербалното поведение водят до продължителни социални затруднения при аутистичните деца. При невербалните деца първо се преподава вербална имитация, за предпочитане чрез осигуряване на функционално значима, положителна подкрепа, с цел постепенно доближаване до контролираната реч. Процесът включва следната тренингова последователност: детето се подкрепя (1) за каквато и да е вербализация, след това (2) за вербализация в рамките на 5 секунди от вербалното подсказване от страна на терапевта, следвано от (3) вербализации, които звучат като казаното от терапевта, после (4) за изговарянето на два звука и накрая (5) за въвеждането на трети звук. След като се усвои имитацията, може да се установи функционална реч. Вербалното поведение се илюстрира (например показва се топка и се изговаря думата топка) и се подпомага последователното приближаване към изговарянето на думата топка. Постепенно вербалната част от илюстрацията отпада и

детето се подкрепя за изговарянето на думата топка, когато се представи обектът. Комбинации и вериги от думи и изречения се оформят по същия начин, използвайки илюстрации и подкрепление, а по-късно отпадане на илюстрациите.

Тези процедури могат да помогнат на почти всички аутистични деца да се научат на рудиментарна реч и на функционални грижи за себе си. Необходим е обаче интензивен и продължителен говорен тренинг (около 40 часа седмично индивидуално терапевтиране, което продължава повече от 2 години, при аутистични деца и започва преди да са навършили 3 години), за да се изградят разговорни умения, надскачащи елементарния речник и молби.

Най-широко демонстрираната процедура за контролиране на агресивното поведение при аутистичните деца е прекъсването, което се прилага по начин, подобен на използвания при другите разстройства в детска възраст (например хиперкинетично разстройство с дефицит на внимание) и при агресията в случаите на психиатричните разстройства при възрастни пациенти (например шизофрения). Самонараняването реагира най-добре на поведенческо потискане, което използва ограничаване или други неприятни процедури, комбинирани с диференциално положително подкрепление на другите типове поведение.

По същият начин автостимулацията и стереотипните поведения реагират най-добре на комбинация от процедури за намаляване на честотата на нежеланото поведение (например ограничаване или свръхкорекция) и диференциално подкрепление на други типове поведение или на несъвместимо поведение.

Може би водещо значение за регистрираните различия единствено в областта на стереотипното поведение и ограничените интереси има факта, че прилагането на новонаучените модели на поведение към други ситуации е много проблематично при аутистичните деца, тъй като поведението им, изглежда, е особено ситуационно и стимулно обвързано. Следователно новите реакции трябва да се преподават в многобройни ситуации, които стимулират извънтерапевтичната среда. Освен това е възможно да се налага модификация на всекидневната среда, така че новонаучените адаптивни поведения да се подкрепят и поддържат. Обучаването на семейството и учителите като агенти на поведенческата промяна е от критично значение за създаването на условия за генерализацията към дома и училището.

Психосоциалните интервенции за социално-комуникативни проблеми често са конструирани да облекчават разрушителни поведения или в рамките на средата на третирането (тоест в Центровете), или в реалния свят. Към момента малък брой проучвания са изследвали степента, до която управлението на тези поведения може да бъде отговорно за подобряване на социалното функциониране, макар че някои резултати са обещаващи. Например, проучване на стратегията „Социални истории“ (визуализирани истории, предназначени да бъдат използвани като част от психосоциалните интервенции за подпомагане и подготовка на млади хора с РАС за нови социални взаимоотношения) показва, че намаляването на проблемните поведения може да е полезно за увеличаване на просоциалното поведение. Начални резултати от други изследвания показват, че подобреното управление на поведението може да бъде път за подобряване на социалното функциониране сред младежите с РАС. Така изследването на ролята на намалените поведенчески проблеми като потенциален общ механизъм за третиране е оправдано.

В настоящото проучване според специалистите децата от аутистичния спектър, имат промяна в клиничната картина, демонстрирано най-вече в областите на социалното функциониране, като социално познание, социална мотивация и ограничени интереси и стереотипно поведение.

Социалното познание и социалната мотивация при децата над 5 години са оценени по-леко, а при децата под 5 години по-тежко. Това вероятно произлиза от факта, че социалното познание се отнася до осъзнаването на подходящ набор от реакции в дадена социална ситуация, като способности за разбиране значението на интонацията и изражението на лицето на другите и разбиране на връзката между събитията. Но, за да се случи социалното познание трябва да има социална мотивация, т.е. индивидът да е мотивиран да участва в групови дейности и да е мотивиран да създава социални контакти с връстници и възрастни. Това не винаги е успешно, защото както казахме по-горе късното диагностициране води до късно терапевтиране, а самото стигматизиране до изолиране на децата в тесният семеен кръг, а всичко това възпрепятства социалното функциониране. В непрофесионалната, клиничната и изследователската сфера отдавна е прието, че дефицитът на социално познание е централен проблем при социалното функциониране при РАС. Тоест, мисли се, че младите хора с РАС „не знаят какво да правят” в социалните ситуации, даже и ако те иначе имат незасегнати когнитивни умения. Поради тази презумпция мнозинството от психосоциални интервенции за РАС (особено тренингите в социални умения) включват модули предназначени да увеличат социалното познание.

Всъщност, у хората без клинична диагноза, способността да развият умела реализация на сложни поведения става по-директно от опита, отколкото от придобиването на знание. По този начин те представляват плодотворен път за директно разглеждане на механизмите за обучение в социално познание, целящо развитието на социалното поведение у хората с РАС.

За способността социалната информация и просоциалното взаимодействие да уловят и да поддържат интереса и вниманието, или социалната мотивация, е прието да се мисли като фундаменталния градивен материал на типичното човешко развитие и най-важния елемент на човешката социалност. У типично развиващите се индивиди, нервните процеси, които спомагат за социалната мотивация могат да позволят обръщане на внимание на социалните сценарии и изучаването им. Според Dawson и колеги (2005) у хората с РАС социалната мотивация може да бъде патогномонична и може би лежи в основата на дефицита на социално функциониране. Нервноанатомични доказателства показват, че увредената социална мотивация у хората с РАС може би засяга социалното обучение. Това предполага, че социалната мотивация може да е необходимо (ако не достатъчно) условие за ангажиране в успешно социално поведение.

Макар тези проучвания касаещи обучението в социални умения да представят обещаващи открития от гледна точка на дългосрочните последствия, никакво проучване все още не е изследвало степента, до която увеличената мотивация е отговорна за такива резултати. Това отчасти се дължи на препятствията в точното измерване на тази трудно доловима концепция. Следователно, бъдещите изследвания ще послужат да се започне използването на по-прецизни индикатори на социалната мотивация (например потенциални биомаркери) и така да се изследват индивидуалните различия в социалната мотивация като възможен предиктор за отговор на психосоциалните интервенции.

Според нас умението ефикасно и точно да се обработва социална информация е решаващо за социалното развитие. Това включва способността бързо да се различат едва доловими емоции в невербалното поведение (като изражения на лицето и гласова интонация), способност, която постоянно се развива у младите хора и се смята, че лежи в основата на социалното възприемане и функциониране. Такова обработване на социалната информация е идентифицирано като обща област на дефицит у хората с

РАС. Най-важното е, че и поведенческите, и електрофизиологичните измервания показват, че такова обработване на информацията е забавено у тези хора.

Обещаващо е обаче, че последни компютърни модули от интервенции започват да показват, че е възможно да се модифицира скоростта, ефикасността и точността на емоционалната обработка (преди всичко разпознаване на емоционални изражения на лицето) у индивиди с РАС, което се доказва и от поведенческите, и от електрофизиологичните резултати в проучванията на Фаја и колеги (2008, 2012).

White и колеги (2009) установяват, че индивидите с РАС имат много коморбидности, по-специално клинично значими тревожни и депресивни разстройства. Има голям брой обещаващи интервенции специално насочени към тревожността използващи когнитивно-поведенчески техники.

По-нататъшните изследване на тези интервенции ще бъдат важни за определяне на степента, до която намаляващата тревожност може да действа като механизъм за промяна на социалното функциониране при РАС.

5. В настоящото изследване момчетата са повече от момичетата, но не се отчитат разлики в психичното и социално функциониране между тях.

Според изследванията на Baron-Cohen и колеги (2005) полът също е известен рисков фактор за разстройствата от аутистичния спектър и те са по-характерни за представителите от мъжки пол. Съгласно проучванията на Newschaffer и колеги (2007), момчетата са засегнати от РАС по-често от момичетата в съотношение 4,3:1.

Въпреки това, изследванията на Skuse и колеги (2005) показват взаимодействие между коефициентът на интелигентност и полът. Според Volkmar и колеги аутизмът е по-разпространен сред мъжете с висок коефициент на интелигентност, и сред жените с нисък коефициент на интелигентност. Ниският коефициент на интелигентност е известен рисков фактор за РАС. Изследванията на Nus и колеги (2007), Spiker и колеги (2002) и Hoekstra и колеги (2009) са открили умерени корелации между социалните и комуникативни нарушения и коефициентът на интелигентност. Що се отнася до ограничените и повтарящите се стереотипни модели на поведение Georgiades и колеги (2007) съобщават за положителна връзка между тях и коефициентът на интелигентност, но резултатите са смесени.

От всичко казано до тук, следва един важен извод, и той е, че за да се отчетат разлики в психичното и социално функциониране между момичета и момчета е необходимо на следващ етап да се изследва връзката между социалното функциониране и умственото изоставане при разстройствата от аутистичния спектър. Това може да предостави допълнителна информация и да очертае модели на функциониране при деца с разстройства от аутистичния спектър, които се отдалечават или приближават към други разстройства, характеризиращи се с увреждания на социалната комуникация и репетитивното поведение.

Приноси

- Направена е теоретична концептуализация на проблема свързан с функционирането на деца от аутистичния спектър.
- Изяснена е спецификата на социално функциониране на деца от аутистичния спектър под 5 и над 5 години.

- Изведени са различията в оценките на проблематиката между родителите и специалистите оценяващи децата от аутистичния спектър.
- В приложен план резултатите от изследването биха могли да послужат за съставяне на адекватни превантивни терапевтични програми, базирани на особеностите на психичното и социално функциониране на деца с РАС.
- Адаптиран е инструмент за оценка на психичното и социално функциониране на деца от аутистичния спектър „Скала за оценка на реакциите, Второ издание, (Social Responsiveness Scale Second Edition, SRS -2), 2012г” за различни възрастови групи: от 2.5 до 5 години и от 5 до 18 години.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМАТА

1. Дудренова И., Особенности на психичното и социално функциониране на деца от аутистичния спектър, Клинична и консултативна психология, бр.1(3)/2010 г.
2. Dudrenova I., East European sub-regional meeting on Autism and Public Health, part of the European Autism Action Conference, Autism in Bulgaria., 13.09.2010, Budapest.
3. Дудренова И., Психосоциалните интервенции и разстройствата от аутистичния спектър, Клинична и консултативна психология, бр.3/2013г.
4. Дудренова И., Особенности на психичното и социално функциониране на деца от аутистичния спектър, Национален семинар на психолозите подпомагащи деца и ученици със специални образователни потребности, 14.03.2014 г., гр. Плевен