

**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«ИНСТИТУТ КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ ОБРАЗОВАНИЯ»**

На правах рукописи



КАЛМЫКОВА НАТАЛИЯ ЮРЬЕВНА

**ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ
ВАРИАНТОВ РАЗВИТИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ
С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Специальность 5.3.8 – коррекционная психология и дефектология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени кандидата психологических наук

Научный руководитель:
кандидат психологических наук
Либлинг Мария Михайловна

**МОСКВА,
2022**

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. НАПРАВЛЕНИЯ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	16
1.1. Клиническая диагностика при РАС.....	16
1.2. Скрининговые тесты.....	20
1.3. Психолого-педагогическая диагностика развития при расстройствах аутистического спектра	22
1.3.1. Оценка навыков в рамках поведенческого подхода к диагностике и коррекции РАС.....	28
1.3.2. Комплексные методы оценки, ориентированные на специфику аутистического расстройства.....	40
1.4. Взгляд на аутизм и его диагностику в клинических исследованиях нейробиологов и генетиков	53
Выводы по Главе 1.....	56
ГЛАВА 2. РАЗРАБОТКА ДИАГНОСТИКИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С РАС.....	60
2.1. Игра как основа диагностической процедуры и оценки направлений развития дошкольника с РАС. Разработка диагностической карты.....	60
2.1.1. Игра в оценке психоэмоционального развития ребенка.....	61
2.1.2. Игра в диагностике психоэмоционального развития дошкольника с РАС: определение видов игры и ее особенностей.....	67
2.1.3. Разработка диагностической карты: определение основных шкал и критериев	70
2.2. Определение варианта аутистического развития в процессе диагностики дошкольника с аутизмом: теоретическое обоснование.....	76
2.2.1. Психологическая классификация детского аутизма О.С. Никольской.....	78
2.2.2. Концепция об уровне строения системы аффективной организации сознания и поведения. Патологическое доминирование одного из уровней	

аффективной организации как причина и основной маркер определенного варианта аутистического развития.....	86
2.3. Особенности процедуры диагностики психоэмоционального развития дошкольников с РАС. Заполнение и обработка данных диагностического протокола	94
2.3.1. Материалы и процедура диагностики.....	94
2.3.2. Процедура игровой диагностики: использование принципов и приемов эмоционально-смыслового подхода, выбор последовательности игр	96
2.3.3. Протокол диагностики. Подтверждение диагноза «расстройство аутистического спектра» и определение варианта аутистического развития в соответствии с патологически доминирующим уровнем аффективной регуляции	100
Выводы по Главе 2.....	108
ГЛАВА 3. АПРОБАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С РАС. ВЫЯВЛЕНИЕ ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ДЕТСКОГО АУТИЗМА.....	111
3.1. Организация и участники исследования, описание экспериментальных и контрольной групп	112
3.2. Проверка гипотезы о патологическом доминировании одного из уровней базальной аффективной регуляции при аутистическом развитии. Проверка и дополнение критериев подтверждения диагноза «РАС».....	115
3.2.1. Результаты, полученные в экспериментальной группе № 1 (ЭГ № 1).....	116
3.2.2. Результаты, полученные в контрольной группе (КГ)	119
3.2.3. Подтверждение диагноза «РАС» с помощью диагностики психоэмоционального развития дошкольника: дополнение критериев.....	123
3.2.4. Проверка критериев подтверждения диагноза «РАС» в экспериментальной группе № 1 и в контрольной группе	125
3.3. Оценка распределения типологических вариантов аутистического развития в экспериментальной группе № 1	126

3.4. Результаты апробации диагностики психоэмоционального развития в группе детей, не имевших диагноза, с подозрением на РАС (экспериментальная группа № 2)	133
3.5. Выявление корреляции критериев подтверждения расстройства аутистического спектра по результатам апробации диагностики психоэмоционального развития	137
3.6. Анализ результатов диагностики психоэмоционального развития детей с РАС по основным направлениям оценки	142
Выводы по Главе 3	154
ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ	157
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	160

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования и степень ее разработанности

Оценка распространенности расстройств аутистического спектра широко варьируется в зависимости от географии исследования и возраста обследованных детей. По оценкам ВОЗ к настоящему времени распространенность РАС оценивается как 1 случай на 160 детей [24, 140].

Данная категория детей постоянно растет в количественном отношении и меняется качественно, что во многом связано с изменением диагностических критериев, с более эффективным и ранним выявлением РАС. В исследованиях подчеркивается, что расширение критериев диагностики РАС приводит к тому, что диагноз «расстройство аутистического спектра» ставится в тех случаях, которые раньше считались принадлежащими к другим категориям нарушений [123, 150, 154, 167]. Некоторыми специалистами – психиатрами, нейробиологами - высказывается мнение, что РАС – не спектр одного нарушения развития, а множество болезней, имеющих разные этиологию и патогенез, или, что РАС следует рассматривать как «зонтичный» термин, под которым объединяется несколько синдромов, появляющихся по самым разным причинам (Waterhouse L., Gillberg C., Строганова Т.А., Jacob S., Wolff J.J., Steinbach M.S., Doyle C.B., Kumar V., Elison J.T.).

В настоящее время в диагностике психического развития детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) можно выделить три ключевых направления:

- клиническая диагностика – постановка диагноза «расстройство аутистического спектра» врачом-психиатром согласно критериям, определенным в медицинских классификаторах¹;

¹Как самостоятельный клинический диагноз «расстройство аутистического спектра» признано в «Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам» пятого пересмотра Американской ассоциации психиатров (DSM-V, 2013) и в «Международной классификации болезней» одиннадцатого пересмотра (МКБ-11, 2018), рекомендованной к практическому применению в России с 1 января 2022 года.

- скрининговые тесты, предполагающие первичную экспресс-диагностику с опорой на основные индикаторы детского аутизма;

- психолого-педагогическая диагностика – оценка психического развития ребенка специалистами - психологами и дефектологами - с помощью различных диагностических методов, в том числе специально разработанных для детей с РАС.

Каждое из упомянутых направлений диагностики обладает собственной значимостью и отражает многообразие подходов к пониманию аутистического расстройства. Полиморфность используемых оценочных инструментов во многом задается и крайней разнородностью категории детей, которая объединяется диагнозом «расстройство аутистического спектра».

Проблемы и дискуссии в сфере клинической диагностики аутистического расстройства, обусловленные его полиэтиологией, полинозологией, широким спектром проявлений, актуализируют поиск конструктивных решений в области психолого-педагогической диагностики РАС. В частности, актуальная задача определения ориентиров для дифференцированной психолого-педагогической помощи детям с РАС может быть решена в поле психологических исследований, направленных, в том числе, на создание диагностического инструментария для выявления типологических вариантов развития детей внутри этой обширной и полиморфной категории.

В качестве базового ориентира и концептуальной основы для разработки такого инструментария может служить разработанная О.С. Никольской, классификация детского аутизма, критериальные основания которой соотносятся с концепцией об уровне строения аффективной сферы человека (Никольская О.С.). Данная психологическая классификация базируется на представлении об аутизме как о нарушении формирования системы аффективной организации сознания и поведения, каждому из вариантов которой соответствуют специфическое сочетание ограничений в адаптации и определенный тип защитного поведения.

В зависимости от научной традиции, концептуальных либо прагматических предпочтений, выбор инструмента психолого-педагогической диагностики может связываться, например, только с задачей выявления сформированности значимых навыков (ABBLS – Sundberg M.L., Partington J.W., Senick-Pirri D.; VB-MAPP – Sundberg M.L.) или с задачей оценки (на основе разнообразных комплексных параметров) различных линий развития ребенка: моторики, речи, игры, коммуникации и др. (ADOS – Lord C., Rutter M., DiLavore P., Risi S.; ADI-R – Rutter M., Couteau A., Lord C.; PEP-R – Shopler E., Reichler R.).

Однако подобные комплексные инструменты оценки развития детей с РАС, позволяя сравнить результат с возрастным нормативом, не всегда дают адекватное представление о специфике аутистического расстройства, проявляющейся не только в области когнитивного, речевого, коммуникативного и социального развития ребенка, но и в особенностях его аффективной сферы. Если же оценивать динамику развития ребенка с РАС или эффективность коррекционной работы с ним, то следует понимать, что целый ряд феноменов нуждается в качественной трактовке: например, появление страхов или негативизма может в одних случаях рассматриваться как свидетельство регресса, в других - как показатели положительной динамики развития.

Кроме того, на сегодняшний день не существует универсальной для всех детей с РАС диагностической системы, позволяющей в каждом случае получить данные, достаточные для оценки всех значимых направлений развития ребенка. В руководстве по использованию теста ADOS-2, в наибольшей степени отвечающего требованиям комплексной диагностики детей с РАС, указано, что для корректного применения теста следует учитывать информацию из других источников (например, собранную при посещении ученика в школе или дома, информацию от учителей). Подчеркивается, что результаты обследования по ADOS-2 ни в коем случае не могут использоваться изолированно для постановки диагноза [96].

С этой точки зрения **актуальность** разработки диагностического инструмента, опирающейся на определенную типологию РАС, представляется

очевидной. Такой инструмент позволил бы не только оценивать возможности развития ребенка по разным его направлениям (эмоциональное и когнитивное развитие, моторика, коммуникация, речь и др.), но и соотносить весь комплекс полученных показателей с выделенными вариантами аутизма. На этой основе становится доступным получение достаточно целостного представления об актуальных возможностях и перспективах развития ребенка, о качестве динамики его развития в рамках конкретного варианта детского аутизма.

При крайней разнородности проявлений аутистических расстройств у детей, каждый такой ребенок нуждается в комплексной и детальной психолого-педагогической оценке его ресурсов и трудностей, необходимой для выбора образовательного маршрута. При этом хорошо известны сложность и трудоемкость самой диагностической процедуры, требующей преодоления повышенной тревожности детей с аутизмом, предупреждения либо смягчения обостренных поведенческих реакций в новой, незнакомой, экспертной по своей сути, ситуации, применения способов организации произвольного внимания и поведения ребенка с РАС. В наибольшей степени описанные трудности возникают при диагностике детей с РАС дошкольного возраста, поэтому вся диагностическая процедура строилась на игровой деятельности – ведущей для данного возрастного периода (Выготский Л.С., Леонтьев А.Н., Эльконин Д.Б., Рубинштейн С.Л.).

Актуальность разработки представленного диагностического комплекса состоит также и в потенциальной возможности получать с его помощью ценные как с теоретической, так и с практической точки зрения данные о распределении типологических вариантов детского аутизма внутри современной популяции дошкольников с РАС.

Цель исследования. Разработка диагностической методики дифференциации типологических вариантов развития дошкольников с расстройствами аутистического спектра на основе оценки значимых направлений психоэмоционального развития.

Объект исследования. Особенности развития дошкольников с расстройствами аутистического спектра.

Предмет исследования. Психодиагностическая дифференциация вариантов аутистического развития в дошкольном возрасте с помощью научно обоснованной и эмпирически верифицированной диагностической методики.

Гипотеза исследования. Научно обоснованная и эффективная для практического применения психологическая диагностика при детском аутизме предполагает оценку основных направлений психоэмоционального развития ребенка в соотнесении с типологическими вариантами аутистического дизонтогенеза.

Цель и гипотеза исследования позволили сформулировать следующие задачи исследования:

1. Проанализировать теоретические и методологические аспекты проблемы диагностики нарушений психического развития у детей с РАС.
2. Провести анализ существующих подходов и методов психологической диагностики расстройств аутистического спектра в отечественной и зарубежной практике.
3. Выделить основные направления диагностики психоэмоционального развития ребенка с РАС, нуждающиеся в комплексной оценке для определения варианта детского аутизма.
4. Разработать критерии оценки выделенных направлений развития детей с РАС и структурировать их в диагностической карте.
5. Разработать процедуру и протокол диагностики, а также систему оценки ее результатов, позволяющую соотнести полученные данные с определенным вариантом аутистического развития.
6. В рамках исследования провести апробацию разработанного диагностического комплекса на выборках детей с РАС и детей с нормативным развитием дошкольного возраста.
7. На обследованной выборке дошкольников с РАС выявить распределение вариантов аутистического развития.

Теоретико-методологическую основу исследования составляют:

- положения культурно-исторической концепции Л.С. Выготского об изначальной социальности детского развития, о единстве «аффекта» и «интеллекта», о зоне ближайшего развития;
- представления об игре как о ведущей деятельности дошкольного возраста (Выготский Л.С., Леонтьев А.Н., Эльконин Д.Б., Рубинштейн С.Л.);
- представления о первичной дефицитности аффективной сферы в системном нарушении психического развития ребенка при аутизме (Никольская О.С.);
- теория уровневого строения аффективной сферы; идея о патологическом доминировании одного из уровней аффективной регуляции при аутизме; классификация детского аутизма (Никольская О.С.).

Методы исследования были выбраны с учетом специфики предмета, объекта, задач исследования и включали в себя: анализ, систематизацию и обобщение литературных данных; метод экспертных оценок ключевых паттернов поведения детей с РАС и их соотнесение с разработанными комплексными диагностическими критериями; эмпирический метод исследования; количественный и качественный анализ экспериментальных данных.

Характеристика выборки. В процессе эмпирического исследования с помощью разработанного диагностического комплекса было обследовано 356 детей дошкольного возраста из разных регионов России. Возраст детей – от 2,5 до 7 лет; средний возраст – 5 лет; распределение по полу: 116 девочек и 240 мальчиков. В состав исследуемой выборки вошли 132 ребенка с диагностическими заключениями детского психиатра, представленными в соответствии с критериями МКБ-10: F84.0/01/02 (детский аутизм), F84.1 (атипичный аутизм) или F84.5 (синдром Аспергера). В группу детей с предположительно нормативным развитием вошли 224 ребенка.

Продолжительность исследования, регионы и участники исследования. Исследование проводилось на протяжении шести лет в период с 2016 по 2021 гг. В апробации разработанного диагностического комплекса, после

предварительного обучения, приняли участие более 40 специалистов (педагогов и психологов) - сотрудников дошкольных образовательных организаций, городских и региональных центров коррекции, реабилитации, психолого-медико-социального сопровождения детей с ОВЗ, психолого-медико-педагогических комиссий. Исследование проводилось в Москве и Московской области, Калужской области, Нижнем Новгороде и Нижегородской области, Омске и Омской области.

Достоверность и обоснованность результатов обеспечивается теоретико-методологической базой исследования, верифицированными результатами апробации диагностической процедуры, комплексностью примененных методов исследования, релевантных содержанию его цели и задач, сочетанием качественного и количественного анализа результатов исследования с применением методов математической статистики.

Научная новизна исследования

1. Впервые разработана, описана и экспериментально проверена диагностическая методика оценки психоэмоционального развития ребенка с РАС, позволяющая установить типологический вариант аутистического развития.
2. Впервые определены и структурированы в виде диагностической карты критерии диагностики основных направлений развития дошкольника с РАС, полностью построенные на оценке его самостоятельной и совместной со взрослым игры.
3. Впервые разработана процедура диагностики психоэмоционального развития дошкольника с РАС, полностью построенная на игре, что позволяет снизить уровень тревоги ребенка с аутизмом в экспертной ситуации, учитывает крайне ограниченный ресурс его произвольного внимания, но, тем не менее, дает исследователю возможность полноценной оценки наиболее важных направлений его развития.

4. Впервые экспериментально подтверждена теоретическая идея О.С. Никольской о патологическом доминировании одного из уровней системы базальной аффективной организации при аутизме.

Теоретическая значимость

1. Подтверждена возможность создания комплексной психолого-педагогической диагностики, позволяющей проводить оценку основных направлений развития ребенка с аутизмом и определять характерный вариант аутистического развития.
2. Показана значимость оценки игры дошкольника с РАС – как самостоятельной, так и совместной со взрослым – для диагностики его развития.
3. Подтверждена идея О.С. Никольской о нарушении формирования системы аффективной организации сознания и поведения при аутизме.
4. Разработана система оценки результатов диагностики психоэмоционального развития ребенка дошкольного возраста с РАС, позволяющая соотнести полученные данные с одним из четырех вариантов аутистического развития.
5. Доказана возможность оценки распределения типологических вариантов детского аутизма внутри любого размера выборки дошкольников с РАС с помощью созданной диагностики.

Практическая значимость

1. Разработанная диагностика психоэмоционального развития дошкольника с РАС позволяет подтвердить диагноз, оценить основные сферы психического развития ребенка с аутизмом, и, на основании полученных данных, определить вариант аутистического развития.
2. Диагностика дает возможность более точного подбора образовательного маршрута для дошкольника с РАС, определения направления и выбора методов коррекционной помощи. Кроме того, при повторном применении данная диагностика дает возможность отследить динамику развития

дошкольника с РАС и, при необходимости, оценить качество коррекционной работы.

3. Диагностика психоэмоционального развития ребенка дошкольного возраста с РАС может использоваться широким кругом специалистов психолого-педагогического профиля, работающих в системе помощи детям с аутизмом: педагогами-психологами, логопедами, дефектологами сотрудниками дошкольных образовательных организаций, городских и региональных центров коррекции, реабилитации, психолого-медико-социального сопровождения детей с ОВЗ, психолого-медико-педагогических комиссий.
4. Разработанная методика оценки психоэмоционального развития ребенка с РАС может быть использована в процессе подготовки, переподготовки, повышения квалификации сотрудников сферы образования, работающих с детьми дошкольного возраста с аутизмом. С этой целью она может использоваться преподавателями вузов в процессе составления и реализации рабочих программ учебных дисциплин, а также сотрудниками учебно-методических управлений вузов, членами научно-методических советов при разработке основных профессиональных образовательных программ по направлению подготовки 6.44.03.03 – «Специальное (дефектологическое) образование».

На защиту выносятся следующие положения:

1. На основании теории об уровне строения системы аффективной организации сознания и поведения и соответствующей ей психологической классификации аутизма возможно создание комплексной диагностики, позволяющей проводить оценку по основным направлениям развития ребенка и определять типологический вариант аутистического развития.
2. Результаты применения разработанной диагностической методики подтверждают на эмпирическом материале правомерность концепции о патологическом доминировании одного из уровней аффективной

регуляции, определяющего формирование характерного варианта аутистического расстройства.

3. Разработанный диагностический инструмент позволяет верифицировать диагноз «расстройство аутистического спектра» и определить вариант аутистического развития в соответствии с патологически доминирующим уровнем аффективной регуляции.

Апробация и внедрение полученных результатов: осуществлялись на экспериментальных базах отдела комплексной диагностики и внедрения междисциплинарных технологий ФГБНУ «ИКП РАО», дошкольных отделений ГБОУ г. Москвы «Школа № 1329», ГБУ «Центр социального развития Нижегородской области» (г. Нижний Новгород), «Дефектологического кабинета Александры Беркун» (г. Москва), дошкольного отделения ГКОУКО «Обнинская школа-интернат «Надежда» (г. Обнинск), ГБУ Калужской области «Обнинский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Доверие» (г. Обнинск), ГБУ Калужской области «Боровский ЦСПСД «Гармония», Центра социальной помощи семье и детям «Гармония» (филиал в г. Балабаново), Центра ПМСС бюджетного учреждения Омской области «Центр психолого-медико-социального сопровождения» (г. Омск).

Результаты исследования были представлены на конференциях:

- международного уровня: на VIII Международной конференции студентов и молодых ученых «Психология и медицина: пути поиска оптимального взаимодействия» (Рязань, 2021), на IV Международной научно-практической конференции «Современная дефектология: междисциплинарный подход к теоретическим и практическим проблемам нарушения развития у детей» (Москва, 2022);
- национального уровня: на I и II Всероссийской конференции-совещании «Клинико-психолого-педагогическое исследование современных детей с ограниченными возможностями здоровья и с инвалидностью» (Москва, 2020, 2021);

- регионального уровня: на видеоконференции «Психолого-педагогическая диагностика признаков расстройств аутистического спектра у детей раннего и дошкольного возраста» (Нижний Новгород, 2021) в ГБУ «Ресурсный центр в социальной сфере Нижегородской области».

Структура и объем работы

Рукопись диссертации состоит из введения, трех глав, заключения, библиографического списка, включающего 172 наименования, из них 33 на английском языке. Объем работы составляет 179 страниц текста. Диссертация содержит 11 таблиц и 21 рисунок.

ГЛАВА 1. НАПРАВЛЕНИЯ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

В диагностике расстройств аутистического спектра (РАС) существуют основные направления, которые представлены:

- *клинической диагностикой* – постановка клинического диагноза «аутизм» врачом-психиатром согласно критериям МКБ-11/МКБ-10² или DSM-V³;

- *скрининговыми тестами*, предполагающими первичную экспресс-диагностику с опорой на основные индикаторы детского аутизма, что дает возможность определить, находится ли ребенок в группе риска по РАС, и при необходимости направить его к врачу-психиатру для уточнения диагноза. Поскольку скрининг не используется для постановки диагноза, его могут осуществлять врачи непрофильных специальностей – педиатры, детские неврологи, и, кроме того, скрининг доступен работникам образования – педагогам, психологам, а также родителям ребенка;

- *психолого-педагогической диагностикой* – оценкой различных направлений развития ребенка, уровня сформированности его навыков с помощью методов диагностики, в том числе специально разработанных для детей с РАС, опирающихся на различные психологические школы и традиции воспитания и обучения детей.

Рассмотрим более подробно каждое из этих направлений.

1.1. Клиническая диагностика при РАС

Для постановки диагноза «расстройство аутистического спектра» в нашей стране, так же как в большинстве европейских стран, в настоящее время применяется Международная Классификация Болезней 11-го пересмотра (до

² С 2022 в нашей стране используется МКБ-11 – медицинский классификатор болезней в новой, одиннадцатой редакции.

³ Диагностико-статистический справочник DSM-V используется преимущественно на территории США и Канады.

2022 г. – МКБ-10). В США с этой целью используется Диагностико-Статистический Справочник по психическим расстройствам (DSM-V, 2013). Две эти системы по своей ориентации являются феноменологическими, то есть опираются на клинические признаки нарушений, не рассматривая их этиологию или патогенез [75, 76, 142].

Описание поведенческих характеристик аутизма в указанных медицинских классификаторах почти идентично. Они основываются на триаде нарушений, сформулированной L. Wing (1979):

- 1) отсутствие или нарушение двухстороннего социального взаимодействия;
- 2) отсутствие или нарушение понимания и использования языка, невербального, так же, как и вербального;
- 3) отсутствие или нарушение истинно гибкой творческой деятельности, с заменой на узкий круг повторяющихся, стереотипных занятий [170, 171].

Для того чтобы исключить или установить дополнительные факторы, влияющие на постановку диагноза «расстройство аутистического спектра», врачом часто назначаются специальные лабораторные исследования, включающие в себя проверку слуха и зрения, для того чтобы исключить нарушения в работе данных анализаторов; электроэнцефалограмму, позволяющую обнаружить эпилептическую активность и оценить уровень зрелости и функциональной активности мозга, и другие.

В классификаторе МКБ-10, использовавшемся в России до недавнего времени, расстройства аутистического спектра (РАС) входили в рубрику F84.00 «Общие расстройства психологического развития»; для диагностики РАС должны быть зафиксированы не менее 6 из перечисленных ниже симптомов (из них не менее двух признаков должны относиться к первой подгруппе и не менее одного – к остальным).

1. Качественные нарушения социального взаимодействия:

- невозможность в общении использовать взгляд, мимические реакции, жесты и позу в целях взаимопонимания;

- неспособность к формированию взаимодействия со сверстниками на почве общих интересов, деятельности, эмоций;

- неспособность, несмотря на имеющиеся формальные предпосылки, к установлению адекватных возрасту форм общения;

- неспособность, отсутствие или девиантный тип реагирования на чувства окружающих, нарушение модуляции поведения в соответствии с социальным контекстом или нестойкая интеграция социального, эмоционального и коммуникативного поведения;

- неспособность к спонтанному переживанию радости, интересов или деятельности с окружающими.

2. Качественные изменения коммуникации:

- задержка или полная остановка в развитии разговорной речи, что не сопровождается компенсаторными мимикой, жестами как альтернативной формой общения;

- относительная или полная невозможность вступить в общение или поддержать речевой контакт на соответствующем уровне с другими лицами;

- стереотипии в речи или неадекватное использование слов и фраз, контуров слов;

- отсутствие символических игр в раннем возрасте, игр социального содержания.

3. Ограниченные и повторяющиеся стереотипные шаблоны в поведении, интересах, деятельности:

- обращенность к одному или нескольким стереотипным интересам, аномальным по содержанию, фиксация на неспецифических, нефункциональных поведенческих формах или ритуальных действиях, стереотипные движения в верхних конечностях или сложные движения всем телом;

- преимущественная занятость отдельными объектами или нефункциональными элементами игрового материала.

4. Неспецифические проблемы – страхи, фобии, возбуждение, нарушения сна и привычек приема пищи, приступы ярости, агрессия, самоповреждения.

5. Манифестация симптомов до трехлетнего возраста.

При диагностике аутистических расстройств (синдрома Каннера, детского психоза, атипичного детского психоза, синдрома Аспергера, синдрома Ретта, умственной отсталости с чертами аутизма и др.) должны присутствовать перечисленные общие критерии расстройств психического развития, и в то же время каждая из выделенных подрубрик имеет свои особенности. В медицинском классификаторе МКБ-11 все указанные диагнозы объединены в главе 6, разделе A02 – «Расстройства аутистического спектра».

В DSM-V (2013) расстройства аутистического спектра относятся к разделу 299. Уточняется, что проявления заболевания сильно различаются в зависимости от тяжести аутизма, уровня развития ребенка и его хронологического возраста, в связи с чем используется термин «спектр». Тяжесть состояния определяется ухудшением и ограничением социального взаимодействия, повторяющейся картиной поведения. Расстройства аутистического спектра в данной системе охватывают расстройства, ранее называвшиеся «ранний детский аутизм», «синдром Каннера», «высокофункциональный аутизм», «атипичный аутизм», «детское дезинтегративное расстройство» и «синдром Аспергера».

Перечисленные в медицинских классификаторах критерии не могут охватить всех проявлений нарушения, что часто осложняет постановку диагноза. Кроме того, неточность клинической диагностики может быть вызвана индивидуальными различиями выраженности симптомов; более того, один и тот же ребенок может проявлять различную симптоматику в разном возрасте. Часто диагностика аутизма осложняется присутствием симптомов других нарушений.

В связи с этим встает вопрос о дополнительных диагностических методах, с помощью которых возможно более полно оценить степень нарушений психического развития при аутизме, особенности развития ребенка и выбрать соответствующие методы психолого-педагогической коррекции [44].

1.2. Скрининговые тесты

Диагноз «аутизм» в нашей стране может быть поставлен только врачом-психиатром. Однако педиатрам, невропатологам, педагогам, психологам, социальным работникам и родителям доступны *скрининговые методы диагностики*. Скрининг не используется для постановки диагноза, но предполагает первичную экспресс-диагностику с опорой на основные индикаторы детского аутизма, чтобы определить или исключить возможность принадлежности ребенка к группе риска по РАС. Среди скрининговых тестов, которые применяются с этой целью, наиболее распространенными являются M-CHAT, CARS, SCQ, CASD, ASSQ [68, 104, 118, 146, 157, 162].

M-CHAT-R (Модифицированный скрининговый тест на аутизм) проводится с детьми в возрасте *от 16 до 30 месяцев* и выявляет *риск наличия аутизма*. Начало использованию опросника было положено в Нью-Ингланд в штате Коннектикут (США), в исследовании приняло участие 33 000 детей.

CARS (Диагностическая шкала раннего детского аутизма) применим в диагностике детей *от 2 до 4 лет*, оценивает *выраженность у ребенка аутистических проявлений*. Наиболее распространен в США. Тест базируется на клинических наблюдениях за поведением детей, включает 15 функциональных групп по 4 варианта ответа в каждой.

CASD (Шкала Расстройств Аутистического Спектра) адаптирован и апробирован на 2469 детях с аутизмом и с другими заболеваниями, а также на детях с типичным развитием *в возрасте от 1 до 16 лет*. *CASD* охватывает достаточно большое число (а именно 30) основных и сопутствующих симптомов аутизма, соответствующих критериям DSM-V, что позволяет достаточно точно дифференцировать РАС и другие нарушения развития.

SCQ (Социально-коммуникативный опросник) *выявляет симптомы, связанные с расстройством аутистического спектра у детей старше 4 лет, при условии, что уровень их психического развития больше 2 лет*. *SCQ* состоит из 40 пунктов и основан на диагностических критериях МКБ-10 и DSM-IV. Тест *SCQ*

был разработан как скрининговая методика, предшествующая психолого-педагогической диагностике с использованием современных тестов ADI-R и ADOS.

ASSQ (Скрининговый опросник аутистического спектра) предназначен для предварительного выявления аутичных черт у детей в возрасте 6-16 лет. Тест заполняется либо родителями по воспоминаниям о детстве ребенка, либо самим испытуемым для самодиагностики.

Краткое сравнение скрининговых тестов в области диагностических критериев и оценки их результата представлено в Таблице 1.

Таблица 1 – Сравнительные характеристики скрининговых тестов

Скрининг-тест	Область диагностических критериев	Оценка результата теста
М-CHAT-R	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушения общения 2. Нарушения социального взаимодействия 3. Стереотипные формы поведения 4. Соматосенсорные нарушения 	<ul style="list-style-type: none"> - Высокий риск - Средний риск - Низкий риск
CARS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отношение к людям 2. Имитация 3. Эмоциональный ответ 4. Владение телом 5. Использование предметов 6. Адаптация к изменениям 7. Использование зрения 8. Использование слуха 9. Ответ и использование обоняния, осязания и вкуса 10. Нервозность и страхи 11. Вербальная коммуникация 12. Невербальная коммуникация 13. Уровень активности 14. Уровень и согласованность интеллектуального ответа 15. Общее впечатление 	<ul style="list-style-type: none"> - Тяжелый аутизм - Проявления аутизма от легкого до среднего - Нет аутизма
ASSQ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Общение со сверстниками 2. Поведение 3. Игры 	<ul style="list-style-type: none"> - Повышенная вероятность аутизма - Есть вероятность аутизма - Отсутствие аутизма
SCQ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушения общения 	<ul style="list-style-type: none"> - Расстройства спектра

Скрининг-тест	Область диагностических критериев	Оценка результата теста
	2. Нарушения социального взаимодействия 3. Стереотипные и повторяющиеся формы поведения	аутизма - Другие заболевания - Типичное развитие
CASD	1. Проблемы с социальным взаимодействием 2. Персеверация 3. Соматосенсорные нарушения 4. Атипичное общение и развитие 5. Расстройства настроения 6. Проблемы с вниманием и безопасностью	- Расстройства спектра аутизма - Другие заболевания - Типичное развитие

Отметим еще раз, что скрининговые тесты лишь помогают выявить вероятность аутистических нарушений, определить возможную принадлежность ребенка к группе риска по формированию РАС. Результаты скрининга могут дать повод для обращения к дифференциальной клинической и психолого-педагогической диагностике, но не могут ее заменить.

1.3. Психолого-педагогическая диагностика развития при расстройствах аутистического спектра

Психолого-педагогическая диагностика при РАС предполагает, с одной стороны, всестороннюю оценку развития ребенка с аутизмом, а с другой – является ориентиром для создания и оценки эффективности учебных и развивающих программ. Если для проведения скрининга не требуются профессиональные навыки, то для проведения психолого-педагогической диагностики при РАС нужен специалист, обладающий профессиональными умениями и необходимыми знаниями.

Представляется очевидным, что диагностика развития ребенка с аутизмом должна опираться на представления о нормальном онтогенезе и основных этапах детского развития. Большое значение имеет традиционный для клинической психологической диагностики сбор информации о развитии ребенка и разностороннее обследование с применением ряда методик, тестов, заданий,

в том числе использование метода наблюдения в условиях учебно-воспитательного или лечебного учреждения.

Однако диагностика детского развития и оценка достижений детей может существенно отличаться в разных странах, в зависимости от преобладающих психологических концепций, культурных особенностей и традиций воспитания и обучения. Так, например, диагностика в русле психологии развития будет существенно отличаться от той, которая задается рамками поведенческого подхода, основанного на бихевиоризме Б.Ф. Скиннера, и нацелена на оценку сформированности навыков вербального поведения.

Разработанные в отечественной специальной психологии и коррекционной педагогике принципы и системы оценки детского развития и его нарушений опираются на традиции, заложенные концептуальными идеями Л.С. Выготского, А.Р. Лурии, А.В. Запорожца, Д.Б. Эльконина, Л.А. Венгера, Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн и других выдающихся исследователей [19, 20, 21, 26, 27, 30, 38, 40, 66, 106, 137]. Одним из центральных положений культурно-исторической концепции Л.С. Выготского является целостное понимание психики человека как единства аффекта и интеллекта, при этом «всякая ступень психологического развития характеризуется особой, присущей ей структурой динамических, смысловых систем как целостного и неразложимого единства» [30, с. 265]. Важно подчеркнуть, что эти базовые закономерности свойственны не только нормальному онтогенезу, но проявляются, хотя и по-особому, при нарушенном развитии. По мнению О.С. Никольской (2020), единство аффективного и когнитивного развития и в норме, и при детском аутизме проявляется в зависимости формирования психических функций от смысла все более сложных адаптивных задач, которые приходится решать растущему ребенку, проявляя в этом определенные способности и выстраивая свое взаимодействие с окружением [83].

В традициях отечественной школы психологии разработаны общие концепции диагностики ребенка, имеющего нарушения развития. Так, В.И. Лубовским создан критериально-ориентированный подход

к психологической диагностике нарушений развития, основанный на представлениях о его общих и специфических закономерностях, первичных и вторичных дефектах, о зонах актуального и ближайшего развития [64, 65]. Ученый доказывает, что оценка результатов психодиагностического обследования должна быть в целом независимой от вида и содержания тестовых заданий. Единственно важным условием он считает достаточно полный охват обследованием всех основных компонентов психологической структуры нарушенного развития.

Такой подход к диагностике, свойственный отечественной культурно-исторической психологической традиции и требующий постановки целостного психологического диагноза, раскрывается в работах А.Л. Венгера [15, 16, 17]. Развивая идеи Л.С. Выготского о постановке психологического диагноза в виде определения «психологического синдрома», ученый пишет о необходимости установления общей логики и взаимосвязи между отдельными «симптомами», обнаруженными в процессе психологического обследования. Для определения «психологического синдрома» анализу подвергаются три группы факторов, в число которых, помимо индивидуального психологического профиля ребенка, полученного в результате обследования, входят также особенности его функционирования (поведения, общения, деятельности) и отношения с ближайшим социальным окружением [16].

Концепция функционального диагноза И.А. Коробейникова (1995) также строится на основе комплексного психолого-педагогического и клинического изучения ребенка и ставит перед собой задачу учета индивидуальных особенностей его психического развития при выборе средств коррекционно-развивающей работы. Функциональный диагноз является комплексной характеристикой психосоциального развития ребенка, включающей в себя клиническую оценку проявлений церебро-органических расстройств, описание индивидуальной структуры психической деятельности и уровня сформированности социально значимых навыков: учебно-познавательных, поведенческих, коммуникативных [53, 54].

Современными отечественными специалистами для оценки познавательной и речевой сферы ребенка с нарушениями в развитии используется психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста Е.А. Стребелевой, которая предлагает определенные последовательности диагностики и последующие схемы коррекционной работы с ребенком. Применяется также интегративная психологическая диагностика Н.Я. Семаго, М.М. Семаго, позволяющая комплексно оценить эмоциональную и когнитивную сферу ребенка в возрасте от 3 до 12 лет (дошкольный и младший школьный возраст), чтобы обеспечить прогноз его дальнейшего развития и обучения [97, 98, 112].

Особое место в диагностике детей с особенностями развития занимает нейропсихологический подход (Лурия А.Р., Цветкова Л.С., Ахутина Т.В., Пылаева Н.) [66, 77, 81, 129, 130]. Использование нейропсихологических методик помогает выявлению как локальных трудностей, так и системных нарушений психического развития, которые могут быть связаны с общемозговым эффектом локальных поражений или являются результатом нарушений нейродинамики при разного рода заболеваниях и врожденных синдромах.

Однако целостный подход к диагностике психического развития ребенка, в целом свойственный отечественной психологической традиции, чрезвычайно сложно реализовать в отношении детей с РАС, в особенности раннего и дошкольного возраста.

Диагноз «расстройства аутистического спектра» распространяется на обширную категорию детей, крайне разнообразную как по выраженности и качеству аутистических проявлений, так и по возможностям развития. Сложность объективной оценки достижений ребенка с РАС определяется в первую очередь трудностями налаживания контакта с ним для проведения обследования, а также особой сложностью, в некоторых случаях – невозможностью организации его произвольного внимания и поведения. Даже в тех случаях, когда удастся хотя бы отчасти преодолеть указанные проблемы и вовлечь ребенка в обследование, психолог может не получить объективное

представление о его возможностях. В связи с присущей дошкольнику с аутизмом стереотипностью и высоким уровнем тревоги он может не продемонстрировать в новых непривычных условиях те способности и умения, которыми владеет и пользуется в привычной обстановке. Если говорить о диагностике когнитивного развития детей с РАС дошкольного возраста, следует признать, что провести полноценное тестирование возможно только в ряде случаев: как правило, с высокофункциональными детьми старшего дошкольного возраста и не «за один прием», а на протяжении нескольких встреч с ребенком.

Для оценки когнитивного развития высокофункциональных старших дошкольников с аутизмом удастся применять такие методики, как детский тест Векслера (Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC-V), Батарея тестов интеллекта Кауфманов (Kaufman Assessment Battery for Children, КАВС-II), Международная шкала продуктивности Лейтера (Leiter International Performance Scale, LIPS-3), Универсальный тест на невербальный интеллект (Universal Nonverbal Intelligence Test, UNIT-2), а также хорошо известные в нашей стране матрицы Дж. Равена, кубики Кооса, методики «Предметная классификация» и «Исключение предметов» («4-й лишний») и другие [51, 55, 99, 100, 101, 145, 152, 158, 164]. Но в большинстве случаев традиционные диагностики и отдельные тестовые методики, хорошо подходящие для определения уровня когнитивного развития детей с задержкой психического развития и с интеллектуальными нарушениями, оказываются неприменимыми при диагностике дошкольников с РАС.

Относительно теста Векслера, наиболее часто применяемого в России в экспертных ситуациях, стоит отметить, что имеющиеся в нашей стране варианты теста являются адаптацией первых версий оригинальных методик и никогда не были стандартизированы на российской выборке. В связи с этим существующий на данный момент в России вариант теста Векслера может быть использован специалистами только для качественного анализа интеллектуальной сферы ребенка с РАС, в то время как количественные показатели не могут быть применимы. К тому же неравномерность интеллектуального развития ребенка

с аутизмом делает крайне сомнительной любую усредненную количественную оценку, полученную в результате тестирования.

Кроме того, при РАС крайне важна и оценка уровня коммуникативных возможностей и социализации ребенка. Из зарубежных тестов для этой цели могут применяться Шкала коммуникации и символического поведения (Communication and Symbolic Behavior Scales, CSBS) или Шкала оценки языка и речи у детей дошкольного возраста (Preschool Language Scales, Fifth Edition; PLS-V) [36, 37, 143, 153, 168]. Отчасти этой цели отвечает и тестирование с помощью Шкалы адаптивного поведения Вайнленд (Vineland Adaptive Behavior Scales), особенности которой будут рассмотрены нами более подробно [109, 110].

Следует отметить, что в последние два десятилетия за рубежом активно разрабатывались методы психолого-педагогической диагностики, специально адресованные детям с аутизмом, которые опираются в первую очередь на клинические критерии РАС, дают возможность комплексной оценки интеллектуальной, коммуникативной и социальной сферы и в большой степени учитывают особенности и сложности организации внимания и поведения детей с аутизмом во время обследования.

Остановимся подробнее на указанных диагностических методах, среди которых есть такие, которые предназначены только для оценки сформированности разного рода навыков (VB-MAPP и ABLLS-R), но есть и комплексные диагностические системы, включающие в себя оценку значимых направлений развития ребенка в соотнесении с основными критериями аутизма. В их числе: ADOS-2 – шкала наблюдения для диагностики в сочетании с ADI-R – интервью при диагностике аутизма; PEP-тест – психолого-образовательный профиль; функциональная оценка развития ребенка в подходе DIR / Floor-Time и некоторые другие диагностические системы.

1.3.1. Оценка навыков в рамках поведенческого подхода к диагностике и коррекции РАС

В первую очередь рассмотрим один из хорошо известных зарубежных методов диагностики адаптивного поведения, разработанный почти 40 лет назад и используемый в том числе в оценке возможностей детей и подростков с аутизмом.

VABS (Vineland Adaptive Behavior Scales) – Шкала адаптивного поведения Вайнленд является одной из наиболее распространенных диагностических методик, применяемых в США с 1984 года для оценки уровня развития адаптивного поведения ребенка, для планирования обучающих мероприятий и мониторинга их эффективности.

В VABS термин «адаптивное поведение» понимается как ежедневная деятельность индивида, обеспечивающая взаимодействие с другими и возможность заботиться о себе. При нормальном онтогенезе с возрастом у ребенка изменяется адаптивное поведение, в частности уменьшается зависимость от ближайшего окружения и помощи близких. Кроме того, каждому возрастному периоду соответствуют определенные навыки, важные для адаптации в семье, школе, детском саду и в целом в социуме. В связи с этим по шкале Вайнленд оцениваются четыре основные сферы жизнедеятельности, поделенные, в свою очередь, на несколько субшкал, в соответствии с которыми оцениваются приобретенные навыки, соответствующие определенному возрастному периоду. Описание шкал приведено в Таблице 2.

Таблица 2 – Описание шкал адаптивного поведения VABS

Шкалы	Субшкалы (навыки)
Коммуникация	- рецептивные - экспрессивные - письменные
Повседневные житейские навыки	- личные - домашние - общественные
Социализация	- межличностное взаимодействие

Шкалы	Субшкалы (навыки)
	- игра, времяпрепровождение - навыки сотрудничества
Моторные навыки	- крупная моторика - мелкая моторика

Кроме того, VABS оценивает проявления дезадаптивного поведения, которые представлены в виде *Шкалы Дезадаптации*, состоящей из описания поведенческих паттернов, которые доставляют неудобства либо самому ребенку, либо окружающим (например, сосет большой палец, избегает смотреть в глаза, умышленно портит чужое имущество).

Шкала Вайнленд используется для обследования людей от 0 до 18 лет 11 мес. с различным уровнем развития и представляет собой полуструктурированное интервью, где на вопросы интервьюера отвечают эксперты – родители ребенка или близкие, значимые для ребенка люди (те, кто о нем заботится и проводит с ним много времени).

Интервью начинается с вопросов о навыках и умениях, соответствующих календарному возрасту ребенка; затем задаются вопросы о навыках, характерных для детей более младшего и более старшего возрастов. Каждый вопрос оценивается по трехбалльной шкале (от 0 до 2 баллов):

2 балла – действие совершается регулярно и успешно в повседневных ситуациях, или в прошлом ребенок выполнял это действие успешно, но сейчас «перерос», и в его выполнении уже нет потребности;

1 балл – данное умение начинает появляться у ребенка, или действие выполняется успешно, но не регулярно, или ребенок выполняет действие не полностью;

0 баллов – ребенок очень редко или никогда не выполняет то или иное действие.

После оценки всех умений по Шкале адаптивного поведения ведется подсчет и обработка результатов. Для подсчета «сырых» баллов суммируются все баллы по каждой субшкале. На основании этих данных выявляется уровень

сформированности навыков в каждой сфере и определяется «возрастной эквивалент», то есть соответствие развития ребенка усредненным показателям возрастной нормы.

Затем осуществляется перевод «сырых» баллов в стандартные с помощью таблицы перевода баллов. Суммирование стандартных баллов позволяет оценить общий уровень адаптации ребенка. Результаты обследования отображаются графически в виде профиля развития ребенка, позволяющего сравнить полученные результаты с показателями среднестатистической возрастной нормы.

Уровень адаптивного поведения может в итоге оцениваться как *высокий, умеренно высокий, нормативный, умеренно низкий или низкий*. В той же форме оценивается и каждая из сфер, выделяются наиболее сильные и слабые области адаптивного поведения. Уровень дезадаптивного поведения ребенка определяется как *значительный, средний или незначительный*.

Таким образом, в процессе обследования с помощью VABS выявляются умения и навыки, которые либо уже сформированы у ребенка, либо формируются, либо отсутствуют. Кроме того, анализ адаптивного профиля ребенка позволяет спланировать конкретные пути повышения его адаптации путем развития соответствующих адаптивных навыков.

Более специфическими диагностическими методами, применяемыми в оценке сформированности навыков у детей и подростков с РАС, являются тесты VB-MAPP и ABLLS-R, которые основаны на прикладном анализе поведения и концепции Б.Ф. Скиннера о вербальном поведении [56, 69, 70, 114, 163]. Опросники VB-MAPP и ABLLS-R применяются в прикладном анализе поведения при комплексной диагностике детей с РАС и другими нарушениями развития [9].

Основным назначением этих методов является определение уровня сформированности навыков испытуемого на данный момент (в сравнении с нормативными показателями, характерными для данного возраста). Также с помощью методики VB-MAPP выясняется, существует ли «нежелательное поведение», и определяется функция, которую оно выполняет. По результатам тестирования ставятся цели обучающей программы, в частности: целевые навыки,

уровень сложности, наличие преград для обучения. Кроме того, задается система общения с ребенком, в том числе способы альтернативной коммуникации при затруднении общения; определяются специфичные для ребенка нужды и эффективные обучающие методы.

Несмотря на то, что процедуры тестирования и оценки навыков в двух указанных диагностических системах похожи, эти инструменты значительно отличаются друг от друга. Рассмотрим подробнее каждую из этих диагностических методик.

VB-MAPP (Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program) является программой оценки основных показателей вербального поведения для детей с аутизмом и другими нарушениями развития. Тестирование VB-MAPP было разработано M.L. Sundberg (США, 2008). Теоретической базой для создания этого диагностического инструмента послужил труд Б.Ф. Скиннера «Вербальное поведение» [163]. Третье издание этого теста переведено на русский язык и используется специалистами по прикладному поведенческому анализу для оценки навыков детей с аутизмом и разработки коррекционных программ [111, 141, 144].

Тестирование VB-MAPP состоит из нескольких частей: *оценка вех развития* – исследуется, как развиты навыки вербального поведения у конкретного ребенка по сравнению с уровнем развития у нейротипичного сверстника; *оценка преград для обучения* – определяется, что именно мешает усваивать навыки ребенку; *оценка переходов* – определяется, как именно нужно обучать ребенка на основании сформированных навыков (один на один, микрогруппа, группа); *анализ заданий и отслеживание приобретения навыка* – решается, в какой последовательности обучать и насколько подробно должна быть написана программа.

Оценка вех развития – Milestones Assessment (тестирование текущего уровня речевых и связанных с речью навыков ребенка) включает 170 конкретных оценочных определений навыков вербального поведения и навыков обучения,

которые распределены по 3 возрастным уровням развития: 0-18 месяцев, 18-30 месяцев, 30-48 месяцев.

В соответствии с выделенными Б.Ф. Скиннером видами вербального поведения оцениваются: манд (вид речи, посредством которого говорящий выражает просьбу); такт (наименование предметов, действий, признаков); эхо (повторение 3 слов говорящего); спонтанное вокальное поведение (вокальная игра ребенка и его лепет); интравербальные реакции («разговор о ...» – предметах и действиях, отсутствующих в данный момент; ответы на вопросы «Что?», «Кто?», «Где?»); поведение слушателя (умение обращать внимание на говорящих людей, «понимать» речь говорящего); моторная имитация (умение копировать движения других, когда об этом просят); визуальное восприятие, различения по функциям, характеристикам и категориям; самостоятельная игра; социальные навыки и социальная игра; правила поведения в группе; лингвистическая структура; математические навыки; текстуальное поведение (чтение); транскрипция (письмо).

В раздел «Оценка преград для обучения» (Barriers Assessment) включены 24 наиболее распространенных сложности, препятствующих обучению и усвоению языка, в числе которых рассматриваются: проблемное поведение; сложности установления «руководящего контроля»; недостаточность навыков просьбы (манд), наименования (такт), звукоподражания (эхо-навыков) и моторного подражания (имитации), визуального восприятия и сопоставления с образцом, навыков слушателя, интравербальных навыков, социальных навыков; сформировавшаяся в процессе обучения зависимость от подсказок или привычка к угадыванию; затруднения с восприятием комплекта предметов («сложности сканирования»); нарушения обусловленного различения; сложности обобщения навыков; низкая мотивация или ослабление существующей мотивации требованиями; зависимость от поощрений; аутостимуляция, обсессивно-компульсивное поведение, гиперактивное поведение; нарушения артикуляции, затрудняющие понимание речи ребенка; нарушения зрительного контакта; сенсорные защиты.

Определив, какие именно преграды затрудняют обучение ребенка (с точки зрения вербально-поведенческого подхода), специалист может подобрать стратегии вмешательства, направленные на их преодоление, что, в свою очередь, может привести к более эффективному обучению навыкам.

Оценка переходов (Transition Assessment) содержит 18 разделов тестирования и помогает определить, приобрел ли ребенок необходимые навыки и готов ли он к обучению в более естественной образовательной среде. Данные этой части позволяют принимать решения и устанавливать приоритеты для разработки индивидуальной программы обучения ребенка, учитывая образовательные потребности ребенка.

Анализ заданий и отслеживание приобретения навыка (Task Analysis and Skills Tracking) содержит подробное разделение навыков на категории (каждый навык разбивается на элементарные единицы) и представляет собой учебное руководство по формированию и развитию навыков. Таким образом, можно легко отследить, что именно не получается у ребенка, чтобы общий навык был сформирован. Исходя из этой информации, формируется индивидуальная программа развития ребенка. В «Анализе заданий» содержится около 900 отдельных навыков, сгруппированных в 16 разделах, которые не столь значимы, чтобы принять их в качестве отдельных целей обучения, но играют важную роль в том, чтобы приблизить уровень развития навыков ребенка к уровню развития возрастной нормы. «Анализ задания» позволяет более подробно отслеживать прогресс в приобретении того или иного навыка, выстроить целый репертуар навыков.

На основании оценки четырех описанных выше частей VB-MAPP формируются *рекомендации по построению индивидуальной программы обучения*, которые помогают сбалансировать программу вмешательства и обеспечить включение в нее всех необходимых элементов.

Оставив пока за рамками обсуждение концептуальных оснований тестирования VB-MAPP, отметим, что одной из очевидных сложностей в применении данной программы является ее исключительная трудоемкость. Если

проводить оценку VB-MAPP по всем правилам, тщательно тестируя каждый навык, то процесс обследования может занимать от 2 до 12 часов, в зависимости от уровня навыков вербального поведения ребенка. Кроме того, в течение учебного года специалист должен собирать данные в процессе занятий с ребенком и отображать эти данные в графиках, чтобы на основе визуального анализа графиков принимать решение о том, куда двигаться далее.

Несмотря на отсутствие возрастных ограничений, для использования VB-MAPP имеются ограничения функциональные. Метод VB-MAPP сосредоточен на оценке навыков вербального поведения, в то время как в определенном возрасте (школьном, подростковом, взрослом) для людей с аутизмом на первый план могут выходить совершенно другие навыки, например, бытовые, навыки общения со сверстниками и противоположным полом, навыки поведения в общественных местах и другие.

Трудоемкость методики VB-MAPP и неверно расставленные приоритеты при выборе целей диагностики, не учитывающие возрастных и других индивидуальных особенностей испытуемых, могут приводить к некорректно составленной программе обучения и, соответственно, ее низкой эффективности в работе с ребенком (подростком или взрослым) с РАС.

Тест *ABLLS-R (Assessment of Basic Language and Learning Skills – Revised)*, так же как и VB-MAPP, составлен на основе концепции Б.Ф. Скиннера о вербальном поведении [163]. Основное внимание уделяется оценке навыков, которые определяются авторами как базовые учебные, от которых зависит способность ребенка к дальнейшему обучению. Оригинальная версия теста ABLLS разработана в 1998 году (J. Partington, M. Sundberg).

В новой редакции 2006 года издания (ABLLS-R) значительно дополнены шкалы по оценке навыков социального взаимодействия, двигательной имитации и других навыков, относящихся к сфере разделенного внимания, как имеющие ключевое значение для приобретения новых навыков и их переноса в другие ситуации [155, 156].

Тестирование ABLLS-R проводится с детьми, имеющими интеллектуальные нарушения, аутизм и другие нарушения развития; реже тестирование проводится со взрослыми, имеющими задержки в речевом развитии. Тест ABLLS-R, в отличие от VB-MAPP, не ориентируется на возрастные нормативы, но имеет порядок заданий, который отражает представление его авторов о динамике освоения навыков «от простого к сложному», поэтому позволяет оценить достижения ребенка «по отношению к себе». Основные цели теста ABLLS-R состоят:

- в определении речевых, языковых и учебных навыков, которые отсутствуют у данного ребенка;
- в составлении индивидуальной программы развития (ИПР) по результатам тестирования, в которую включены 20-30 навыков, отсутствующих или не продемонстрированных ребенком во время тестирования;
- в оценке эффективности обучения ребенка согласно его ИПР с помощью повторного тестирования через 6-12 месяцев.

ABLLS-R содержит в себе оценку 544 навыков, которые распределены по 25 областям; в каждой области навыки распределены от простого к сложному. Протокол включает шкалы, описанные в Таблице 3.

Таблица 3 – Шкалы теста ABLLS-R

Шкала	Функциональная сфера	Кол-во навыков
А	Сотрудничество и эффективность поощрений	19
В	Визуальное восприятие. Шкала определяет способность ребенка интерпретировать визуальные стимулы, например, рисунки или головоломки – «паззлы»	27
С	Рецептивный язык. Оценивается способность воспринимать и понимать речь на слух	57
Д	Моторная имитация. Оценивается способность ребенка повторять чужие движения различного рода	27
Е	Вокальная имитация. Оценивается способность имитировать звуки или слова вслед за другим человеком	20
Ф	Обращение с просьбой. Способность ребенка выражать просьбы различного рода с помощью слов, символических жестов или карточек (манды)	29

Шкала	Функциональная сфера	Кол-во навыков
G	Называние. Способность ребенка назвать объекты, их функции, качества или категории	47
H	Интравербальная речь. Навыки коммуникации с другим человеком, когда единственным стимулом являются чужие слова	49
I	Спонтанные вокализации	9
J	Синтаксис и грамматика. Насколько правильно ребенок согласует друг с другом слова и словосочетания	20
K	Игры и досуг. Навыки самостоятельной игры в одиночестве или группе ровесников	15
L	Социальное взаимодействие. Социальные навыки при взаимодействии с ровесниками и взрослыми	34
M	Групповое обучение. Способность ребенка учиться в группе ровесников, в том числе воспринимать фронтальную инструкцию	12
N	Правила класса. Способность следовать правилам и типичному распорядку во время учебы в школе	10
Q	Чтение. Знание букв алфавита, готовность к чтению и навыки чтения	17
R	Математические навыки. Числа, порядковый и количественный счет, знание математических понятий: больше, меньше и равно, операции сложения и вычитания	29
S	Графические навыки. Базовые графические навыки, раскрашивание, рисование, копирование линий, навыки письма от руки	10
T	Правописание. Навыки буквенного анализа слов	7
U	Одевание. Способность одеться и раздеться самостоятельно	15
V	Навыки приема пищи. Базовые навыки самообслуживания при приеме и приготовлении пищи	10
W	Уход за внешним видом. Базовые навыки ухода за внешностью и личной гигиены	7
X	Использование туалета. Базовые навыки опрятности и использования туалета	10
Y	Навыки крупной моторики: игра в мяч, ползание, бег, прыжки на одной ноге, раскачивание на качелях и т. д.	30
Z	Навыки мелкой моторики: умение листать страницы, резать ножницами, нанизывать бусины на нитку и т. п.	28

Каждая шкала ABLLS-R состоит из субтестов – отдельных заданий, которые соответствуют определенному навыку, владение которым оценивается по шкале от 0 до 1, 2 или 4 в зависимости от задания. В приложениях к протоколу теста представлена информация о том, какие задания можно предложить ребенку для выполнения того или иного пункта, а также, как решить некоторые типичные проблемы, возникающие при выполнении теста. Результаты ABLLS-R, так же как

и результаты VB-MAPP, представляются в виде наглядной схемы, которая позволяет визуально оценить уровень развития навыков ребенка, а также его прогресс во время повторных тестирований.

Структура теста предполагает, что отдельные пункты тестирования будут преобразованы в цели индивидуальной программы развития с сохранением тех же формулировок. Авторы теста рекомендуют выбрать 15 сфер (шкал теста), которые являются приоритетными для развития данного ребенка, и выбрать по 1-2 цели из каждой шкалы. Основной упор предлагается сделать на базовые навыки, связанные с развитием речи, а также на навыки, которые помогут эффективнее обучаться в будущем. Как правило, на основе тестирования по ABLLS-R для ИПР выбираются 20-30 целей.

Информация для заполнения протокола ABLLS-R собирается из трех основных источников:

- со слов родителей, педагогов и других людей, которые постоянно контактируют с ребенком;
- путем непосредственного наблюдения за ребенком. Рекомендуется проводить наблюдение за ребенком в течение более чем одного дня в разных ситуациях и при различных занятиях, в том числе при взаимодействии со сверстниками и несколькими инструкторами, чтобы определить стабильность в уровне демонстрируемых навыков и вариативность в его поведении;
- путем предъявления специалистом заданий ребенку для определения уровня развития тех или иных навыков.

Таким образом, тестирование ABLLS-R является достаточно трудоемким процессом. Полное первичное тестирование, как правило, занимает несколько недель (до 1,5 месяцев). Очевидно, что не во всех ситуациях или учреждениях специалисты могут позволить себе такое продолжительное тестирование.

Тестирование может проводить специалист любого профиля, а также родители ребенка после краткого курса обучения. Однако специального уровня подготовки потребует перевод результатов тестирования в конкретный план

обучения, так как тест основан на концепции прикладного анализа поведения, и эта задача предполагает знание специалистом данного подхода.

Внешние условия для проведения теста ABLLS-R, особенности материалов для конкретных заданий, поведение человека, проводящего тестирование, и многие другие факторы никак не регламентируются в руководстве теста, хотя очевидно, что эти факторы влияют на результаты тестирования.

Несмотря на то, что большинство шкал ABLLS-R не требуют владения устной речью и не предусматривают вербальных ответов, что позволяет использовать эту методику для детей, не пользующихся речью, тестирование в основной массе заданий требует хотя бы базового сотрудничества со стороны ребенка, то есть ребенок должен сидеть за столом и выполнять задание в ответ на инструкцию специалиста. Следовательно, подобное тестирование невозможно по отношению к детям с так называемым *низким уровнем сотрудничества* (не имеющим навыков разделенного внимания, сформированного учебного стереотипа, демонстрирующим «полевое поведение»). Таким образом, в значительном числе случаев провести тестирование ABLLS-R с детьми с РАС не представляется возможным.

Существенным концептуальным недостатком диагностики ABLLS-R является также отсутствие критериев для выбора целей тестирования и, соответственно, для последующего составления ИПР.

Графическое представление результатов тестирования должно помочь специалисту в оценке достижений ребенка, однако особенности метода таковы, что он позволяет отобразить только прогрессивную динамику, то есть приобретение ребенком новых навыков, но не может отразить регресса (к сожалению, часто встречающегося у детей с аутизмом), так как на визуальной таблице не отображается утрата навыков при повторном тестировании.

Очевидным достоинством обеих методик – VB-MAPP и ABLLS-R – является возможность получить подробную информацию об уровне сформированности у ребенка конкретных навыков (речевых, коммуникативных, игровых, бытовых) и учесть эти данные при составлении программы

коррекционной работы. Наглядное (графическое, цветное) представление результатов тестирования облегчает эту задачу.

Ограниченность данных методов диагностики определяется теоретическим подходом, на котором они основаны, – концептуальными идеями Б.Ф. Скиннера. Оценка сформированности навыков, какой бы подробной она ни была, не может дать полноценного представления об уровне и динамике развития ребенка. Фактически недостаточность тестирования, основанного на поведенческом подходе (прикладном анализе поведения, вербально поведенческом подходе и др.), определяется ограниченностью его теоретических оснований, собственно бихевиоризмом, рассматривающим любые достижения ребенка как овладение суммой навыков или как «расширение поведенческого репертуара».

В любом случае выбор целей диагностики в случае нарушенного развития зависит от специфики дизонтогенеза, соответствующего определенной нозологии. Мы полагаем, что цели тестирования и последующей коррекционной работы с ребенком с РАС во многом определяются представлениями о психологической структуре нарушения развития при аутизме.

С этой точки зрения не представляется возможным ограничить диагностику развития ребенка с РАС оценкой отдельных навыков или «вербального поведения» в рамках концепции Б.Ф. Скиннера (1957), являющейся основанием для VB-MAPP, так как эта специфическая система диагностики не дает возможности соотнести результат ни с общими закономерностями нормального онтогенеза, ни со спецификой его нарушения при аутизме, чтобы выделить наиболее существенные для ребенка цели коррекционной работы.

Подобный подход к диагностике не может дать полноценной информации о возможностях ребенка, особенно в отношении его эмоционально-волевого, личностного развития. Отчасти это происходит из-за того, что при диагностике навыков и постановке целей коррекционной помощи только в виде «отработки навыков» или «модификации поведения» ребенка теряется субъектность отношений специалиста и ребенка. Точнее, специалист в этом случае начинает относиться к ребенку с РАС преимущественно как к «объекту обучения» («научить

навыкам»), что мало способствует эмоциональному, коммуникативному, социальному развитию ребенка и его формированию как личности.

1.3.2. Комплексные методы оценки, ориентированные на специфику аутистического расстройства

К наиболее полным и информативным диагностическим методам, предназначенным для диагностики детей и подростков с аутистическими расстройствами, можно отнести Шкалу наблюдения для Диагностики Аутизма (ADOS) и Интервью при диагностике аутизма (ADI-R), которые предназначены для совместного использования, а также Психолого-образовательный профиль (PEP-тест) [96, 103, 132, 160, 161]. Также существует функциональная диагностика развития ребенка с РАС в концепции DIR / Floor-Time, которая концентрируется на оценке эмоционально значимых отношений ребенка с РАС с его окружением [33, 90, 148, 149].

ADOS (The Autism Diagnostic Observation Schedule) – План диагностического обследования при Аутизме – стандартизированная методика оценки общения, социального взаимодействия, игры и/или использования материалов с применением воображения при наличии подозрения на аутизм у детей и взрослых разного возраста, уровня развития и речевых навыков [96]. Разработчики данной методики: С. Lord, М. Rutter, Р. DiLavore, S. Risi (США, 1994).

Методика ADOS включает в себя четыре модуля, которые сочетают в себе ряд неструктурированных и структурированных ситуаций, представляющих собой социально-коммуникативные последовательности. Каждая ситуация обеспечивает свое сочетание социальных стимулов («прессов»), побуждающих к общению и социальному взаимодействию. В новую версию ADOS-2 (2012) впервые включен модуль Т для обследования детей ясельного возраста, с помощью которого можно определить степень риска развития расстройств аутистического спектра. Длительность обследования с помощью любого из модулей составляет 35-40 минут. Интервьюером создаются стандартные ситуации

с помощью структурированных видов деятельности и материалов методики, в которых могут проявиться формы поведения, важные для диагностики аутизма [45].

Как правило, испытуемого обследуют с помощью только одного модуля, который выбирают на основании уровня развития экспрессивной речи и с учетом соответствия заданий и вопросов его хронологическому возрасту. Типы модулей указаны в Таблице 4.

Таблица 4 – Модули плана диагностического обследования при аутизме ADOS

Модуль ADOS	Критерии выбора модуля	
	Уровень развития экспрессивной речи	Хронологический возраст
T	Довербальный уровень / отдельные слова	рекомендуется для возраста 12-30 месяцев
1	Довербальный уровень / отдельные слова	Для возраста 31 месяц и старше
2	Фразовая речь	Для детей
3	Беглая речь	Для детей/подростков
4	Беглая речь	Для подростков/взрослых

Модули T, 1 и 2 составлены для работы с детьми; диагностика проходит как стандартизированное наблюдение за поведением во время специально организованной игры с тщательно отобранными игрушками. Игрушки для модуля T несколько отличаются, соответствуя возрасту детей (12-30 месяцев), для которых данный модуль используется. Модуль 3 используется также для детей, но владеющих беглой речью (обычно моложе 12-16 лет); в него включены игры и игровые материалы, предполагающие интерактивную игру с одновременным наблюдением. Кроме того, в данном модуле применяют вопросы интервью для сбора информации о социальном общении. Модуль 4 предназначен для подростков и взрослых, владеющих беглой речью, и ориентирован главным образом на вопросы интервью и беседу.

Исследования по модулям T, 1 и 2, как правило, допускают перемещения ребенка по комнате, что актуально для детей с РАС младшего возраста.

Исследования по модулям 3 и 4 проводят, сидя за столом, так как в основном они включают в себя речевое общение.

План действий от модуля к модулю имеет отличия, но общие принципы остаются неизменными: включение преднамеренных вариаций поведения интервьюера (в том числе коммуникативные провокации) с использованием иерархии структурированных и неструктурированных форм социального поведения.

Во время всего исследования интервьюер записывает свои наблюдения и по его завершении проставляет общие оценки, основанные на формах поведения, которые были зарегистрированы во время проведения интервью. Оценки представляются в виде шифров, которые лучшим образом характеризуют форму поведения ребенка.

С помощью шифров оцениваются 5 основных разделов: «А. Речь и общение»; «В. Социальное взаимодействие»; «С. Воображение» для модуля 3, 4 и «С. Игра» для модуля 1, 2; «D. Стереотипные формы поведения и ограниченные интересы»; «Е. Другие аномальные формы поведения».

После проведения диагностики интервьюером осуществляется кодирование, тщательный подсчет баллов по разным параметрам и выводится окончательный (сравнительный) балл. На основании этого балла определяется степень выраженности симптомов, связанных со спектром аутизма: *высокая, умеренная, низкая, минимальная / отсутствие симптомов* [45].

Хотя ADOS-диагностика дает возможность получить разнообразную и подробную информацию о разных направлениях развития ребенка, важную для составления индивидуальной программы занятий, подтверждение диагноза «расстройство аутистического спектра» базируется на оценке только двух шкал – «Социальное взаимодействие» и «Общение». Оценки по этим двум шкалам дают основание для выбора одного из вариантов диагноза: *аутизм / спектр аутизма / вне спектра аутизма*.

Очевидные достоинства данного метода диагностики состоят в том, что этот метод позволяет получить информацию о тех направлениях развития ребенка,

которые наиболее существенны при диагностике РАС и при оценке динамики развития ребенка с аутизмом. Методику ADOS также можно использовать для оценки эффективности коррекционно-развивающих занятий, проводимых с ребенком. Так, многие из заданий и шифров в начальных модулях имеют непосредственное отношение к тому, как нужно обучать данного ребенка, и какие цели при этом ставить. Формулировать цели обучения на основании результатов 3-го и 4-го модулей сложнее, так как они включают меньшее число шифров, которые описывают специфические формы поведения для обучения участника. По итогам обучения можно вновь протестировать ребенка, повторно предложив ему задания из соответствующего модуля, чтобы зарегистрировать улучшение качества их выполнения [45].

Алгоритмы методики ADOS и ее обновленной версии ADOS-2 демонстрируют высокую надежность, достоверность и прогностическую валидность, характеризующую степень точности определения расстройств аутистического спектра, что подтверждают данные исследования, полученного на значительной выборке (более 1000 человек) по всем модулям [96, с. 294]. Кроме того, были проведены исследования по стандартизации баллов в ADOS-2 на выборке из 1415 человек. Целью стандартизации общих баллов ADOS-2 было максимальное уменьшение демографических эффектов и создание стандартного показателя тяжести симптомов спектра аутизма, проявившихся во время обследования по ADOS-2 [96, с. 323].

Поскольку ADOS обеспечивает получение информации, основанной на непродолжительном наблюдении за социальными формами поведения и общения, совместно с ним для объективной и всесторонней диагностики рекомендуется использовать Интервью для Диагностики Аутизма ADI-R.

ADI-R (Autism Diagnostic Inventory-Revised) – Интервью для Диагностики Аутизма широкого диапазона применения, которое дает возможность получить подробную информацию для постановки дифференциального диагноза «расстройство аутистического спектра» и для оценки отдельных направлений развития ребенка. Предназначено для совместного использования с Планом

диагностического обследования при аутизме ADOS. Разработчики: М. Rutter, А. Le Couteur, С. Lord [103].

Интервью проводится с родителями и/или близкими значимыми людьми, воспитывающими ребенка и хорошо знакомыми с его историей.

ADI-R может использоваться для пациентов любой социальной и возрастной группы, если уровень их умственного развития соответствует возрасту не менее 2 лет. Для проведения интервью и оценки его результатов обычно требуется от 1,5 до 2,5 часов. Интервьюер использует протокол интервью для записи и шифровки ответов информатора. Затем проводится подсчет общего числа баллов с использованием бланка-алгоритма ADI-R.

Интервью проводится по трем «областям функционирования», считающихся важными для диагностики расстройств аутистического спектра: речь/общение, социальное взаимодействие и ограниченные, повторяющиеся стереотипные формы поведения и интересы. ADI-R охватывает широкий спектр сведений по данным областям в виде трех основных разделов: А – *качественные нарушения социального взаимодействия*, В – *качественные нарушения общения*, С – *ограниченные и повторяющиеся стереотипные паттерны*, включающих подразделы, характеризующие ту или иную область, (всего 93 подраздела).

Для проведения интервью ADI-R используются два варианта алгоритмов:

1) *«Алгоритмы поведения в настоящее время»*: от 2 лет до 3 лет 11 месяцев; от 4 лет до 9 лет 11 месяцев; от 10 лет и старше (только лица, владеющие речью), если цель исследования состоит в определении методов коррекционной работы или планировании программы обучения;

2) *«Диагностический алгоритм»*: от 2 лет 8 месяцев до 3 лет 11 месяцев; от 4 лет и старше – если целью является установление диагноза с учетом истории развития ребенка.

«Диагностический алгоритм» учитывает все проблемы развития, а также его индивидуальную хронологию, с тем чтобы вывести общую оценку степени тяжести расстройства у обследуемого и определить соответствие симптоматики

формальным критериям диагноза «расстройства аутистического спектра» по ADI-R.

«Алгоритм поведения в настоящее время» можно использовать для прямого сравнения с алгоритмом плана диагностического обследования при аутизме ADOS, который исследует актуальное поведение.

Для детей младше 10 лет «Алгоритм поведения в настоящее время» включает практически те же пункты, что и «Диагностический алгоритм», то есть оценки по обоим алгоритмам можно рассматривать как имеющие одинаковое значение.

Использование «Диагностического алгоритма» предполагает три варианта комбинации оценок для дифференциальной диагностики:

- Оценки по всем трем основным областям поведения (разделы А, В, С) ниже установленных предъявленных значений – отсутствие РАС;
- Оценки по всем трем областям (разделы А, В, С) превышают установленные предельные значения – высокая вероятность присутствия РАС, однако для постановки диагноза необходимо провести прямое наблюдение с применением ADOS;
- Оценки различаются по областям (например, оценка по социальному взаимодействию может оказаться выше предельной, тогда как по остальным двум областям – ниже) – смешанные результаты (в том случае, если показатели ADOS также указывают на вероятность РАС). Чтобы уточнить диагноз, требуется получить дополнительные сведения об уровне интеллекта испытуемого (посредством индивидуального психологического тестирования, например, с помощью теста Векслера) или об адаптивном поведении (например, с помощью оценки по шкале Вайнленд).

Что касается достоверности результатов диагностики, то основной акцент в оценке валидности интервью сделан на возможность ADI-R отличать РАС от других нарушений психологического развития. В целом алгоритм показал высокую различительную способность, подтвержденную на выборке детей

дошкольного возраста, направленных на обследование в связи с разными формами отставания в развитии [45].

Несмотря на то, что интервью применимо к детям любой возрастной категории, если их умственное развитие соответствует 2 годам и выше, нужно учесть, что при оценке валидности ADI-R основная часть данных была получена на выборках обследуемых, фактический возраст которых превышал 3 года. Поэтому для возрастной группы детей от 2 до 3 лет желательна дальнейшая проверка валидности инструмента [45].

PEP-R (Psychoeducation Profile) – Психолого-образовательный профиль (E. Schopler, M.D. Lansing, R.J. Reichler, L.M. Marcus, 2004); PEP-3, 2008.

PEP-тест – это комплекс методик, предложенный американскими учеными для индивидуального обследования в рамках программы Division TEACCH по обучению и лечению детей с аутизмом и другими нарушениями коммуникации [161]. Результаты, полученные при проведении PEP-теста, используются для составления индивидуального образовательного плана для детей с РАС.

Использование теста более оправдано при тестировании детей, хронологический возраст которых – от 6 месяцев до 7 лет или если психологический или функциональный возраст ребенка – до 7 лет. В возрасте от 7 до 12 лет PEP также применим, но нужно учитывать, что некоторые навыки ребенка могут быть развиты лучше, чем это предусмотрено шкалами для их оценки. Для подростков старше 12 лет и взрослых рекомендуется использовать Психолого-образовательный профиль для подростков и взрослых ААРЕР.

В психолого-педагогическом профиле PEP предусмотрены как количественная оценка (в баллах), так и качественная оценка различных областей психической деятельности ребенка с аутизмом.

Аутизм включает в себя как нарушения развития, так и атипичное поведение; преимущество PEP-теста состоит в том, что он позволяет оценить оба этих аспекта. Тест представлен двумя шкалами: *Шкалой Развития*, позволяющей оценить степень сформированности психических функций ребенка согласно его хронологическому возрасту, и *Шкалой Поведения*, позволяющей диагностировать

наличие аутизма у ребенка и оценить глубину его поведенческих трудностей. Задания по этой шкале разработаны на базе Рейтинговой Шкалы Детского Аутизма CARS. Кроме того, PEP включает ряд заданий, оценивающих развитие ребенка в очень раннем возрасте.

Текущий статус ребенка оценивается по 7 областям развития и 4 областям поведения, которые, в свою очередь, включают 131 и 42 задания соответственно [45]. Итоговый профиль иллюстрирует сильные и слабые стороны ребенка в различных областях развития и поведения. Шкалы PEP представлены в Таблице 5.

Таблица 5 – Шкалы психолого-образовательного профиля PEP-теста

Шкалы PEP	Области развития/поведения	Оценка
Шкала развития (131 задание)	<ul style="list-style-type: none"> - Подражание - Восприятие - Тонкая моторика - Общая моторика - Зрительно-моторная координация - Невербальное мышление - Экспрессивная речь 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выполнено 2. Не выполнено 3. Навык находится в развитии*
Шкала поведения (42 задания)	<ul style="list-style-type: none"> - Аффект (взаимодействие и интерес к человеку) - Игра и интерес к стимульным материалам - Сенсорная чувствительность - Речь 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Адекватное** 2. Не совсем адекватное 3. Не адекватное

* «Навык в развитии» означает, что ребенок может в общих чертах понять, о чем это задание, или частично выполнить его, но знаний недостаточно для полного понимания или выполнения задания.

** Необходимо учитывать, что оценка Шкалы поведения должна согласовываться с адекватным поведением соответствующей возрастной группы.

Стимульный материал для проведения PEP представляет собой набор игрушек и обучающих материалов, которые предлагаются ребенку в процессе структурированной игровой деятельности. Тестовые задания сгруппированы от более простого к сложному и должны быть проведены именно в таком порядке,

но у исследователя есть определенная гибкость в рамках проведения конкретных заданий.

Поскольку большинство детей с аутизмом имеет речевые трудности, РЕР разработан таким образом, что для понимания инструкций и указаний необходимо минимальное понимание речи, и в большинстве случаев ребенок может дать невербальный ответ.

Во время тестирования используется особая иерархия при инструктировании испытуемого, причем каждый последующий вариант инструкции дается в том случае, если ребенок не смог справиться с предыдущим:

- 1) ребенку дается вербальная (устная) инструкция,
- 2) ребенку дается невербальная (жестовая) инструкция,
- 3) ребенку демонстрируется выполнение задания,
- 4) берется рука ребенка и задание выполняется его рукой.

Не все задания РЕР могут быть проведены с каждым ребенком; задания, заведомо не соответствующие его возрасту или уровню развития, могут быть пропущены. Исследователь проводит тестирование, наблюдает и фиксирует ответы ребенка; результаты всех заданий, кроме заданий по шкале поведения, фиксируются во время проведения теста. Задания по шкале поведения не проводятся как обычные задания; они являются результатом наблюдений и записей исследователя во время тестирования, которые оцениваются после проведения теста.

Для подведения итога тестирования исследователь должен суммировать все результаты. На основании этой количественной оценки составляется *Тестовый Профиль*, который дает картину возрастного уровня развития ребенка и перспектив его обучения. Хотя в Тестовом Профиле даны возрастные нормативы, но это лишь приблизительные оценки, выведенные из стандартных данных. Кроме того, по итогам тестирования можно построить *Функциональный Оценочный Профиль*. Он не соотносится с возрастным уровнем, но разница между полностью выполненными заданиями и «находящимися в развитии» (заданиями, которые ребенок может выполнить с помощью взрослого) служит индикатором

потенциальных возможностей ребенка и указывает, на что конкретно необходимо опираться при составлении индивидуальной программы его обучения.

Характеристика, данная по результатам тестирования, должна включать Тестовый Профиль ребенка, его интерпретацию в письменной форме и рекомендации по составлению индивидуальной программы обучения.

PEP может проводить, обрабатывать и интерпретировать результаты человек, имеющий минимальный опыт и навыки фиксирования результатов, пользуясь специальным руководством. Тем не менее рекомендуется, чтобы исследователь провел как минимум 5 тестирований PEP под наблюдением супервизора, прежде чем заниматься этим самостоятельно.

Тест PEP дает возможность получить наглядные результаты, касающиеся многих направлений развития ребенка с РАС, и при необходимости оценить зону его ближайшего развития в этих направлениях для построения коррекционной программы. Повторное тестирование может дать информацию о динамике развития ребенка в тех сферах, на которые нацелен данный тест.

Функциональная диагностика в концепции DIR/ Floor-Time.

Концепция DIR (Developmental, Individual-difference, Relationship-based), разработанная в 1980-90-х годах С. Гринспеном и его коллегами, представляет собой подход, учитывающий особенности развития ребенка, его индивидуальные особенности и систему социальных отношений, в которые он вовлечен. Этот подход к диагностике и коррекции аутизма используется специалистами в разных странах, в частности в США, Канаде, Италии, Германии и других [33, 148, 149].

Ключевым признаком детского аутизма в подходе DIR считается нарушение развития эмоциональных отношений ребенка с близкими в результате врожденных биологических проблем, которые создают особые условия для его развития. Такие свойственные аутизму признаки, как полевое поведение, стереотипные действия, стремление ребенка отстаивать постоянство в окружающей среде, суженный круг интересов, С. Гринспен рассматривает как вторичные признаки аутизма, возникшие из-за нарушения развития взаимодействия ребенка со взрослым.

Концепция DIR базируется на предположении о том, что работа с эмоциональными проявлениями способствует развитию возможностей аутичного ребенка к построению отношений с близкими людьми, мышления и общения. основополагающая стратегия вмешательства в рамках концепции DIR – методика Floor-Time (от англ. floor – пол, time – время, «игровое время-на-полу»), цель которой – поощрение контактов и постоянное взаимодействие с ребенком.

В основу функциональной диагностики в концепции DIR положены стадии функционального развития ребенка, описанные С. Гринспеном в результате наблюдений в рамках исследования за нормально развивающимися детьми и детьми с аутистическим развитием. Стадии функционального развития ребенка включают в себя 6 начальных – для возраста от 7 месяцев до 4 лет – и 3 – для подростков и взрослых. Освоение этих стадий ученые считают крайне важным для нормального эмоционального и умственного развития, а также для мышления высокого уровня и полноценного самосознания; при обследовании оценивается, как ребенок их осваивает. Стадии, оценивающие развитие ребенка дошкольного возраста (от 7 месяцев до 4 лет) и выявляющие признаки РАС, приведены в Таблице 6.

Таблица 6 – Стадии функционального развития ребенка в концепции DIR

Стадия	Возраст	Описание	Признаки базовых нарушений при РАС	Сопутствующие симптомы
1. Саморегуляция и интерес к миру	0-3 месяца	Интерес и целенаправленная реакция на видимые предметы, звуки, прикосновения, движения и проявления, связанные с органами чувств; появление «совместного внимания»	Недостаток устойчивого внимания к различным видимым предметам или звукам	Бесцельное поведение или самостимуляции
2. Контакт и	2-5	Проявление	Отсутствие интереса	Погружение в

Стадия	Возраст	Описание	Признаки базовых нарушений при РАС	Сопутствующие симптомы
общение	месяцев	близости, привязанности и попытки вступить в отношения с близкими людьми	или мимолетные проявления радости вместо активного и устойчивого интереса	себя, самоизоляция
3. Преднамеренность и двусторонняя коммуникация	4-10 месяцев	Формы взаимодействия, сопровождающиеся выражением эмоций, звуками, жестами, используемые ребенком для передачи его намерений	Отсутствие взаимодействия или краткие ответные реакции практически без инициативы	Непредсказуемое (беспорядочное или импульсивное) поведение
4. Решение социальных задач, регуляция настроения и формирование самосознания	10-18 месяцев	Множество последовательных социальных и эмоциональных эпизодов взаимодействия, которые начинают использоваться для решения проблем (пример, когда ребенок показывает отцу игрушку)	Неспособность инициировать и поддерживать множество последовательных и обоюдных актов социального взаимодействия или обмениваться эмоциональными сигналами	Навязчиво повторяющееся, стереотипное поведение
5. Формирование символов и использование слов и понятий	18-30 месяцев	Осмысленное употребление слов и фраз, ролевые игры с родителями или сверстниками	Отсутствие слов или их механическое повторение	Эхолалия и другие формы повторения увиденного или услышанного
6. Эмоциональное мышление, логика и чувство реальности	30-42 месяца	Выстраивание логических связей между понятиями, которые наполнены смыслом	Отсутствие слов или повторение заученного текста в сочетании с таким использованием понятий, которое выглядит не логичным, а случайным	Иррациональное поведение либо нелогичное или нереалистичное использование понятий

В диагностике оценивается вовлеченность ребенка в эмоциональные отношения на основании следующих параметров:

- качество обработки сенсорной информации (визуальные, тактильные, звуковые стимулы);
- навыки обработки слуховой информации и функциональные языковые навыки;
- моторные и сенсомоторные функции;
- актуальное функционирование ребенка;
- модели взаимоотношений в семье.

Большое значение придается числу коммуникационных циклов в цепочке доступного взаимодействия, что отражает возможности ребенка в создании эмоциональных отношений со взрослым. Таким образом, глубина аутизма, тяжесть проблем в аффективной сфере и в психическом развитии ребенка в целом определяется степенью дефицитарности эмоциональных отношений ребенка со взрослым.

Методика проведения диагностики развития в концепции DIR включает в себя:

- опрос родителей или опекунов ребенка об истории его дородового и послеродового развития и оценку текущего уровня функционального развития ребенка. Опросник включает в себя 35 вопросов о проявлении особенностей поведения ребенка и 5 вариантов ответа для каждого вопроса;
- наблюдение за поведением ребенка и оценка функционального и эмоционального развития ребенка по шкале FEAS – (*Functional emotional assessment scale*) – Функциональной шкале оценки эмоциональности (Greenspan S., De Gangi G., Wieder S.) [149].

Оценка развития проводится на основании видеозаписей взаимодействия ребенка со взрослыми – с родителями или воспитателями – в течение 15 минут.

По итогам диагностики формируется профиль развития ребенка, который учитывает особенности его развития, сильные и слабые стороны и служит основанием для разработки индивидуальной комплексной терапевтической

программы, совмещающей как естественные (ориентированные на развитие), так и структурированные (поведенческие) методы.

Важно отметить тот значимый акцент, который делает функциональная диагностика в подходе DIR на оценке эмоционально значимых отношений ребенка с РАС с его окружением. Результаты диагностики в итоге дают исследователю валидные и достаточно достоверные данные, которые могут быть рассмотрены как основание для определения стадии функционального развития ребенка в соответствии с концепцией С. Гринспена.

На наш взгляд, диагностика в DIR-подходе наиболее точно соответствует требованиям полноценной оценки развития ребенка с РАС: дает возможность получить информацию о значимых направлениях и проблемах развития, соотносить с нормативом и при этом учесть особенности аутистического развития, ориентируясь на оригинальную концепцию онтогенеза С. Гринспена.

При этом существенным требованием современной диагностики развития детей с аутизмом становится учет вариативности РАС, который выявляется нейробиологическими исследованиями последнего десятилетия.

1.4. Взгляд на аутизм и его диагностику в клинических исследованиях нейробиологов и генетиков

Большое количество исследований аутизма последних лет – нейробиологических, генетических, клинико-психологических – приводят ученых к значимой для нас гипотезе о том, что расстройства аутистического спектра – не спектр одного нарушения развития, а множество болезней, имеющих разные этиологию и патогенез (Waterhouse L., Gillberg C.; Строганова Т.А.; Богдашина О.Б.; Jacob S., Wolff J.J., Steinbach M.S., Doyle C.B., Kumar V., Elison J.T.) [12, 117, 151, 165, 166].

Согласно этой гипотезе, расстройства аутистического спектра не являются целостной и единой нозологической категорией. Существуют разные варианты РАС, или, по-другому, «аутизмы», проявляющиеся по-разному, хотя и отвечающие в целом критериям диагностики РАС. Формирование «аутизмов»

обусловлено разного рода нарушениями развития мозга и/или его функционирования, что влечет за собой искажение психического развития ребенка, проявляющееся в разной степени. Предполагается, что существует множество разных нарушений развития, у которых есть общие, пересекающиеся симптомы, свойственные аутизму, такие как изменения слухового, зрительного, тактильного восприятия, нарушения регуляции уровня бодрствования, моторные стереотипии, трудности переключения внимания и т. д. Эти симптомы связаны с нарушением коммуникации и социального взаимодействия, наличием стереотипий и повторяющегося поведения, что отражено в критериях клинической диагностики, имеющихся в современных медицинских классификаторах.

Однако существующая клиническая диагностика (МКБ-10; DSM-V) основана только на внешних поведенческих симптомах, а не на этиологии и патогенезе расстройств аутистического спектра. Кроме того, сопутствующие клинические признаки или конвергентно возникающие диагнозы часто еще более усложняют диагностику аутизма. Так, более трети людей с РАС имеют признаки синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), расстройства по типу «разрушительного поведения», тревожность и расстройства настроения, умственную отсталость или эпилепсию и другие сопутствующие заболевания, которые включают в себя, например, нарушения пищеварительной системы и прочие известные клинические и генетические расстройства [151].

У разных детей с аутизмом наблюдаются совершенно разные особенности когнитивных, коммуникативных, эмоциональных проявлений. Часть детей имеет трудности в этих областях, у других же такие трудности отсутствуют. Некоторые дети с аутизмом полностью избегают социального взаимодействия, другие пассивно реагируют, а третьи могут своеобразно проявлять активность в социальном взаимодействии. Аффективные проблемы также характерны не для всех детей с аутизмом. Есть дети, демонстрирующие агрессию, аутоагрессию, у других же детей с аутизмом этих проявлений нет. Тем не менее общей чертой

всех детей с РАС является неспособность использовать свои знания и умения в реальной жизни, гибко переносить усвоенные навыки в новые условия (Никольская О.С.) [82, 86, 87, 88, 89].

Таким образом, значимыми характеристиками расстройств аутистического спектра являются их разнородность и, по-видимому, гетерогенность. Разнородны как причины возникновения расстройств, так и их проявления. В связи с этим исследователи предлагают рассматривать РАС как «зонтичный» термин, под которым объединяется несколько разных синдромов, появляющихся по самым разным причинам; при таком понимании аутизм представляется «собранием болезней», врожденным нарушением развития, имеющим множество причин и множество форм. При этом каждая из этих форм характеризуется общими чертами – нарушением социальной коммуникации и стереотипностью поведения [12, 117, 151].

С одной стороны, такое определение РАС усложняет дифференциальную диагностику аутизма в рамках существующих клинических диагностических систем (МКБ-10; DSM-V), основанных только на внешних поведенческих симптомах, и затрудняет выбор оптимального лечения и определения психокоррекционных программ для ребенка с РАС.

С другой стороны, проведенные клинические и биологические исследования, свидетельствующие о различии патогенеза разных форм РАС, еще раз подтверждают необходимость психологической типологизации РАС, которая позволит дать дифференцированные ориентиры в психолого-педагогической помощи детям с аутизмом. Клиническая и психологическая разнородность РАС делает актуальной проблему выявления и оценки характерных вариантов аутистического расстройства. Проводя подобную психолого-педагогическую диагностику, мы с большей уверенностью сможем выбирать направления и методы коррекционной помощи, прогнозировать и оценивать как положительную динамику или как регресс определенные показатели, полученные при повторной диагностике, и – также при повторной диагностике – определять эффективность выбранного направления и методов коррекционной помощи.

Выводы по Главе 1

1. В диагностике расстройств аутистического спектра можно выделить три направления:

- скрининг, позволяющий определить принадлежность ребенка к группе риска по РАС,

- клиническую диагностику, опирающуюся на медицинские классификаторы, результатом которой является постановка точного дифференциального диагноза,

- психолого-педагогическую диагностику развития ребенка с аутизмом, позволяющую подтвердить и уточнить медицинский диагноз и получить подробную информацию о возможностях и трудностях ребенка, чтобы планировать специальные занятия с ним и выбирать адекватные методы коррекционной помощи.

Три указанных направления диагностики РАС последовательно дополняют друг друга и в то же время обладают собственной значимостью, что во многом отражает полиморфность подходов к пониманию аутистического расстройства, разнообразие запросов исследователей и специалистов, работающих с детьми с РАС, и родителей, воспитывающих таких детей.

2. В отечественной психологии разработаны общие концепции диагностики ребенка, имеющего нарушения развития, базирующиеся на идеях школы Л.С. Выготского. В рамках таких концепций, за каждой из которых стоит многолетний практический опыт, подтверждается необходимость учета специфики конкретного, нозологически обусловленного варианта нарушенного развития, его закономерностей, первичных и вторичных дефектов, определения зон актуального и ближайшего развития, определения в каждом диагностическом случае «психологического синдрома», включающего в себя не только результаты проведенного обследования, но и оценку функционирования ребенка в повседневной жизни (поведения, деятельности, общения).

Реализовать на практике при диагностике детей с аутизмом подобный целостный подход могут очень немногие специалисты. Психолого-педагогическое обследование детей с РАС является крайне сложной задачей в связи с трудностями организации их внимания, проблемами поведения, частого несоответствия информации, полученной от родителей, и данных обследования ребенка. Требуется знание закономерностей аутистического развития и большой практический опыт для проведения обследования ребенка с РАС, для выбора в каждом случае адекватных методов диагностики и для интерпретации ее результатов.

В сложившейся ситуации крайне востребованными становятся комплексные методы диагностики, ориентированные непосредственно на РАС, позволяющие оценить все значимые направления развития и функционирования ребенка и структурированные по возрастным модулям.

3. Как в зарубежной, так и в отечественной практике диагностики детей с РАС широко применяются тестовые системы, основанные на бихевиоральном подходе (концепциях Б.Ф. Скиннера). Такие диагностические методы, как VABS, ABLLS-R, VB-MAPP, позволяют получить подробную информацию о сформированности навыков (учебных, языковых и других) или видов поведения (адаптивного поведения, «вербального поведения» в терминологии Б.Ф. Скиннера). На основании полученных данных выстраиваются индивидуальные учебные программы по формированию навыков и «поведений», проводится динамическая оценка результатов обучения.

Диагностика в рамках данного подхода не имеет своей задачей оценку эмоционально-волевой сферы ребенка или его познавательных способностей. Она не ориентируется на специфику нарушения развития при аутизме, в связи с чем не имеет специальных критериев для выбора диагностических целей. Оценка сформированности навыков, произвольно выбранных специалистом для диагностики в том или ином случае, и отслеживание продвижения в их освоении не дает полноценной информации о динамике развития ребенка с аутистическим расстройством.

4. Существует ряд методов, специально ориентированных на диагностику детей и взрослых с аутизмом и учитывающих специфику аутистического развития. Такие тестовые системы, как ADOS-2 и ADI-R, в своем сочетании позволяют подтвердить или поставить под сомнение диагноз «расстройство аутистического спектра» и, кроме того, дают достаточно полную и всестороннюю оценку развития по соответствующему возрастному модулю. Оба указанных диагностических метода, так же как тест PEP-3, функциональная диагностика в подходе DIR / Floor-Time, дают возможность оценить и отдельные направления развития ребенка с РАС, и уровень сформированности значимых для его развития навыков.

5. Нейробиологические и генетические исследования последнего десятилетия ставят под сомнение единство и целостность нозологической категории «расстройства аутистического спектра». Они говорят о существовании разных вариантов РАС (или разных «аутизмов»), имеющих различную этиологию и патогенез и проявляющихся по-разному, хотя и отвечающих в целом критериям диагностики РАС.

Крайняя разнородность проявлений РАС требует выбора дифференцированных ориентиров в психолого-педагогической помощи детям с аутизмом. Имеющийся практический опыт показывает, что целый ряд показателей, которые для одного ребенка с аутизмом являются симптомами регресса (например, появившиеся страхи), для другого являются свидетельством положительной динамики развития (например, появление страхов у ребенка, исходно не имевшего «чувства края»).

В этом ключе актуальной становится разработка диагностики, которая не только оценивает психоэмоциональное развитие ребенка, но и – при наличии аутизма – соотносит его развитие с тем или иным вариантом в рамках выбранной типологии РАС. Это существенно облегчит специалистам выбор нужных направлений и методов психолого-педагогической помощи ребенку с РАС, а также позволит проводить оценку динамики его развития и адекватности выбранной коррекционной программы.

6. Обобщение и анализ информации об имеющихся в настоящее время направлениях и методах диагностики РАС приводят к выводу об актуальности создания диагностики, которая отвечает следующим требованиям:

- позволяет получить данные по существенным направлениям развития ребенка (коммуникация, речь, эмоциональные проявления и др.) и соотнести их с нормальным онтогенезом,

- позволяет подтвердить или поставить под сомнение диагноз «расстройство аутистического спектра»,

- опирается на психологическую «теорию аутизма» (то есть на представления о психологической структуре аутистического расстройства) и в связи с этим позволяет интерпретировать результаты не только в сравнении с нормой, но и с учетом закономерностей аутистического развития,

- дает возможность определить типологический вариант аутизма на основании характерного сочетания показателей по разным оценочным шкалам. В этом случае мы с большей уверенностью можем выбирать адекватные в каждом случае направления и методы коррекционной помощи, оценивать динамику развития ребенка с РАС при повторной диагностике и эффективность проводимой с ним коррекционной работы.

ГЛАВА 2. РАЗРАБОТКА ДИАГНОСТИКИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С РАС

Данные современных нейробиологических исследований, говорящие о крайней разнородности и гетерогенности аутистических расстройств, о существовании разных «аутизмов», требуют выбора новых дифференцированных ориентиров в психолого-педагогической диагностике и коррекционной помощи детям с РАС. Эти данные, так же как и актуальные потребности практики психолого-педагогической помощи детям с РАС, делают все более востребованной психологическую типологию расстройств аутистического спектра и соответствующую ей диагностику, позволяющую определять характерные варианты аутистического развития.

Хорошо известно, что наиболее выраженными проявления аутистических расстройств становятся в дошкольном возрасте. Поэтому основной целью нашего исследования являлась разработка диагностики, позволяющей оценить основные направления развития ребенка с РАС дошкольного возраста и соотнести результаты с типологическими вариантами аутистического развития.

Учитывая крайнюю сложность проведения обследования с дошкольниками, имеющими РАС, в связи с их повышенной тревожностью и стереотипностью, страхом всего нового, трудностями коммуникации и организации произвольного внимания и поведения, необходимо было определить оптимальные виды деятельности и взаимодействия с ребенком во время диагностики. Это, в свою очередь, требовало тщательного выбора и описания диагностической процедуры и определения основных направлений оценки развития ребенка.

2.1. Игра как основа диагностической процедуры и оценки направлений развития дошкольника с РАС. Разработка диагностической карты

В настоящем исследовании разрабатывалась диагностика для оценки развития детей с РАС дошкольного возраста, поэтому наиболее адекватным видом деятельности для построения диагностической процедуры и для оценки

основных направлений развития ребенка нам представляется игра. Мы полагаем, что самостоятельная игра дошкольника и его совместная игра со взрослым дают возможность для оценки всех основных направлений и выявления проблем его развития. Остановимся подробнее на обосновании этой позиции.

2.1.1. Игра в оценке психоэмоционального развития ребенка

Значимость игры для психического развития ребенка является общепризнанной не только в отечественной, но и в других психологических школах. Являясь важнейшей характеристикой детства, игра первоначально интерпретируется с натуралистических позиций, определяющих ее как необходимую часть процесса адаптации ребенка к среде обитания или трактующих смысл игры с точки зрения теории влечений (К. Гроос, Ф. Бойтендаик, Э. Клапаред, Р. Гаупп, В. Штерн, К. Бюлер, Н.Д. Виноградов, В.П. Вахтеров, З. Фрейд, А. Адлер, Ж. Пиаже, К. Коффка) [2, 14, 34, 95, 125, 135]. Позже в психологии все больше развивается представление о детской игре как особой деятельности, социальной по своей природе, позволяющей ребенку осваивать мир через отношения с близкими взрослыми, а затем и со сверстниками путем культурного научения (К. Левин, Ж. Шато, М.Я. Басов, П.П. Блонский, К.Д. Ушинский, Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, Д.Б. Эльконин, Е.А. Аркин, А.В. Запорожец, А.П. Усова, В.Ф. Мухина, Л.А. Венгер, Л.Ф. Обухова и многие другие) [4, 11, 18, 20, 21, 28, 31, 59, 80, 94, 107, 121, 122, 138, 139].

Рассмотрим значение игры в оценке различных аспектов детского развития: когнитивного, эмоционального, социального.

Игра в оценке когнитивного развития ребенка

Исследованием развития когнитивных процессов в игре занимались Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, С.Л. Рубинштейн, И.А. Сикорский, Ж. Пиаже, В.С. Мухина и многие другие [29, 59, 78, 80, 108, 137].

Уровень развития игры, ее развернутость и сложность отражают уровень когнитивного развития ребенка. В игре формируется произвольная организация

поведения, ребенок учится планировать, осваивая пространственную и временную «развертку» событий.

Игровая ситуация и действия в ней оказывают постоянное влияние на развитие *интеллектуальной деятельности* ребенка дошкольного возраста. Используя предметы-заместители в игре, ребенок учится мыслить о реальном предмете и действовать с ним в умственном плане, что позволяет ему перейти к мышлению в плане представлений.

В.С. Мухина (1999), исследуя игровую деятельность детей дошкольного возраста, выявила, что ребенок входит в мир реальных предметов и их символических замещений одновременно. По ее мнению, понимание ребенком того факта, что один предмет можно использовать в качестве заместителя другого, является важным поворотным пунктом в осознании окружающего мира. Освоение в игре предметов-заместителей снижает зависимость ребенка от функционального назначения окружающих предметов и дает ему свободу в сфере действий с предметами-заместителями, что обнаруживается и в других видах деятельности ребенка. Таким образом происходит зарождение знаковой функции, что начинает влиять на мышление ребенка и его дальнейшую возможность думать словами. Усвоение знаковой функции речи ведет к коренной перестройке всех психических функций ребенка и *развитию речи дошкольника*.

При замещении одних предметов другими, а также в процессе разыгрывания различных ролей у ребенка *развивается воображение*. Л.С. Выготский указывал на то, что «расхождение видимого и смыслового поля – новое в дошкольном возрасте. Это основа игры – создание мнимых ситуаций. Это новая ступень абстракции, произвольности и свободы. Отсюда воображение, которое становится возможным только в плане абстракции от ситуации, произвольности и свободы, в плане обобщения, то есть создание идеалов вещей. Факт создания мнимой ситуации с точки зрения развития можно рассматривать как путь к развитию отвлеченного мышления» [31, с. 222-224].

Воображение в игре становится ведущим процессом, его также сопровождает *развитие процессов восприятия, памяти, внимания*. Кроме того,

игровая ситуация требует от каждого ребенка определенного уровня развития речевого общения и понимания словесных инструкций своих товарищей по игре. Необходимость объясняться со сверстниками, стимулирует развитие *связной речи у дошкольника*.

Используя игру как инструмент и предмет диагностики, мы можем выделить те критерии ее оценки, которые важны при определении уровня не только социального, но и когнитивного развития ребенка. Среди них:

- развернутость игры, последовательность и связность игровых событий, детальность сюжета;
- возможность ребенка брать на себя роль или определять роли игрушечных персонажей;
- использование предметов-заместителей в игре;
- создание мнимых ситуаций, игра «понарошку».

Нарушения в проявлении этих показателей, их отсутствие или несоответствие возрасту ребенка можно расценить как проявление нарушенного онтогенеза, как дефицитарность социального и когнитивного развития.

Игра как показатель развития и благополучия эмоциональной сферы ребенка

Изучением влияния игры на развитие эмоциональной сферы ребенка занимались З. Фрейд, А. Фрейд, К. Бюлер, М. Кляйн, Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, А.П. Усова, А.В. Запорожец, Ф.И. Фрадкина, В.С. Мухина, Г.Л. Выгодская, Л.А. Абрамян, А.С. Спиваковская, О.А. Карабанова, Л.И. Эльконинова и другие [1, 23, 25, 28, 41, 52, 80, 119, 121, 124, 125, 126, 127, 138, 139].

На протяжении нескольких последних десятилетий во многих психологических традициях игра рассматривается как вид деятельности, дающий представление об эмоциональном благополучии ребенка, о его способности к эмоциональному взаимодействию с другими людьми, о наличии у ребенка аффективных проблем, таких как страхи, агрессия, тревожность, провокационное поведение.

Первые игры появляются в младенчестве – это игры, основанные на подражании и «аффективном заражении» (потешки, сорока-ворона, ладушки и пр.). Ребенок «заражается» эмоциями значимого взрослого, у него появляется желание быть вместе, подражать ему. В таких играх начинает формироваться эмоциональное взаимодействие между ребенком и взрослым, развивается способность понимать чувства других людей и сопереживать им [60].

Затем с 2,5-3 лет появляются сюжетные игры, в которых ребенок старается имитировать деятельность взрослых, тем самым осваивая человеческие формы поведения и сопутствующие им эмоции. Сюжетные игры, основанные на житейских ситуациях и отношениях между людьми, становятся центральными для ребенка.

С одной стороны, такие игры позволяют создать ребенку собственное эмоционально-смысловое пространство, в котором формируются его представления о себе, личных предпочтениях («хочу» – «не хочу») и собственных оценках происходящего («нравится» – «не нравится»), об отношениях между членами семьи, о «хороших» и «плохих» поступках, о дружбе и т. п. Созданное эмоционально-смысловое пространство в играх ребенка становится опорой для дальнейшего развития дошкольника и его социальной адаптации. С другой стороны, во время игры ребенок может «отыгрывать» неприятные переживания, связанные с событиями, произошедшими с ним или с близкими людьми в реальной жизни.

В трудах З. Фрейда, А. Фрейд, К. Мустакаса, М. Кляйн, Г.Л. Лэндрета, В. Экслейн, А.И. Захарова мы находим многочисленные подтверждения нашей позиции, связанной с отношением к игре как к значимому инструменту для оценки эмоциональной сферы ребенка, ее развития и выявления аффективных проблем, а также инструменту психокоррекционной помощи ребенку дошкольного возраста [39, 52, 67, 79, 125, 126, 127, 136].

Л.С. Выготский (2004) писал: «Не только там, где мы имеем дело с детьми, интеллектуально недостаточно развитыми, но и там, где мы имеем недоразвитие аффективной сферы, игра не развивается» [31, с. 202].

Для нашего исследования особенно важно, что в игре можно оценить способность ребенка к эмоциональному «заражению», его возможность адекватно реагировать на эмоции других участников игры, сопереживать им и проявлять собственные эмоции. Эти способности развиваются при нормальном онтогенезе во многом благодаря игре, однако при детском аутизме они не формируются или формируются в недостаточной степени. Поэтому для нас очевидно, что оценка данных способностей должна быть неотъемлемой частью диагностики развития ребенка с расстройством аутистического спектра, а инструментом и одновременно предметом такой оценки может быть совместная с ребенком игра.

Игра в оценке возможностей общения и социализации ребенка

В современной психологии признается, что в игре ребенок приобретает навыки общения, необходимые для установления контакта со сверстниками и окружающими людьми, ориентации в мире человеческих отношений и социализации в окружающей среде. Социализацию ребенка через игровую деятельность подчеркивали многие исследователи в своих работах, в частности Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, А.Н. Леонтьев, А.В. Запорожец, Е.О. Смирнова, М.И. Лисина, А.П. Усова, Е.А. Аркин [4, 28, 31, 38, 59, 63, 116, 121, 138].

Л.С. Выготский считал, что сущность игры «есть в исполнении обобщенных желаний ребенка, основным содержанием которых является система отношений с взрослыми» [30, с. 62]. Этим же взглядам придерживались А.Н. Леонтьев, А.В. Запорожец, Д.Б. Эльконин [23, 59, 138].

Д.Б. Эльконин рассматривал игру с точки зрения ее социальной природы, как форму «жизни и особой деятельности ребенка по ориентации в мире человеческих действий, человеческих отношений, задач и мотивов человеческой деятельности» [138, с. 131]. В ходе анализа развернутой игровой деятельности Д.Б. Эльконин выделил ее основные структурные компоненты: роль, содержание и сюжет игры [138].

Центральным моментом и основной единицей игры является роль, которую берет на себя ребенок. Ребенок в игре берет на себя роль взрослого и воссоздает

отношения, которые видит в окружающей действительности, тем самым примеряя их к себе и постепенно осваивая.

Сюжет игры – это та область действительности, которая воспроизводится детьми в игре и отражает конкретные условия жизни ребенка. Он может изменяться в зависимости от условий жизни ребенка и расширения его кругозора.

Содержание игры – это проникновение ребенка в деятельность взрослых людей, отношения между людьми в их трудовой и общественной жизни, которые осуществляются через действия с предметами. При всем разнообразии игровых сюжетов, основным является их одинаковое содержание – деятельность человека и отношения людей в обществе.

С возможностью ребенка исполнять правила в игре связано развитие таких значимых свойств личности ребенка, как волевая регуляция, ответственность, самооценка (Леонтьев А.Н.) [59].

А.П. Усова показала, что, помимо взаимоотношений, которые разыгрываются детьми в соответствии с принятым сюжетом и взятой на себя ролью, в игре появляются уже не мнимые, не изображаемые, а действительные, реальные взаимоотношения между участниками игры [121].

Таким образом, сохраняя свои позиции ведущей деятельности, игра остается основной формой взаимодействия ребенка с окружающими людьми. В совместной игре ребенок копирует действия и деятельность других людей, транслирует значимые для него оценки и отношения, тем самым накапливая свой жизненный опыт и усваивая социальные модели поведения.

Навыки общения ребенка и перспективы их развития можно также оценить в игровой деятельности. При нормальном онтогенезе в совместной игре становится возможным увидеть следующие коммуникативные процессы:

- умение ребенка брать на себя роль,
- совместно определять и исполнять правила игры,
- выдерживать сюжетную линию,
- наполнять игру и игровые действия содержанием,

- понимать свои переживания, потребности, действия и соотносить их с переживаниями и действиями других участников игры,
- договариваться с другими участниками игры.

Эти процессы являются определяющими для выстраивания отношений с окружающими людьми и социализации ребенка, они проявлены в игре, и их можно использовать для оценки коммуникативных способностей ребенка дошкольного возраста.

С диагностической точки зрения нарушение или несформированность коммуникативных процессов в игре ребенка может говорить об искажении в его развитии, в частности, в коммуникативной сфере, что является одним из основных признаков аутизма.

Таким образом, игра дошкольника содержит в себе все необходимые показатели для оценки его когнитивной и аффективной сферы, возможностей коммуникации и социализации и для выявления основных проблем его развития. Степень развернутости игры, использование предметов-заместителей, игра «понарошку», выполнение правил, использование ролей, наличие в игре сюжета и его содержание – все эти существенные показатели могут дать представление о развитии интеллекта, эмоционально-волевой сферы, способности ребенка к общению. Кроме того, совместная игра со взрослым дает возможность увидеть зону ближайшего развития ребенка и при необходимости наметить пути психокоррекционной помощи.

2.1.2. Игра в диагностике психоэмоционального развития дошкольника с РАС: определение видов игры и ее особенностей

Разработанная нами диагностика основана на игре ребенка как самостоятельной, так и совместной со взрослым. Характеристики самостоятельной игры ребенка дают представление об актуальном уровне его развития, а оценка игры, совместной со взрослым, помогает определить зону ближайшего эмоционального, социального и частично когнитивного развития.

Составленная нами «Диагностическая карта», на основании которой специалист оценивает поведение ребенка и заполняет протокол обследования, начинается с двух шкал, посвященных оценке игры:

1) А – особенности самостоятельной игры. Оцениваются следующие параметры: интерес к игрушкам, действия ребенка во время самостоятельной игры, игровая инициатива, выбор игры ребенком;

2) В – особенности совместной игры: способность включиться в игру, содержание игры, использование предметов-заместителей, наличие стереотипности, развернутость игры, последовательность и связность сюжета, детальность и подробность игры, возможность принятия на себя роли, освоенность игры с «приключением».

Кроме указанных критериев, при оценке как самостоятельной, так и совместной со взрослым игры, оценивается выбор ребенком игры определенной категории в соответствии с классификацией, разработанной в рамках эмоционально-смыслового подхода к коррекции РАС [85, 87]. Данная классификация отражает не столько логику и последовательность детского развития в его важнейших аспектах (как, например, классификации игры, разработанные Д.Б. Элькониным (1999) или S. Sherratt и M. Peter (2012) и др.), сколько логику тех направлений развития игры, которая нарушается при аутизме. Поэтому при разработке процедуры и критериев оценки игры за основу мы взяли деление на три вида игр в классификации М.М. Либлинг [60, 61, 62].

Сенсорные игры – Игра 1. Сюда относятся игры с ощущениями от собственного тела, а также с предметами, которые ребенок не использует в соответствии с их функциональным смыслом, а исследует их сенсорные свойства. Такие игры появляются у ребенка в младенчестве, остаются актуальными на протяжении раннего возраста, а затем – в дошкольном возрасте – становятся органичной частью сюжетной игры. Игры с сенсорными свойствами предметов не только доставляют ребенку приятные, необычные ощущения, но и содействуют познанию окружающего мира.

Игры, основанные на эмоциональном заражении – Игра 2. Игры, которые формируются в ежедневном взаимодействии матери и младенца, основанные на подражании близкому взрослому («ладушки», «сорока-ворона» и пр.). Этот тип игр также появляется в раннем возрасте и «главное, что привлекает и радует в такой игре ребенка – это эмоциональное взаимодействие, возможность «эмоционально резонировать» другому человеку, вместе посмеяться, вместе побегать, вместе покричать» [60, с. 27]. В таких играх развивается способность к «аффективному заражению» состоянием другого человека, интерес к его лицу, мимике, эмоциональным проявлениям; формируется возможность собственных дифференцированных эмоциональных реакций, подражания другому человеку.

Сюжетные игры – Игра 3. В представленной классификации сюжетными играми считаются такие, в которых ребенок проигрывает определенную последовательность событий, и присутствуют персонажи, с которыми эти события происходят. Данный вид игр обычно появляется у детей, начиная с 2,5-3-летнего возраста. Сначала ребенок проигрывает простые бытовые ситуации из собственной жизни (уложить куклу спать, покормить игрушку, отвезти «кирпичи» на машине), затем сюжеты начинают усложняться и выходят за пределы бытовых ситуаций, отражая, например, впечатления от произошедших значимых событий (праздник, посещение врача, поездка на море и т. д.). Несколько позже появляются игры «с приключениями», в которых проигрываются неожиданные, опасные, проблемные ситуации, которые, как правило, ребенок стремится довести до «хорошего конца».

Использование данной классификации в процессе диагностики, то есть фиксация одного из трех видов игр, которые предпочитает ребенок с аутизмом в самостоятельной игре и в совместной игре со взрослым, представляется достаточно информативным способом оценки его возможностей. Генезис игры, представленный данной классификацией, отчасти является отражением нормального онтогенеза, а его нарушение, соответственно, является индикатором нарушения развития ребенка, выявляя специфику этого нарушения. В частности, особенности игры при детском аутизме, выражающиеся в доминировании игры

с сенсорными впечатлениями, практически полном отсутствии игр, основанных на аффективном заражении, отсутствии или свернутости и стереотипности сюжетной игры, вполне характеризуют специфику искажения развития при аутистическом расстройстве.

Самостоятельный выбор ребенком одного из трех видов игр, который происходит на диагностическом занятии, является важным показателем его эмоциональной и социальной зрелости. Понятно, что если ребенок четырехлетнего возраста полностью сосредоточен на игре с сенсорными свойствами предметов (например, выстраивает длинные ряды или высокие башни из лего-конструктора, подбирая детали только определенного цвета или определенной величины; или стучит по разным поверхностям, сравнивая звуки; или стремится только раскручивать юлу, игнорируя другие игрушки), то его эмоциональное и социальное развитие, скорее всего, грубо задержано. Так же как и в том случае, когда пятилетний ребенок радуется щекотке и может поиграть со взрослым в догонялки, но не проявляет интереса к сюжетной игре. В то же время способность с помощью взрослого разворачивать и/или вносить детали в игру с сюжетом дает нам достаточно точное представление о зоне ближайшего эмоционального и социального развития ребенка.

2.1.3. Разработка диагностической карты: определение основных шкал и критериев

В процессе игровой диагностики мы в первую очередь оцениваем характеристики игры ребенка (самостоятельной и совместной со взрослым), которые могут быть соотнесены с уровнем его эмоционального и когнитивного развития и дают представление об имеющихся особенностях и проблемах. Оценивается выбор ребенком определенного вида игры, интерес к игрушкам и особенности их использования, наличие в игре предметов-заместителей, присутствие игрового сюжета, его развернутость и связность, возможность принятия роли ребенком и др.

Но, кроме характеристик игры как таковой, процесс игровой диагностики дает возможность фиксации характерных паттернов поведения ребенка. В диагностической карте мы структурировали эту информацию по нескольким шкалам, содержание которых позволяет оценить существенные направления его развития. В итоге определились следующие оценочные шкалы:

- 1) А – Особенности самостоятельной игры;
- 2) В – Особенности совместной игры;
- 3) С – Коммуникация;
- 4) D – Эмоциональные проявления;
- 5) E – Проявление аффективных проблем в поведении ребенка;
- 6) F – Особенности моторики;
- 7) G – Особенности речи.

Каждая шкала диагностики представлена критериями, значимыми для оценки развития ребенка и для определения выраженности аутистического расстройства в Таблице 7.

Таблица 7 – Шкалы и критерии диагностической карты

Шкала	Критерий
А – Особенности самостоятельной игры	<p>А-1. Проявление интереса к игрушкам</p> <p>А-2. Действия ребенка во время самостоятельной игры</p> <p>А-3. Инициатива ребенка в игре в период наблюдения: привлечение родителей или специалиста к своей игре</p> <p>А-4. Выбор игры ребенком (игра, которой ребенок был дольше всего занят в период наблюдения)</p>
В – Особенности совместной игры	<p>В-1. Способность включиться в Игру 2 – совместную игру, основанную на эмоциональном заражении</p> <p>В-2. Способность включиться в Игру 3 – совместную сюжетную игру</p> <p>В-3. Содержание совместной игры</p> <p>В-4. Стереотипность игры</p> <p>В-5. Развернутость, последовательность и связность сюжета</p> <p>В-6. Детальность, подробность сюжетной игры</p>

Шкала	Критерий
	В-7. Возможность принятия на себя роли; проигрывание определенной роли с помощью игрушечного персонажа В-8. «Игра с приключением»: проигрывание неожиданных, опасных или проблемных ситуаций В-9. Есть ли «игра понарошку» В-10. Использование предметов-заместителей
С – Коммуникация	С-1. Зрительный контакт С-2. Тактильный контакт С-3. Реакция на обращенную речь С-4. Реакция на эмоционально-смысловой комментарий С-5. Произвольное и непроизвольное подражание С-6. Реакция ребенка на действия взрослого в игре С-7. Выполнение просьбы, инструкции С-8. Самостоятельное обращение с просьбой С-9. Проявления инициативы ребенка в совместной игре/ контакте
D – Эмоциональные проявления ребенка	D-1. Способность к эмоциональному заражению D-2. Способность адекватно реагировать на эмоции другого человека в игре D-3. Проявление собственных эмоций
E – Проявление аффективных проблем	E-1. Проявление тревожности, пугливости, страхов в игре E-2. Проявления самоагрессии E-3. Проявления агрессии, провокационного поведения
F – Особенности моторики	F. Особенности спонтанной моторики ребенка
G – Особенности речи	G-1. Характеристика лексико-грамматической стороны речи G-2. Особенности произносительной стороны речи G-3. Возможность ответа на вопрос

Данные, соответствующие шкалам «Коммуникация» и «Эмоциональные проявления», собираются во время игрового занятия, отражая возможности ребенка общаться со взрослым, «заражаться» его эмоциями, сопереживать, подражать, проявлять собственные эмоции и т. п. Такая информация крайне значима при диагностике ребенка с аутизмом, так как позволяют оценить именно

те его проявления и возможности, которые исследуются при постановке диагноза «расстройство аутистического спектра» в соответствии с современными медицинскими классификаторами (МКБ-11, 2022; DSM-5, 2013).

Проявления аффективных проблем, таких, как страхи, агрессия или самоагрессия, и степень их выраженности очень существенны для оценки эмоционального состояния ребенка и выбора адекватных форм коррекционной работы. Оценка особенностей моторики и речи детей с аутизмом дает значимую информацию, позволяющую подтвердить или поставить под сомнение наличие аутистического расстройства и, частично, определить уровень когнитивных возможностей ребенка. Важно, что предлагаемая процедура диагностики позволяет выполнить такую оценку, не требуя произвольного сосредоточения ребенка и выполнения инструкций взрослого, что крайне сложно дошкольнику с аутизмом и в силу коммуникативных проблем, и в силу трудностей организации произвольного внимания и поведения.

Однако задачи нашего исследования не ограничивались созданием диагностики, способной оценить значимые направления развития ребенка с РАС. Основной нашей целью была разработка и апробация такой диагностики, результаты которой можно соотнести с определенными характерными вариантами аутистического развития. В этом случае мы получаем целостную характеристику ребенка, важную для комплексной оценки его возможностей и перспектив и для формирования коррекционной программы. Поэтому основным ориентиром системы оценки результатов диагностики была выбрана психологическая классификация детского аутизма, разработанная О.С. Никольской [85, 92]. Данная классификация знакома многим специалистам, работающим с детьми с аутизмом, однако достоверный метод определения варианта (группы) детского аутизма по классификации О.С. Никольской до сих пор не был разработан. (Обоснования выбора данной классификации и концепции об уровнях аффективной регуляции в качестве основ разработанной диагностики содержатся в следующем разделе.)

При определении диагностических критериев использовался метод экспертных оценок. Для каждого из критериев оценки были описаны четыре варианта проявления – четыре поведенческих паттерна, характерных для четырех разных групп детского аутизма по классификации О.С. Никольской. Кроме того, в оценку каждого критерия был включен и пятый поведенческий паттерн, присущий ребенку с типичным развитием.

В описании и корректировке точности формулировок поведенческих паттернов, характерных для четырех вариантов аутистического расстройства, принимали участие специалисты-эксперты, не менее 15 лет использующие в своей практике классификацию О.С. Никольской. Каждая формулировка, соответствующая определенному критерию, прошла многократную экспертную оценку на этапе создания диагностической карты. Далее многие формулировки уточнялись в процессе апробации диагностики.

Поскольку диагностика рассчитана на дошкольников, важным при ее разработке представлялось учитывать деление на младший, средний и старший дошкольный возраст, каждый из которых имеет свои особенности, в том числе существенные отличия в детской игре.

В выбранных нами критериях такое различие присутствовало внутри шкалы «В – Особенности совместной игры». Это касается критериев В-3 – В-8, где рассматривается содержание совместной игры, ее стереотипность, детальность и подробность, развернутость, последовательность и связность сюжета, возможность принятия на себя роли. Конечно, у ребенка младшего или среднего дошкольного возраста присутствует сюжетная игра, но по своему содержанию она значительно проще, может быть не всегда последовательной, менее подробной и детальной, чем у ребенка старшего дошкольного возраста.

Поэтому изначально внутри шкалы «В – Особенности совместной игры» мы сделали критерии более дробными и разделили их по возрастам – от 2,5 до 5 лет и от 5 до 7 лет. Однако по результатам первых 20 обследований детей с аутизмом младшего, среднего и старшего дошкольного возраста при подсчете баллов выяснилось, что разница крайне незначительна и никоим образом не влияет на

результаты диагностики и определение варианта аутистического развития у ребенка с РАС. Поэтому мы пренебрегли возрастным делением внутри дошкольного возраста и решили не использовать его в разрабатываемой диагностике.

Критерии других шкал диагностической карты также применимы как для младшего, так и для среднего и старшего дошкольного возраста. Образец шкал диагностической карты приведен на Рисунке 1.

Рисунок 1 – Образец шкал в диагностической карте

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАРТА	
<i>А. ОСОБЕННОСТИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ИГРЫ (п. 7.1.)</i>	
Критерий	Балл
А-1. Проявление интереса к игрушкам	
Проявляет интерес к игрушкам, внимательно рассматривает их, радуется знакомым персонажам. Использует игрушки в соответствии с их функциональным смыслом самостоятельно или с разрешения взрослого	4
Проявляет интерес к игрушкам, но смотрит на них издалека, близко не подходит, держится за маму. При побуждении мамы может брать некоторые игрушки, разглядывать или использовать в соответствии с их функциональным смыслом	3
Интересуется некоторыми игрушками, кратковременно использует их в соответствии с функциональным смыслом: кормит куклу, строит железную дорогу и т.п. При этом может подолгу фиксироваться на стереотипной игре с сенсорными свойствами игрушек и неигровых предметов: пересыпать конструктор, катать машину и смотреть, как крутятся колеса и т.п.	2
Проявляет интерес только к сенсорным свойствам игрушек и неигровым предметам: трясет, подбрасывает, выстраивает ряды, носит в руках карандаши, крутит колеса и т.п.	1
Не проявляет интереса к игрушкам или проявляет кратковременный интерес (несколько секунд) к их сенсорным свойствам: может схватить (облизать, понюхать) и затем бросить, перемещаясь к другим предметам	0
А-2. Действия ребенка во время самостоятельной игры	

Для оценки каждого критерия в карте представлено 5 вариантов ответа – описание пяти поведенческих паттернов. Каждому паттерну соответствует определенная оценка в баллах; наименьший балл (или 0 баллов) приписывается паттерну поведения, характерному для ребенка с наиболее тяжелым вариантом

детского аутизма, наибольший балл – паттерну поведения, характерному для ребенка с типичным развитием. Проводя процедуру оценивания, исследователь выбирает по каждому критерию один из пяти паттернов, в наибольшей степени соответствующий поведению ребенка во время диагностики. Баллы суммируются по каждой шкале и по каждому направлению диагностики.

После заполнения и обработки диагностического протокола исследователь получает данные о разных направлениях развития ребенка с РАС в количественном выражении и, кроме того, протокол предусматривает возможность графического выражения результата – построение индивидуального профиля в виде ряда диаграмм (подробнее о заполнении протокола диагностики – см. в разделе 2.3.3.). Затем исследователь соотносит результаты с определенным вариантом аутистического развития в соответствии с разработанным нами алгоритмом.

Далее мы остановимся подробнее на теоретических основаниях диагностики вариантов аутизма и описании материалов, процедуры и алгоритма оценки результатов диагностики психоэмоционального развития дошкольников с РАС.

2.2. Определение варианта аутистического развития в процессе диагностики дошкольника с аутизмом: теоретическое обоснование

Гипотеза настоящего исследования состоит в том, что комплексная всесторонняя психологическая диагностика психического развития ребенка с РАС возможна при оценке его основных направлений и соотнесении результатов с характерными для аутизма вариантами искажения. Такие варианты могут быть заданы психологической классификацией аутистического расстройства, основанной на значимых характеристиках психической деятельности и поведения детей.

Существуют различные психологические классификации детей с аутизмом. Наиболее распространено деление на «высокофункциональный» и «низкофункциональный» аутизм, в зависимости от степени сформированности

основных навыков, определяющих «уровень функционирования» ребенка или взрослого. Специальным международным стандартом такой оценки детей и взрослых с ограниченными возможностями здоровья является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [74]. В 2014 г. группой зарубежных экспертов были разработаны несколько версий базовых наборов МКФ при РАС, которые включали в себя 111 категорий МКФ из всех составляющих классификации [133, с. 53]. Базовый набор МКФ используется как основа и система кодирования, которая дает возможность специалистам разных дисциплин унифицировать форму описания изменений в функционировании ребенка: первичная междисциплинарная оценка, планирование направлений коррекционной работы с ребенком и его семьей, оценка эффективности выполненных мероприятий. Однако и оценка актуальных возможностей ребенка, и оценка произошедших изменений, и планируемые в итоге коррекционные мероприятия имеют отношение только к сфере функциональных навыков.

Известный исследователь аутизма L. Wing вместе с коллегой J. Gould в своей классификации выделили три группы детей с аутизмом.

1. Отстраненная группа не иницирует и не реагирует на социальное взаимодействие. У детей этой группы наблюдаются погружение в себя и безразличие к сверстникам и окружающим.

2. Пассивная группа не иницирует социальное взаимодействие, но реагирует на него. Дети этой группы откликаются на коммуникацию, если она инициирована со стороны, но сами не проявляют попыток установить контакт.

3. Активная, но странная группа активно иницирует контакты, но делает это странным образом, как бы не подразумевая взаимность. Дети этой группы предпринимают попытки установить контакт с окружающими, но делают это странным, шаблонным способом. При этом они либо вовсе не обращают внимания на реакцию людей, либо уделяют недостаточно внимания [147, 169, 172].

Позднее к ним добавилась четвертая группа (Wing L., 1996).

4. Формальная, неестественная группа инициирует и поддерживает контакт, но он часто носит формальный и негибкий характер. У детей этой группы неестественная, высокопарная и формальная манера взаимодействия как с членами семьи и друзьями, так и с незнакомыми людьми.

Данная классификация, очевидно, основана на описании особенностей коммуникативной сферы детей, но не затрагивает другие значимые характеристики их поведения и психической деятельности.

Существуют и другие классификации детского аутизма, авторами которых являются врачи – детские психиатры, психологи, педагоги. В их числе классификация К. Feather (2016), который определяет две группы аутистических расстройств в соответствии с уровнем функционирования детей («высокофункциональный» и «низкофункциональный» аутизм); классификация К. Delacato (1974) выделяющий группы детей с аутизмом в зависимости от их сенсорной чувствительности; классификация О.Б. Богдашиной (1999), также основанная на особенностях сенсорной сферы детей с аутизмом; классификация В.М. Башиной (1980), опирающаяся на клинические представления об этиологии и патогенезе разных вариантов аутизма; классификация Н.Я. Семаго и М.М. Семаго (2021), основанная на значимых дифференциально-диагностических критериях [10, 113].

В итоге для создания диагностики психоэмоционального развития детей с РАС мы взяли за основу классификацию детского аутизма О.С. Никольской – как наиболее теоретически проработанную и практически проверенную. Кроме того, важным основанием диагностики является ее теория уровневого строения аффективной сферы [83].

2.2.1. Психологическая классификация детского аутизма О.С. Никольской

Психологическая классификация детского аутизма была разработана О.С. Никольской в ходе многолетней практики коррекционно-развивающих занятий с дошкольниками с РАС. Выделенные варианты (группы) детского

аутизма являются комплексной характеристикой, объединяющей в себе оценку возможностей ребенка с аутизмом в решении задач адаптации к окружающему миру и людям, а также в саморегуляции [84, 85].

Имеющаяся классификация содержит феноменологические описания вариантов детского аутизма [85]. В нашей стране она используется многими специалистами, работающими с детьми с аутизмом, в качестве диагностического ориентира, однако специальная методика, позволяющая достоверно определить группу (вариант) аутистического расстройства, до настоящего времени не была разработана.

Приведем описание четырех вариантов детского аутизма, характерных для дошкольного возраста (Никольская О.С.) [5, 82, 85, 91, 92].

1-я группа детского аутизма характеризуется *отрешенностью* от внешней среды и представляет собой случаи самой тяжелой дезадаптации.

Актуальная адаптационная задача ребенка с данным вариантом аутизма – самосохранение, о чем свидетельствует его поведение, направленное на поддержание состояния покоя и комфорта. Степень значимости этой задачи крайне высока – жестко фиксируется дистанция, устраняющая возможность соприкосновения с миром, что лишает ребенка возможности развивать отношения с окружением.

Основные виды стереотипной активности ребенка – «полевое поведение», что выражается в бесцельном перемещении в пространстве, во время которого внимание ребенка лишь мимолетно может привлечь какой-то предмет. Такой ребенок любит карабкаться, лазать, кружиться, прыгать вниз с высоты, либо подолгу пассивно созерцать движение каких-либо объектов вблизи или за окном: мелькание света, движение машин и т. п.

Особенности аффективной сферы – отсутствие активного ответа на происходящее, ускользание от неприятных воздействий среды, в результате чего не развиваются избирательные и целенаправленные отношения с окружающими. У такого ребенка отсутствует чувство опасности, снижена реакция на боль, голод, холод, нет избирательности в отношениях с людьми, он не различает своих

и чужих, не проявляет привязанности к близким людям, легко может уйти с незнакомым человеком. Не «заражается» эмоциональным состоянием близкого человека, не сочувствует, не различает эмоции окружающих людей, не проявляет адекватно собственные эмоции, на лице часто застывшая улыбка.

Особенности коммуникации – не реагирует на обращенную речь, чаще самостоятельно удовлетворяет свои потребности, при невозможности – молча ведет взрослого к нужному объекту, подталкивает его руку в направлении этого объекта. Ребенок этой группы не выполняет инструкции и просьбы, создается впечатление, что он «не видит и не слышит»; нет произвольного подражания, иногда возможно непроизвольное подражание действиям, мимике, жесту, речевым реакциям других людей в аффективно насыщенной игровой ситуации. Социальные правила в своем поведении не учитывает.

Особенности когнитивной деятельности – ребенок с РАС, относящийся к этой группе, мутичен; он может демонстрировать хорошее различение формы, цвета, величины предметов только в рамках собственной стереотипной активности. Такой ребенок ловок, прекрасно ориентируется в пространстве и имеет хорошую зрительную память.

Для детей 2-й группы детского аутизма характерно **отвержение** внешней среды, так как они воспринимают попытки изменить что-либо в окружающем как витальную угрозу. Тем не менее дети этой группы выстраивают гораздо более активные отношения с окружением, что выражается в проявлениях дискомфорта и ожесточенном сопротивлении нарушению постоянства среды.

Основная адаптивная задача этого уровня – опредмечивание индивидуальных потребностей и фиксация оптимальных условий их реализации. Решая эту насущную проблему, ребенок с аутизмом, крайне невыносимый в контактах со средой, формирует преимущественно отрицательную избирательность и сосредоточивается на защите своего выбора, то есть не на развитии, а на сохранении освоенного порядка.

Основные виды стереотипной активности ребенка – моторные стереотипии (прыжки на прямых ногах, раскачивание сидя или стоя, монотонный

бег по кругу или по прямой, потряхивание кистями рук и пр.), повторение одних и тех же действий (открывание – закрывание дверей, включение – выключение света, листание страниц книги, выстраивание предметов в ряды, раскручивание и созерцание вращения предметов и т. п.), навязчивое повторение одних и тех же звуков, слов, фраз.

Особенности аффективной сферы проявляются в жесткой избирательности в еде, одежде, в требовании неизменности окружающей обстановки, режима, маршрута прогулки. Ребенок пуглив, у него легко возникает дискомфорт от громких звуков, ярких зрительных раздражителей, резких движений. Присутствует обостренная тактильная чувствительность, непереносимость прикосновений и объятий других людей, брезгливость. В моменты дискомфорта у ребенка этой группы возможна аутоагрессия либо импульсивные проявления агрессии по отношению к близкому взрослому. Ребенок симбиотически привязан к матери (либо к другому близкому взрослому), требует постоянного ее присутствия; разлука с ней, даже кратковременная, может привести к психосоматическим заболеваниям. Он не обращает внимания на эмоции окружающих, за исключением ярких эмоциональных проявлений, которые могут его пугать и вызывать дискомфорт. При этом адекватно проявлять собственные эмоции ребенок также неспособен, на его лице чаще всего выражение страдания, дискомфорта.

Коммуникативные особенности. Ребенок реагирует на обращение близких людей в привычных бытовых ситуациях, но не всегда с первого раза; на обращение чужих людей чаще всего не реагирует. В новой незнакомой обстановке может не отреагировать и на обращение близкого. В речи использует глаголы в инфинитиве («пить!», «гулять!»), речевые шаблоны, цитаты только в ограниченном числе привычных житейских ситуаций. Проявления инициативы такого ребенка возможны в процессе коррекционных занятий; он ограниченно понимает социальные правила, но чаще всего, не следует им.

Особенности когнитивной деятельности. Ребенок демонстрирует хорошую механическую, зрительную и слуховую память, проявляет интерес к буквам

и цифрам, но только в рамках собственной стереотипной активности. Легко может дифференцировать предметы по форме, цвету, величине. Ребенок не использует личные местоимения, в речи присутствуют эхолалии, слова-команды, шаблоны, иногда цитаты из книг или мультфильмов, которыми он обозначает свои желания.

Ребенок 3-й группы детского аутизма имеет несколько лучшие адаптационные возможности и пытается вступить в еще более сложные и активные отношения со средой. Уровень выносливости детей третьей группы создает предпосылки для организации целенаправленного поведения, что уменьшает их зависимость от сохранения постоянства.

Они могут сосредоточиться на препятствии как на задаче и выстроить программу ее разрешения, но в ее реализации испытывают огромные трудности, поскольку не способны гибко реагировать на меняющиеся обстоятельства. В связи с этим формы их поведения могут быть сложно, детально разработаны, но, по сути, представлены стереотипными блоками, жестко связанные с конкретными ситуациями. Ребенок проявляет стереотипный интерес к ситуациям, предметам, обладающим неприятными, социально неодобряемыми или пугающими признаками (жуки, пауки, динозавры, опасные болезни, пожары и пр.), с энтузиазмом рассуждает о них.

Особенности аффективной сферы таких детей можно увидеть в избирательности в еде и одежде; в то же время путешествия, посещение новых мест, смена маршрута прогулки доставляют им удовольствие. Такой ребенок пуглив, имеет стереотипные страхи, основанные на сверхчувствительности. Вне рассуждений о темах собственного стереотипного интереса не интересуется эмоциями окружающими, не сочувствует несмотря на то, что привязан к близким людям. Избирателен в контактах, заинтересован в яркой эмоциональной реакции взрослого во время собственных рассуждений на темы, связанные с опасными, неприятными впечатлениями. Может нарушать дистанцию в контакте; легко возбуждается, при пресыщении может возникать физическая и вербальная агрессия. В состоянии аффективного возбуждения может быть крайне

неосторожным, убежать далеко от мамы, травмироваться из-за собственной неловкости.

В коммуникации ребенок 3-й группы реагирует на обращение близкого человека как в привычных, так и в других ситуациях (не всегда с первого раза). На обращение чужого человека ребенок реагирует только тогда, когда вопрос касается его стереотипных интересов. Сам ребенок может обращаться с вопросами к близким людям в различных бытовых ситуациях и по темам своих стереотипных пристрастий. Выполняет инструкции и просьбы взрослого «по настроению»; понимает многие социальные правила, но не всегда следует им.

Когнитивное развитие. Речевое и интеллектуальное развитие значительно превосходит возможности детей выше описанных вариантов аутизма. Речь такого ребенка достаточно развернута; ее характерная особенность – монологичность, ребенок не вступает в диалог на темы, не имеющие отношения к его стереотипным пристрастиям. Он хорошо справляется с заданиями по классификации, хотя не всегда может назвать обобщающий признак; легко дифференцирует предметы по форме, цвету, величине. При этом характерны трудности при построении обобщения, генерализации навыка, его перенесении из одной ситуации в другую. Характерна также крайняя конкретность, буквальность, жесткая связанность высказываний ребенка с конкретными ситуациями его личного опыта.

Аутизм детей 4-й группы выступает в форме сензитивности и тормозимости, истощения и перевозбуждения в эмоциональном общении, трудности взаимной координации внимания, произвольной организации и диалога во взаимодействии. Дети этой группы выглядят вялыми и заторможенными, при вовлечении в контакт – крайне незрелыми.

Адаптационной задачей детей 4-й группы является задача установления эмоционального контакта, его развития и использования для совместного освоения все более сложных отношений с окружающим миром. Контакты ребенка со средой уже строятся с помощью эмоциональных правил – ритуалов контакта

с миром, усвоенных в готовом виде от близких людей и применяемых в неизменной форме.

У детей 4-й группы также есть стереотипные пристрастия к одним и тем же мультфильмам, игрушкам, книжкам, проигрыванию одного и того же сюжета. Возможны стереотипные действия (щелкает выключателем, хлопает дверью), но взрослому легко можно отвлечь ребенка от этих занятий. В ситуации эмоционального напряжения возможны моторные стереотипии: потряхивания руками, навязчивые гримасы, прыжки.

Особенности аффективной сферы проявляются в требовании неизменности окружающей обстановки, режима дня, маршрута прогулки, постоянстве еды, одежды. Однако близкий взрослый может уговорить ребенка попробовать что-то новое. В неструктурированной ситуации ребенок теряется, становится неуправляемым, может демонстрировать эпизоды полевого поведения, имеющего характер импульсивности, что в норме свойственно детям раннего возраста. Ребенок 4-й группы осторожен, пуглив, робок, его страхи связаны со сверхчувствительностью.

Крайне значимо, что ребенок 4-й группы избирателен в контактах, привязан к близким людям, к матери, возможно «аффективное заражение» ее состоянием. Сопереживание, проявление сочувствия возможно только по отношению к близким людям, а эмоции других людей ребенок не различает и не ориентируется на них; его собственные эмоциональные проявления не всегда адекватны ситуации.

Коммуникация. Дети 4-й группы проявляют некоторую способность к инициации эмоционального контакта, но быстро истощаются и перевозбуждаются, что заставляет их ограничивать взаимодействие и мешает развитию эмоциональных отношений с близкими. Такие дети постоянно стремятся получить одобрение близкого взрослого, нуждаются в его успокоении, эмоциональной поддержке. Характер обращений, вопросов при этом – стереотипный. На обращение чужого человека реагируют только тогда, когда контакт опосредуется мамой или другим близким человеком.

Особенности когнитивной деятельности. Дети 4-й группы более доступны в обследовании, но легко истощаются и проявляют медлительность, неровность в интеллектуальной деятельности. Характерна задержка становления речи, ее нечеткость, неартикулированность, бедность активного словарного запаса, аграмматичность фраз. Такие дети достаточно успешны в невербальных заданиях, с легкостью дифференцируют предметы по форме, цвету, величине, хорошо справляются с заданиями по классификации, хотя обобщающий признак могут назвать не всегда. Часто испытывают страх негативной оценки, стремятся ответить правильно («угадать» правильный ответ). Дети этой группы в большинстве случаев не могут планировать свои действия, они целиком замкнуты в конкретной сиюминутной ситуации; эта способность может быть сформирована у них лишь с развитием устойчивой ориентации на другого человека [83].

По мысли О.С. Никольской, представленные группы детского аутизма позволяют увидеть не только разную тяжесть дезадаптации детей с РАС, но и ступени затрудненного, ограниченного, но все же продвижения в организации взаимодействия со средой. От первой к четвертой группе формируются модели дефицитарных, но все более активных и сложных форм адаптивного поведения.

Многие специалисты указывают на недостаточность классификации О.С. Никольской, в частности на то, что приведенные описания не исчерпывают все варианты аутистического расстройства. Это действительно так.

Нам представляется, что описанные О.С. Никольской группы – это варианты психологической акцентуации внутри аутистического спектра; это ярко выраженные «заостренные» типажи, каждому из которых свойственно особое сочетание характеристик когнитивного, аффективного и коммуникативного развития.

На самом деле представления о вариантах аутистического развития по О.С. Никольской не могут и не должны ограничиваться имеющимися феноменологическими описаниями. Автор классификации подчеркивает, что наиболее важным в понимании и определении вариантов детского аутизма

является определенное, характерное для каждой выделенной группы сочетание возможностей адаптации и саморегуляции. Специфика адаптивной задачи, на которой патологически сосредоточен ребенок с РАС определяет целостность характеристик поведения и особенностей психического развития в каждой группе, а также позволяет разглядеть, хотя и в искаженном виде, разные уровни организации адаптации и саморегуляции.

Важно также и то, что после описания классификации детского аутизма и на ее основе О.С. Никольская разработала концепцию об уровне строения базальной аффективной сферы. С точки зрения данной концепции, **формирование каждой группы детского аутизма определяется патологическим доминированием одного из уровней базальной аффективной регуляции.** Характерно, что и сам доминирующий уровень, и другие уровни системы аффективной организации при аутизме являются дефицитарными, работая лишь на саморегуляцию, но не решая реальные адаптивные задачи. Такое понимание позволяет существенно уточнить и прояснить основания описанной О.С. Никольской классификации детского аутизма.

2.2.2. Концепция об уровне строения системы аффективной организации сознания и поведения. Патологическое доминирование одного из уровней аффективной организации как причина и основной маркер определенного варианта аутистического развития

О.С. Никольская рассматривает базальную аффективную сферу как многоуровневую систему, способную одновременно разрешать несколько разнородных и даже разнонаправленных адаптационных задач, трансформирующихся в переживания, которые организуют наше поведение и сознание.

Всего выделяются четыре уровня базальной аффективной организации сознания и поведения, выстроенных в иерархической последовательности (Никольская О.С.) [92]. Каждый уровень вносит вклад в решение задач адаптации ребенка к внешнему миру (в том числе социальной адаптации), а также в решение

задач саморегуляции. Вклад каждого уровня в процесс эмоциональной организации поведения уникален, полноценное развитие обеспечивается реципрокной работой всех уровней.

Формируясь в раннем онтогенезе, система аффективной регуляции обеспечивает решение важнейших адаптационных задач и создает базовые условия для социализации и личностного развития.

Рассмотрим последовательно функции всех уровней аффективной сферы и их влияние на становление аффективной системы организации сознания и поведения ребенка.

1. Первый уровень – *«уровень пластичности»*

Основной адаптивной задачей данного уровня является преднастройка к активному контакту с меняющимся миром. Аффективное переживание, организующее преднастройку к контакту с миром, субъективно еще не имеет яркой положительной или отрицательной окраски и проявляется в общем ощущением комфорта, покоя или дискомфорта и смутной тревоги. В преднастройке к контакту с физической средой особенно значимыми являются зрительные, кинестетические и вестибулярные ощущения, несущие информацию о положении и перемещении субъекта среди других движущихся тел.

Важнейшим свойством ориентировки этого уровня является отсутствие в ней избирательности.

Адаптивное поведение – уподобление меняющейся среде: положительное – пластичное принятие ее формы и отрицательное – зеркальное отражение и ускользание.

Вклад в саморегуляцию. Первый уровень системы эмоциональной организации отвечает за общую неизбирательную гармонизацию психического тонуса. Поддерживание эмоциональных процессов в режиме комфорта осуществляется за счет поиска впечатлений, несущих переживание покоя, гармонии, равновесия в окружающем мире: гармоничных пространственных пропорций, впечатлений от равномерного движения, перемещения в пространстве и т. п.

Этот уровень играет значительную роль в организации поведения ребенка в период его внутриутробной жизни и в период новорожденности. Важнейшей особенностью переживаний этого уровня является их неструктурированность. Безусловен вклад первого уровня в организацию процессов общения, где он, определяя допустимую дистанцию и полноту контакта, обеспечивает индивиду безопасность и эмоциональный комфорт.

2. Второй уровень – «*уровень аффективных стереотипов*»

Основная адаптивная задача этого уровня – обеспечение процесса удовлетворения потребностей, прежде всего, соматических нужд. Эта задача решается путем аффективной оценки качества воздействий среды – их соответствия или несоответствия витальным нуждам субъекта. Наиболее значимыми становятся телесные ощущения разных модальностей; при этом психосоматические ощущения дифференцируются как сигналы различных потребностей. Происходит фиксация результативных стереотипов контакта с окружающим, ведущих к удовлетворению потребностей. Кроме того, второй уровень обеспечивает выделение и фиксацию признаков витальной опасности, закрепляя успешные формы оборонительного поведения и определяя четкие границы безопасного жизненного пространства.

Аффективная ориентировка второго уровня представляет собой процесс активной разработки, дифференциации индивидуального жизненного пространства и определения границ его безопасности, то есть идет активное и четкое разведение благоприятных и неблагоприятных условий, определение их устойчивых ритмов, позволяющее субъекту не только уцелеть, но и обеспечить свое благополучие.

Тип адаптивного поведения – активное осуществление, проецирование вовне собственных жизненных ритмов и установление их прочной избирательной связи с ритмами окружающего.

Вклад в саморегуляцию. Данный уровень эмоциональной регуляции дает возможность активного подъема жизненного тонуса за счет переживания удовольствия, которое связано с благоприятным протеканием внутренних

соматических процессов и с хорошим качеством сенсорного контакта с окружающим. Второй уровень дает радость от ощущения своего здоровья, правильных ритмов тела, восприятия чувственной фактуры предметов и явлений и регулярности, предсказуемости ритмов мира, от его вкуса, запаха, цвета. Неудовольствие и отвращение на этом уровне связаны с помехами в удовлетворении желания и разрушением сложившихся привычных форм отношений с миром. Препятствия или даже просто задержка в удовлетворении переживаются как фрустрация и могут вызывать гнев и ярость. Отмена уже «заявленного» приятного впечатления здесь плохо переносится, этот уровень «не любит», «не может» ждать. Нетерпимость к изменениям режима характерна для ребенка раннего возраста. В тяжелых случаях нарушения аффективного развития второй уровень надолго остается ведущим в приспособлении к миру, и дети старшего возраста с трудом воспринимают новшества в окружающем и оценивают задержку в исполнении желания или замену привычного способа действия как катастрофу.

Таким образом, со вторым уровнем аффективной организации поведения и сознания связан огромный слой жизни, который придает страстность, напряженность нашим отношениям с миром – радость, наслаждение, страх, гнев, нетерпение. Он дает форму нашей индивидуальности и прочно связывает ее с реальным, конкретным чувственным миром. Именно на этом уровне возникает стойкая аффективная память, и это дает возможность субъекту ощутить устойчивость, длительность и реальность своего существования.

3. Третий уровень – *«уровень экспансии»*

Основной адаптивной задачей является организация процесса выбора и достижения витально значимых целей в условиях недостаточной информации и непредсказуемого развития ситуации. Приспособительным смыслом работы этого уровня является экспансия – активное овладение ситуацией, выбор цели, обследование и преодоление препятствий. Внешняя среда в данном случае воспринимается уже не с точки зрения сенсорного качества, а как поле новой информации, перспектива решения новых задач, преодоления возможных

препятствий. К аффективной оценке интенсивности воздействий среды (первый уровень), их качества (второй уровень) на третьем уровне присоединяется эмоциональная оценка собственной возможности активно влиять на обстоятельства. Переживание себя как активного динамического центра ситуации, возможной причины ее преобразования является основным психическим новообразованием этого уровня. Помеха, барьер на пути реализации потребности на данном уровне воспринимается как требующая решения задача, а новизна может рассматриваться как источник новых возможностей реализации потребностей.

Ориентировка третьего уровня – это диалог с обстоятельствами, непрерывное взаимодействие с ними, что формирует представления о себе как субъекте действия и определяет границы собственных возможностей.

Адаптивное поведение заключается в организации активного диалога субъекта с миром, добывании необходимой информации, испытании себя в поиске новых возможностей («могу», «справлюсь», «попробую»), а также в защите уже сложившегося уровня притязаний.

Вклад в саморегуляцию. Вкладом этого уровня в регуляцию аффективного тонуса является уже не его генерализованный подъем, а направленная концентрация сил на решение возникающих задач, преодоление барьеров. На третьем уровне эмоциональной регуляции субъект стимулирует себя переживанием «приключения»: исходного риска, опасности и ее преодоления; переживанием успеха в совладании со страшной и/или трудной ситуацией. Основным регулятором поведения в этом случае является положительное подкрепление стенического переживания «расширения границ», побуждающее к исследованию, экспериментам, освоению нового.

Третий уровень активно выступает как смыслообразующий в организации поведения. Как известно, экспансия характерна для ребенка уже в раннем возрасте. К концу первого года жизни он перестает удовлетворяться циркулярными формами поведения, приносящими стабильный сенсорный эффект, и начинает активно стремиться к действительно новым впечатлениям,

осваивать среду и выявлять свои возможности в ней. Пиком проявления стремления к экспансии в детском возрасте, как известно, становится кризис трех лет. Наиболее явно его смыслообразующая функция проявляется в организации исследовательского поведения, переживание позволяет увидеть в новизне не причину нарушения стабильности жизни, а интересное явление, то есть оно открывает путь к активному освоению новой информации.

4. Четвертый уровень – *«уровень эмоционального контроля»*

Основной адаптационной задачей этого уровня является непосредственная координация взаимодействия людей; он содействует организации жизни индивида в сообществе, в его сложной социальной структуре. Для этого уровня характерна сосредоточенность на эмоциональных реакциях других людей. Эмоциональная ориентировка, дифференциация эмоций другого человека необходима для развития ребенка; она нужна и взрослому для полноценной организации неформального общения, формирования личных привязанностей. Из непосредственного заражения, слияния с состоянием другого человека на этом уровне вырастает эмпатия – сопереживание чувствам, часто не совпадающим, даже конкурирующим с собственными.

На данном уровне *ведущим параметром переживания* становится ориентация на социальную, эмоциональную оценку других людей: положительно переживается одобрение, отрицательно – негативные реакции людей, в результате чего создается аффективная основа для развития устойчивой самооценки, которая, формируясь как личностное образование, становится механизмом нашего внутреннего эмоционального контроля.

Формы адаптивного поведения этого уровня являются произвольными. Это доминирующий тип правильного, общественно признанного поведения, социальная поверхность нашей психической жизни, характеризующийся сознательным подражанием, следованием правилу и общим образцам поведения. Это планирование, самоограничение и самоконтроль.

Вклад в саморегуляцию. Сопереживание, поддержка, понимание других, причастность к общим ценностям дают ощущение надежности, предсказуемости

мира, защищенности, возможности предотвратить опасность, укрепляют уверенность человека в собственных силах, помогают пережить горе. Депривация личных контактов, недостаточное вхождение в культуру сообщества нарушают эмоциональную стабильность субъекта. Социальная структурированность жизненного пространства защищает от развития астенических состояний.

Если основной организующей психической функцией в сознании первого уровня является сенсомоторная функция, в сознании второго – память, для третьего это интеллектуальные процессы, обеспечивающие понимание причинно-следственных отношений, то для четвертого – это эмоциональная ориентация на взаимоотношения с другими людьми, создание личностных связей.

Все четыре уровня являются взаимодополняющими. Первый и третий работают на адаптацию к неопределенной среде, второй – на адаптацию к стабильным признакам; первый организует пассивные формы адаптации, второй и третий – активные. Четвертый уровень присутствует при решении любой витально важной задачи, обеспечивая эмоциональную цензуру происходящего.

Согласно концепции О.С. Никольской, при аутистическом развитии нарушения аффективной сферы проявляются:

- в патологическом доминировании одного из уровней системы аффективной регуляции, в то время как остальные остаются недостаточно сформированными и не выполняют свои функции в нужной степени;
- в ее преимущественной фиксации на решении задач психологической защиты и саморегуляции.

Таким образом, каждый вариант детского аутизма по классификации О.С. Никольской формируется в результате патологического доминирования соответствующего уровня аффективной организации. Следовательно, у детей с первым вариантом аутизма предполагается патологическое доминирование первого уровня аффективной регуляции, со вторым вариантом – второго уровня и т. д.

Понятно, что это доминирование может быть выражено в разной степени у детей с одним и тем же вариантом аутизма, поэтому, например, далеко не все

аутичные дети с первой группой аутизма полностью соответствуют феноменологическому описанию О.С. Никольской. Однако патологическое доминирование первого уровня аффективной регуляции должно являться наиболее очевидным доказательством принадлежности ребенка к данному – первому варианту аутизма.

Учитывая вышесказанное, на наш взгляд, было бы вернее говорить не о выявлении группы детского аутизма, а о выявлении патологически доминирующего уровня аффективной регуляции, который задает определенный вариант аутистического развития. В таком случае и диагностика варианта аутистического развития должна опираться на выявление патологически доминирующего уровня аффективной регуляции.

В итоге при разработке диагностики мы рассматривали задачу определения варианта аутистического развития как выявления патологически доминирующего уровня организации сознания и поведения.

Мы полагаем, что доминирование определенного уровня аффективной регуляции у ребенка с РАС может быть выявлено при оценке основных направлений его развития, которые представлены в разработанной нами диагностике семью шкалами. Каждое из этих направлений (шкал) оценивается специалистом с помощью диагностической карты, при этом оценка каждого критерия, каждого поведенческого паттерна дает возможность соотнести его с одним из четырех уровней базальной аффективной регуляции (или с нормой). Соответственно, результаты, полученные по каждой отдельной шкале, также можно соотнести с одним из уровней аффективной организации.

Для того чтобы результаты диагностики могли с определенностью продемонстрировать патологическое доминирование определенного уровня аффективной регуляции, было принято решение о том, что *доминирование считается подтвержденным только в том случае, если оно обнаруживается по четырем и более диагностическим шкалам из имеющихся семи.* В этом случае мы можем считать доминирующим один из уровней

эмоциональной регуляции и выявить соответствующий вариант аутистического развития.

Значимо также, что апробация разработанной нами диагностики даст возможность проверить в ходе эксперимента концепцию о доминировании одного из уровней аффективной регуляции при аутизме.

2.3. Особенности процедуры диагностики психоэмоционального развития дошкольников с РАС. Заполнение и обработка данных диагностического протокола

2.3.1. Материалы и процедура диагностики

Разработанный диагностический комплекс включает в себя:

- диагностическую карту,
- протокол диагностики,
- методическое пособие для специалиста.

Материалы диагностики

Необходимая обстановка в комнате и дополнительные предметы для обследования: диван или стулья для родителей и специалистов, детский столик и два стульчика, горка (или качели), игровой домик, коврик с имитацией города и дорог.

Игрушки, которые потребуются для самостоятельной игры ребенка: игрушечная железная дорога с поездом, самолет, машина, кукла-мальш, несколько кукол – «семья», два набора игрушечных зверей – дикие и домашние, кроватка, игрушечный стол, стульчики, посуда, продукты, набор доктора, кубики (или конструктор «Лего-Дупло» с крупными деталями), мяч.

Предметы для сенсорной игры со специалистом: мыльные пузыри, большой цветной платок или кусок ткани.

Процедура диагностики

При разработке процедуры диагностики психоэмоционального развития ребенка с РАС в первую очередь мы учитывали условия первичного приема: ограниченность во времени, трудность налаживания контакта с ребенком, крайне

малые возможности произвольной организации его внимания и поведения (иногда таких возможностей нет совсем).

Для того чтобы не провоцировать у ребенка с РАС усиления тревоги и других аффективных проблем, мы допускаем присутствие на диагностике родителей. Желательно, чтобы диагностику проводили два специалиста, один из которых наблюдает и оценивает поведение ребенка согласно диагностическим критериям, другой проводит беседу с родителями. Участие двух специалистов одновременно предоставляет возможность коллегиального обсуждения паттернов поведения ребенка, «сложных» мест, и позволяет провести более тщательную и точную их оценку, а при наличии РАС – соотнести результаты с соответствующим вариантом аутистического развития.

Диагностика проходит в игровой форме; длительность всего диагностического приема составляет 45 минут, из них:

- самостоятельная игра ребенка (15 минут);
- совместная игра со взрослым (30 минут).

Сначала ребенок играет самостоятельно, причем исследователь просит родителей не инициировать и не побуждать его к игре. Во время свободной игры ребенка специалист наблюдает за ним и, одновременно, беседует с родителями, уточняя у них данные истории развития и выясняя, каким игрушкам, мультфильмам, книгам ребенок отдает предпочтение⁴. Затем исследователь подключается к игре ребенка, чтобы продолжить диагностику в совместной игре с ним. Желательно не подключать к игре родителей, однако если ребенок настойчиво вовлекает их во взаимодействие, то можно допустить присутствие в игре одного из родителей при условии выполнения им инструкций специалиста.

Далее исследователь заполняет протокол диагностики и строит профиль развития ребенка, где определяется наличие или отсутствие патологически доминирующего уровня аффективной системы, на основании чего специалист формирует дальнейшие рекомендации для психокоррекционной помощи.

⁴ При возможности включения в диагностику двух специалистов эти обязанности распределяются между ними.

2.3.2. Процедура игровой диагностики: использование принципов и приемов эмоционально-смыслового подхода, выбор последовательности игр

Первая часть диагностики – наблюдение за самостоятельной игрой ребенка. Специалист на протяжении 15 минут наблюдает за поведением ребенка в игровой комнате, при этом не побуждая его к игре, но, если ребенок проявляет инициативу, пытаясь вовлечь взрослого в игру, поддерживает ее.

Самостоятельная игра ребенка с аутизмом, скорее всего, будет направлена на поиск определенных впечатлений и ощущений, точнее, на их стереотипное воспроизведение. Новизну такой ребенок не принимает или принимает с большим трудом, поэтому наиболее продуктивным на первом этапе является наблюдение за тем, какие игрушки он выбирает, как организует игру, привлекает ли к игре взрослых, находящихся рядом с ним.

Специалист фиксирует результаты наблюдения в протоколе в шкалах: А (особенности самостоятельной игры), Е (проявления аффективных проблем), F (особенности моторики), G (особенности речи), а затем проводит диагностическое совместное игровое занятие с ребенком, что является второй частью диагностики.

Вторая часть диагностики – совместная игра специалиста с ребенком (или попытка такой игры). Повторно отметим, что присутствие в игре одного из родителей допускается лишь в том случае, когда ребенок сам активно вовлекает его во взаимодействие, и при условии выполнения родителем инструкций специалиста.

Основные принципы совместного диагностического игрового занятия построены на эмоционально-смысловом подходе к коррекционной помощи при аутизме [6, 7, 8, 86, 87].

Основным направлением помощи при аутизме с позиций эмоционально-смыслового подхода является формирование у детей с РАС способности к «совместно-разделенному переживанию» (Баенская Е.Р., 2008), то есть возможности сочувствовать, понимать, различать эмоции других людей,

дифференцированно проявлять собственные эмоции. Поэтому психолого-педагогическая работа в эмоционально-смысловом подходе с дошкольником, имеющим РАС, в первую очередь стимулирует движение ребенка от аутостимуляции к эмоциональному заражению, а затем и к сопереживанию, к дифференцировке собственных эмоций и различению чувств других людей. Все эти важные умения являются основой социального развития, а наиболее адекватной деятельностью для развития этих умений у ребенка в дошкольном возрасте является игра.

В связи с этим «разделенное переживание» – ключевое понятие эмоционально-смыслового подхода – задает общую логику предлагаемой нами игровой диагностики, поэтому на диагностическом игровом занятии, в ситуации взаимодействия с аутичным ребенком специалист всегда стремится к тому, чтобы ребенок получил опыт разделенного переживания.

Перечислим основные принципы и приемы психолого-педагогической работы с дошкольником с РАС в русле эмоционально-смыслового подхода, которые используются на диагностическом игровом занятии специалиста с ребенком.

1. *Присоединение к активности ребенка* предполагает усиление, акцентирование тех впечатлений, которые он предпочитает («тонизирование») в сочетании с комментарием, который придает действиям ребенка игровой смысл («комментирование»). Усиливая ощущения, которые доставляют удовольствие, мы активируем ребенка, повышаем его эмоциональный тонус.

2. *Эмоционально-смысловой комментарий* – важнейший принцип коррекционной работы – проговаривание взрослым того, что делает ребенок, что происходит в данный момент, с акцентированием приятных для него ощущений и впечатлений, внесением в них смысла, по возможности – с игровым обозначением. Комментарий отражает и отношение взрослого к тому, что происходит с ребенком, что он делает и чувствует. Говоря об эмоциональном компоненте комментария, мы прежде всего имеем в виду интонацию, мимику, жесты, то есть невербальный компонент речи, передающий эмоциональное

состояние, эмоционально акцентирующий речь взрослого. Само построение речи, в частности включение междометий, поощрительных, ласковых, ободряющих слов, придает комментарию положительный, активирующий оттенок.

Придание игрового смысла стереотипным действиям ребенка с аутизмом помогает в построении эпизодов совместной игры со взрослым.

3. Выстраивание эмоционально-смысловых связей между фрагментами игры для создания простого сюжета. Если в игре ребенка есть элементы сюжета, специалисту важно проверить, насколько самостоятельная игра ребенка развернута и связна по смыслу и/или возможно ли сделать игру более развернутой и логически связной с помощью взрослого (зона ближайшего развития).

4. Возможность включения в совместную игру «приключения» – важный показатель эмоциональной и социальной зрелости ребенка с точки зрения эмоционально-смыслового подхода. Если в самостоятельной или в совместной игре с ребенком присутствует простой сюжет, специалисту важно понять, как ребенок отнесется к его изменению, допустит ли новые впечатления, которые могут содержать в себе элемент неожиданности, нарушения привычного стереотипа, «приключения».

5. Возможность завершить, логически закончить «игру с приключением» не только отражает эмоциональное благополучие ребенка, но и говорит о том, что он в состоянии справляться в своей жизни с разного рода препятствиями, решать задачи, которые сначала кажутся сложными. В том случае, когда ребенок слишком сильно зафиксирован на проговаривании и/или проигрывании впечатлений, связанных с опасностью, неприятностями, страшными персонажами, специалисту важно проверить, можно ли с помощью взрослого нейтрализовать эти переживания, довести игру до благополучного финала, до «хорошего конца».

Выбор последовательности игр на занятии

Как было сказано выше, в рамках совместного игрового диагностического занятия используется деление на три вида игр (Либлинг М.М., 2017), (см. раздел 2.2.2):

Игра 1 – сенсорные игры,

Игра 2 – игры, основанные на эмоциональном заражении,

Игра 3 – сюжетные игры.

Выбор вида игры на диагностическом занятии зависит от предпочтений ребенка и выбора конкретного вида игры, а также его реакции на эмоционально-смысловой комментарий.

Подробно варианты и последовательность действий специалиста в каждой возможной ситуации совместной игры описаны в методическом пособии. Так, например:

- если в самостоятельной игре ребенка были элементы сюжета (кормил куклу, игрушечных зверей, укладывал их спать, возил на машине и т. п.) взрослый присоединяется к сюжетной игре (Игра 3),

- если в самостоятельной игре ребенка сюжета не было, но он положительно отреагировал на комментарий взрослого, придающий его действиям игровой смысл, взрослый стремится развернуть совместную сюжетную игру (Игра 3),

- если в самостоятельной активности ребенка нет признаков сюжетной игры, если ребенок не реагирует на эмоционально-смысловой комментарий или уходит от взрослого, то специалист переходит к игре, основанной на эмоциональном заражении (Игра 2),

- если изначально специалист выбрал Игру 2, то в дальнейшем он стремится перейти к Игре 3, чтобы проверить возможности ребенка в совместной сюжетной игре,

- если изначально специалист присоединился к сюжетной игре ребенка (Игра 3), то далее он стремится включить в совместную игру элементы игры, основанной на эмоциональном заражении, или завершить диагностическое занятие такой игрой (Игра 2).

Если специалисту не удастся привлечь ребенка к играм, основанным на эмоциональном заражении (Игра 2), то он просит родителей воспроизвести потешковые игры и забавы, которые любит ребенок, или приводит конкретные

примеры потешковой игры («Поехали за орехами», «Глазки спрятались»), «Идет коза рогатая» и т. п.).

По итогам совместного игрового занятия с ребенком специалист также фиксирует результаты наблюдения в протоколе по шкалам В (особенности совместной игры), С (коммуникация), D (эмоциональные проявления).

2.3.3. Протокол диагностики. Подтверждение диагноза «расстройство аутистического спектра» и определение варианта аутистического развития в соответствии с патологически доминирующим уровнем аффективной регуляции

Оценка развития ребенка проводится по каждой шкале диагностической карты и дает представление о возможностях его самостоятельной игры, совместной игры со взрослым, коммуникативных способностях, особенностях эмоциональных проявлений, в том числе об аффективных проблемах. Также диагностика позволяет оценить особенности моторного и речевого развития ребенка.

После проведения диагностического игрового занятия специалист заполняет «Протокол Диагностики», пользуясь «Диагностической картой». Внутри всех диагностических шкал по каждому критерию исследователь выбирает из предложенных в карте вариантов то описание, которое в наибольшей степени соответствует поведению ребенка.

Каждому паттерну поведения, описанному в «Диагностической карте», присвоен определенный балл (от 0 до 4), соответствующий типологическому варианту аутизма по классификации О.С. Никольской или типичному развитию. Во всех случаях «0» баллов соответствует паттернам поведения детей 1-й группы аутизма, а максимальный балл соответствует варианту поведения ребенка с типичным развитием.

Далее специалист производит подсчет суммы баллов по каждой шкале (А, В, С, D, Е, F, G) и *шифрует результаты диагностики, определяя шифр*

в соответствии с доминирующим уровнем аффективной регуляции согласно набранным баллам. Шифрование в баллах приведено в Таблице 8.

Таблица 8 – Шифрование результатов диагностики

Шифр / №	1	2	3	4	5 (нейротипичное развитие)
A	1-3	4-7	8-10	11-14	>14
B	0-7	8-17	18-25	26-33	>33
C	0-8	9-17	18-26	27-35	>35
D	0-2	3-5	6-8	9-10	>10
E	0-1	2-4	5-6	7-9	>9
F	0	1	2	3	4
G	0-2	3-5	6-8	9-11	>11

На основании шифров, присвоенных каждой шкале, выстраивается индивидуальный профиль психоэмоционального развития ребенка в виде столбиковых диаграмм. Таким образом мы получаем графическое отображение соответствия каждого из оцениваемых направлений развития ребенка определенному уровню аффективной организации сознания и поведения. Форма «Протокол диагностики» представлена на Рисунке 2.1.

ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ

Дата обследования _____

Имя, фамилия ребенка _____

Дата рождения/ Возраст _____

Город/ телефон, e-mail _____

ИО мамы (папы, бабушки) _____

Интервьюер _____

Диагноз психиатра (невролога)	Заключение по результатам диагностики ¹	Доминирующий уровень ЭР (эмоциональной регуляции)

Актуальные проблемы в развитии и поведении ребенка по мнению родителей:

- 1.
- 2.
- 3.

A		C4:	
A1:		C5:	
A2:		C6:	
A3:		C7:	
A4:		C8:	
B		C9:	
B1:		D	
B2:		D1:	
B3:		D2:	
B4:		D3:	
B5:		E	
B6:		E1:	
B7:		E2:	
B8:		E3:	
B9:		F	
B10:		G	
C		G1:	
C1:		G2:	
C2:		G3:	
C3:			

№/ Шифр	1	2	3	4	5 ²
A	1 - 3	4 - 7	8 - 10	11 - 14	>14
B	0 - 7	8 - 17	18 - 25	26 - 33	>33
C	0 - 8	9 - 17	18 - 26	27 - 35	>35
D	0 - 2	3 - 5	6 - 8	9 - 10	>10
E	0 - 1	2 - 4	5 - 6	7 - 9	>9
F	0	1	2	3	4
G	0 - 2	3 - 5	6 - 8	9 - 11	>11

Профиль ребенка

A – особенности самостоятельной игры; B – особенности совместной игры; C – коммуникация; D – эмоциональные проявления; E – проявления аффективных проблем; F – особенности моторики; G – особенности речи

¹ Основание для отсутствия заключения о РАС – выполнение двух условий одновременно: 1) в разделах C и D – хотя бы в одном из них шифр – 5; 2) в 5 из 7 разделов (A-G) – шифр 5 или 4.

² Шифр 5 – нормотипичное развитие ребенка.

Рисунок 2.1 – Протокол диагностики психоэмоционального развития ребенка с РАС

Позже нами был разработан обновленный формат протокола, не отличающийся содержательно от первоначального варианта и более удобный для

заполнения и подсчета в электронном виде, представленный на Рисунке 2.2. В исследовании использовались оба формата протоколов.

ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ

Дата обследования	_____	Заключение по результатам диагностики	Доминирующий Уровень (ДУ / 5* - норма)																																																																																																
ФИО ребенка	_____		<table border="1"> <tr> <td>A</td> <td></td> <td>C</td> <td></td> <td>E</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A1</td> <td></td> <td>C1</td> <td></td> <td>E1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A2</td> <td></td> <td>C2</td> <td></td> <td>E2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A3</td> <td></td> <td>C3</td> <td></td> <td>E3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A4</td> <td></td> <td>C4</td> <td></td> <td>E</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>C5</td> <td></td> <td>F</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B1</td> <td></td> <td>C6</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B2</td> <td></td> <td>C7</td> <td></td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B2</td> <td></td> <td>C8</td> <td></td> <td>G1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B4</td> <td></td> <td>C9</td> <td></td> <td>G2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B5</td> <td></td> <td>C10</td> <td></td> <td>G3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B6</td> <td></td> <td>C11</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B7</td> <td></td> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B8</td> <td></td> <td>D1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B9</td> <td></td> <td>D2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B10</td> <td></td> <td>D3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	A		C		E		A1		C1		E1		A2		C2		E2		A3		C3		E3		A4		C4		E		B		C5		F		B1		C6				B2		C7		G		B2		C8		G1		B4		C9		G2		B5		C10		G3		B6		C11				B7		D				B8		D1				B9		D2				B10		D3			
A				C		E																																																																																													
A1				C1		E1																																																																																													
A2				C2		E2																																																																																													
A3				C3		E3																																																																																													
A4				C4		E																																																																																													
B		C5			F																																																																																														
B1		C6																																																																																																	
B2		C7		G																																																																																															
B2		C8		G1																																																																																															
B4		C9		G2																																																																																															
B5		C10		G3																																																																																															
B6		C11																																																																																																	
B7		D																																																																																																	
B8		D1																																																																																																	
B9		D2																																																																																																	
B10		D3																																																																																																	
Дата рождения / Возраст	_____ / _____																																																																																																		
Город / Телефон / e-mail	_____ / _____ / _____																																																																																																		
ИО мамы (папы)	_____																																																																																																		
Интервьюер	_____																																																																																																		
Диагноз психиатра, невролога (при наличии)	_____																																																																																																		

№	Актуальные проблемы в развитии и поведении ребенка по мнению родителей
1.	
2.	
3.	

ПРОФИЛЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Блок	Уровень
A	4
B	4
C	4
D	5
E	4.5
F	4
G	4

Блок/Шифр - ДУ	1	2	3	4	5*
A – самостоятельная игра	1-3	4-7	8-10	11-14	>14
B – совместная игра	0-7	8-17	18-25	26-33	>33
C – коммуникация	0-8	9-17	18-26	27-35	>35
D – эмоциональные проявления	0-2	3-5	6-8	9-10	>10
E – аффективные проблемы	0-1	2-4	5-6	7-9	>9
F – моторика	0	1	2	3	4
G – речь	0-2	3-5	6-8	9-11	>11

Рисунок 2.2 – Обновленный формат протокола диагностики

Интерпретация данных протокола диагностики психоэмоционального развития

Профиль психоэмоционального развития ребенка, полученный в результате диагностики, дает возможность провести оценку и интерпретацию данных следующими способами.

1. *Определить уровень сформированности каждого из основных направлений развития ребенка.* Профиль дает возможность увидеть соответствие уровня развития игры, моторики, коммуникативной и эмоциональной сферы, речи ребенка определенному уровню аффективной регуляции и таким образом оценить степень сформированности этих важнейших направлений его развития.

2. *Выявить патологическое доминирование одного из уровней аффективной регуляции и таким образом, во-первых, подтвердить наличие у ребенка расстройства аутистического спектра, а во-вторых – определить вариант аутистического развития.* Как мы уже отмечали, патологическое

доминирование одного из уровней базальной аффективной регуляции определяется в том случае, когда диагностические показатели по четырем и более шкалам из семи соответствуют этому уровню.

Например, в диагностическом протоколе, представленном на Рисунке 2.1, результат диагностики по пяти шкалам из семи соответствует четвертому уровню аффективной регуляции (шифр 4): это шкалы А, В, С, F, G. На индивидуальном профиле ребенка мы видим, что соответствующие этим шкалам столбиковые диаграммы достигают четвертого уровня. Показатели еще по двум шкалам соответствуют шифру 5 – уровню типичного развития. Мы можем сделать вывод о том, что результаты обследования соответствуют четвертому – наиболее благоприятному варианту аутистического развития.

3. Подтвердить или, напротив, поставить под сомнение наличие у ребенка расстройства аутистического спектра. Основным критерием, подтверждающим наличие РАС, как уже было сказано выше, является патологическое доминирование одного из уровней аффективной регуляции, то есть показатели по четырем или большему количеству шкал должны иметь один и тот же шифр, и этот шифр должен быть в диапазоне от 1 до 4.

Для исключения возможных диагностических ошибок мы ввели *второй критерий подтверждения РАС: показатели по шкалам С и D должны иметь шифр от 1 до 4, но не шифр «5», соответствующий типичному развитию.*

Хорошо известно, что при аутизме наиболее страдающими являются две важнейших сферы – эмоциональная и коммуникативная. Поэтому для подтверждения расстройства аутистического спектра мы должны обнаружить несформированность, грубое отставание по двум этим линиям развития – коммуникативному и эмоциональному, которые в нашей диагностике представлены шкалами С и D.

В соответствии с концепцией О.С. Никольской система базальной аффективной регуляции в норме бывает сформирована к концу раннего возраста (к 3 годам). Поэтому мы считаем, что аутистическое развитие у ребенка дошкольного возраста подтверждается, если показатели по обоим обсуждаемым

шкалам не соответствуют шифру «5», то есть уровню, характерному для типичного развития.

Таким образом, вторым критерием подтверждения расстройства аутистического спектра у дошкольника в соответствии с предлагаемой системой оценки будет наличие шифров «1», «2», «3» или «4» по шкалам С и D (коммуникативное и эмоциональное развитие).

Соответственно, можно противоположным образом сформулировать два критерия, выполняющиеся одновременно, чтобы исключить или, как минимум, поставить под сомнение принадлежность ребенка к группе риска по РАС:

- чтобы исключить принадлежность ребенка к группе риска по РАС, показатели по четырем или большему количеству шкал должны соответствовать шифру «5», то есть типичному развитию; показатели по остальным шкалам должны иметь шифр не ниже «4» (соответствующий наиболее высокому – четвертому – уровню базальной аффективной регуляции);

- вторым критерием исключения принадлежности ребенка к группе риска по РАС, который должен соблюдаться одновременно с первым, является шифр «5» по шкале С (Коммуникация) или по шкале D (Эмоциональные проявления) либо наличие шифра «5» по обоим названным шкалам. То есть отсутствие у ребенка аутистического расстройства предполагает нормативные показатели хотя бы по одному из указанных направлений его развития (коммуникативному и эмоциональному).

Профили, отражающие различные варианты аутистического развития, представлены на Рисунках 3, 4, 5, 6.

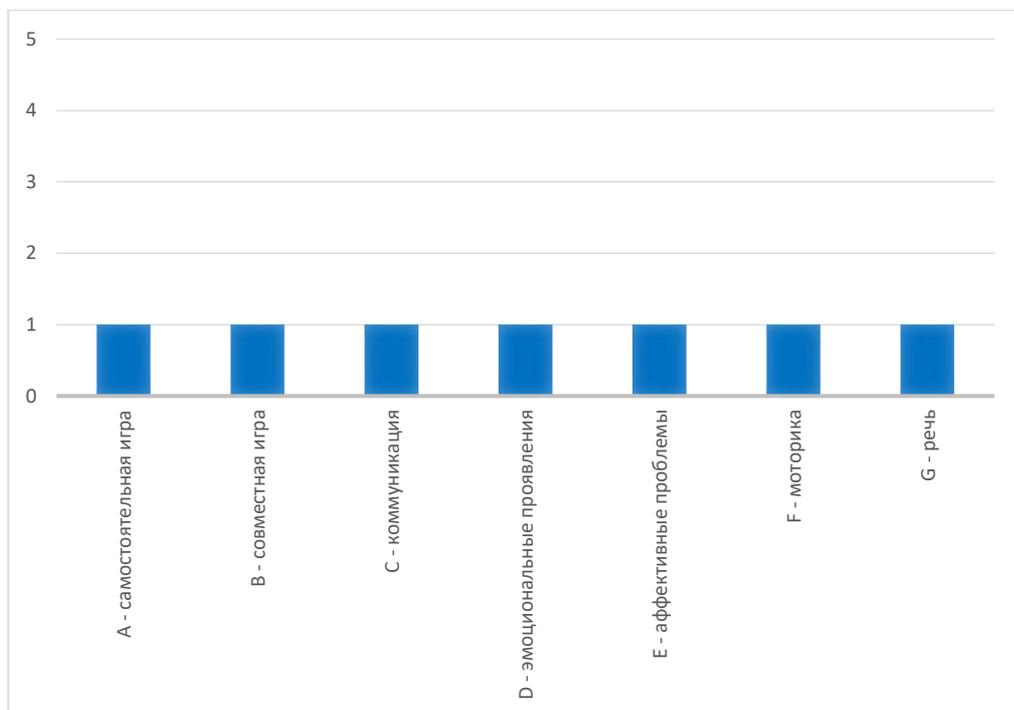


Рисунок 3 – Профиль психоэмоционального развития ребенка с РАС
(доминирующий уровень аффективной регуляции – 1)

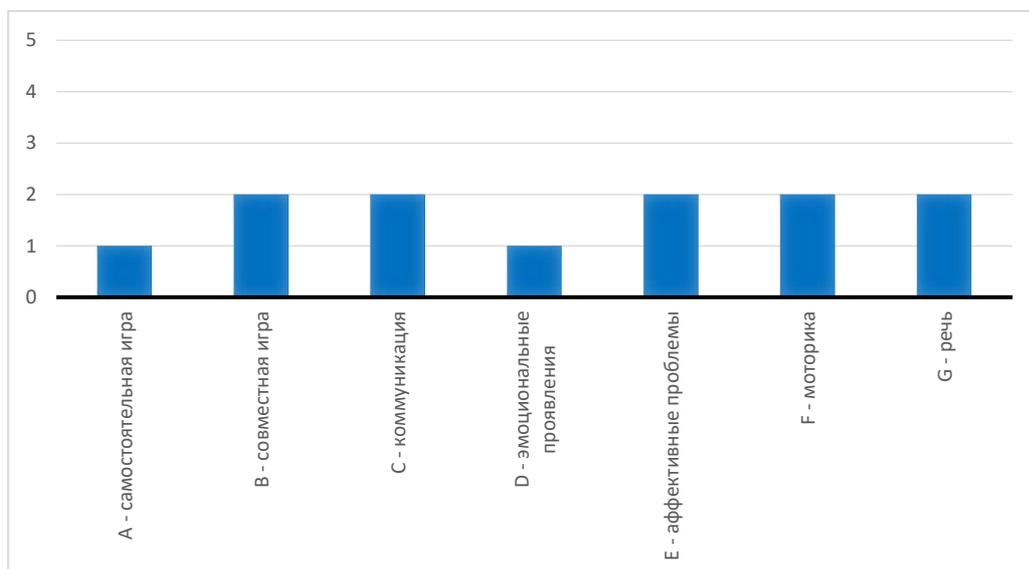


Рисунок 4 – профиль психоэмоционального развития ребенка с РАС
(доминирующий уровень аффективной регуляции – 2)

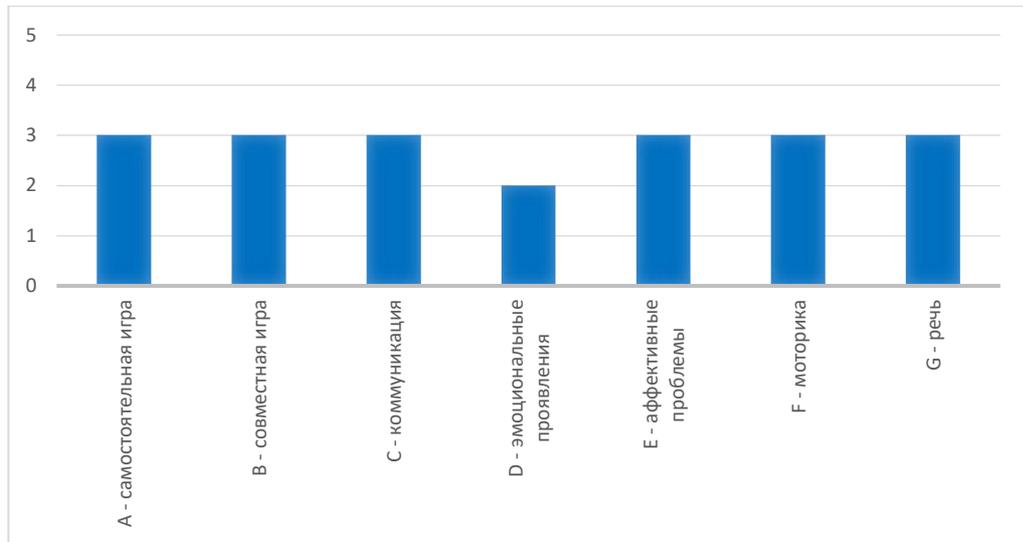


Рисунок 5 – профиль психоэмоционального развития ребенка с РАС
(доминирующий уровень аффективной регуляции – 3)

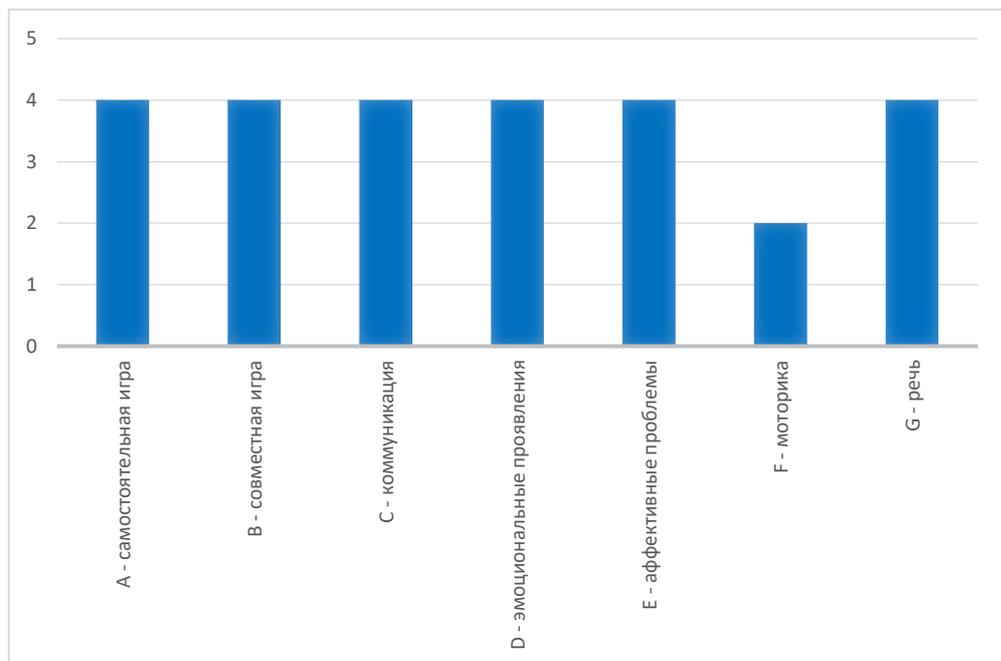


Рисунок 6 – профиль психоэмоционального развития ребенка с РАС
(доминирующий уровень аффективной регуляции – 4)

На основании построенного профиля, опираясь на выявленный у ребенка вариант аутистического развития, специалист может планировать психолого-педагогическую работу с ним, выбирая наиболее адекватные формы и методы психокоррекционной помощи.

Стоит отметить, что **вариант аутистического развития является динамической характеристикой**. Система эмоциональной регуляции меняется, с одной стороны, по мере взросления ребенка, а с другой – в зависимости от условий его воспитания и образования, от наличия/отсутствия своевременно оказанной коррекционной помощи.

Повторная диагностика позволит оценить динамику (прогресс, регресс или отсутствие динамики) по всем перечисленным шкалам диагностической карты.

Выводы по Главе 2

1. Обобщение и анализ данных научной литературы позволяет утверждать, что игра дошкольника содержит в себе необходимые показатели для оценки его когнитивной и аффективной сферы, возможностей коммуникации и социализации, для выявления основных проблем его развития. Выявляя и оценивая в игре ребенка такие показатели, как степень ее развернутости, использование предметов-заместителей, выполнение правил, использование ролей, наличие сюжета и др., мы можем получить представление о его эмоционально-волевом развитии, об уровне коммуникативного и отчасти когнитивного развития.

2. При разработке диагностики психоэмоционального развития дошкольника с РАС мы основывались:

1) на характеристиках самостоятельной игры ребенка, которые дают представление об актуальном уровне его развития, а также на оценке игры, совместной со взрослым, что помогает определить зону ближайшего эмоционального, социального и частично когнитивного развития;

2) на оценке в процессе игры характерных паттернов поведения ребенка. В диагностической карте мы структурировали эту информацию по нескольким шкалам, содержание которых позволяет оценить существенные направления его развития: коммуникацию, эмоциональные проявления, в том числе проявления аффективных проблем, особенности моторики и речи;

3. Для проверки гипотезы исследования была разработана система оценки результатов диагностики, позволяющая соотнести полученные данные с определенным вариантом аутистического развития. В качестве теоретической основы использовались классификация детского аутизма и концепция об уровне строения системы аффективной организации сознания и поведения О.С. Никольской.

4. Поскольку каждый вариант детского аутизма по классификации О.С. Никольской формируется в результате патологического доминирования соответствующего уровня аффективной организации, при разработке диагностики мы рассматривали задачу определения варианта аутистического развития как выявления патологически доминирующего уровня организации сознания и поведения. Для верификации данного алгоритма диагностики в ходе дальнейшего исследования необходимо экспериментально подтвердить теоретическую идею О.С. Никольской о патологическом доминировании одного из уровней аффективной организации при аутизме и отсутствии такого феномена при типичном развитии.

5. В соответствии с задачами исследования разработана диагностическая карта, протокол диагностики, позволяющий представить данные в количественном и графическом виде, и методическое руководство для пользователя.

6. При разработке диагностики были определены специальные критерии, которые позволяют: подтвердить (или поставить под сомнение) диагноз «расстройство аутистического спектра» и определить вариант аутистического развития у дошкольника. Эти критерии требуют экспериментальной проверки.

7. Для подтверждения конструктивной валидности разработанной диагностики необходимо в экспериментальном исследовании доказать, что она способна определять вариант аутистического развития, выявляя патологически доминирующий уровень аффективной регуляции. Практическая валидность может быть подтверждена, если результаты диагностики совпадут с диагнозом

«расстройство аутистического спектра», поставленного врачом – детским психиатром.

ГЛАВА 3. АПРОБАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С РАС. ВЫЯВЛЕНИЕ ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Экспериментальная часть исследования была направлена на апробацию разработанной нами диагностики психоэмоционального развития дошкольников с аутизмом для проверки гипотезы, в соответствии с которой комплексная всесторонняя психологическая диагностика психического развития ребенка с РАС возможна при оценке его основных направлений и соотнесении результатов с характерными для аутизма вариантами искажения.

Варианты искажения, в свою очередь, мы определяли, исходя из теоретических представлений о патологическом доминировании одного из четырех уровней системы аффективной регуляции при формировании разных вариантов аутистического расстройства [83, 92]. Поэтому *в экспериментальной части исследования предстояло решить следующие задачи.*

1. Апробировать диагностику психоэмоционального развития дошкольников с РАС, с тем чтобы получить подробные результаты по основным 7 направлениям развития детей (особенности индивидуальной и совместной игры, коммуникации и эмоциональных проявлений, наличие аффективных проблем, особенности моторики и речи) в количественном и графическом выражении.

2. В ходе апробации диагностики экспериментально проверить теоретическую идею О.С. Никольской о патологическом доминировании одного из четырех уровней системы аффективной регуляции при разных вариантах аутистического развития. С этой целью необходимо было включить в выборку испытуемых не только детей с РАС, но и дошкольников с типичным развитием. Подтверждение доминирования одного из уровней базальной аффективной регуляции у детей с аутизмом и отсутствие такового у детей с типичным развитием, кроме того, служило бы подтверждением конструктивной (теоретической) валидности апробируемой диагностики.

3. Проверить, возможно ли с помощью разработанной диагностики подтвердить или поставить под сомнение диагноз «расстройство аутистического спектра». Решение этой задачи также зависит от подтверждения гипотезы о доминировании одного из уровней базальной аффективной регуляции при РАС и отсутствии такового при типичном развитии. Значимо, что подтверждение с помощью диагностики психоэмоционального развития диагноза «РАС», поставленного врачом – детским психиатром, будет адекватно подтверждению практической валидности разработанной диагностики.

4. При подтверждении в эксперименте возможности определения варианта аутистического развития с помощью разработанной нами диагностики, необходимо выявить распределение типологических вариантов аутистического расстройства на имеющейся выборке дошкольников с аутизмом.

3.1. Организация и участники исследования, описание экспериментальных и контрольной групп

Апробация диагностики психоэмоционального развития проводилась на протяжении 2020-2021 гг. в четырех регионах России с детьми в возрасте от 2,5 до 7 лет. Общая численность выборки – 356 детей, из них – 116 девочек и 240 мальчиков.

В апробации принял участие 41 специалист, которые прошли специальное обучение разработанной нами диагностике (специалисты из Москвы прошли очное обучение, специалисты из других регионов – обучение в дистанционном формате). На протяжении всего времени апробации проводились очные и дистанционные супервизии для исследователей, на которых анализировались полученные результаты, разбирались конкретные диагностические случаи. В ходе исследования на основании полученного опыта специалисты из Москвы и регионов предлагали коррекцию формулировок диагностической карты и таким образом внесли существенный вклад в доработку инструментов и системы диагностической оценки.

Экспериментальными площадками апробации являлись: отдел комплексной диагностики и внедрения междисциплинарных технологий ФГБНУ «ИКП РАО», дошкольные отделения ГБОУ г. Москвы «Школа № 1329», ГБУ «Центр Социального развития Нижегородской области» (г. Нижний Новгород), «Дефектологический кабинет Александры Беркун» (г. Москва), дошкольное отделение ГКОУКО «Обнинская школа-интернат «Надежда» (г. Обнинск), ГБУ Калужской области «Обнинский Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Доверие» (г. Обнинск), ГБУ Калужской области «Боровский ЦСПСД «Гармония», Центр социальной помощи семьи и детям «Гармония» (филиал в г. Балабаново), Центр ПМСС Бюджетное учреждение Омской области «Центр психолого-медико-социального сопровождения» (г. Омск).

Для того чтобы выполнить задачи экспериментальной части исследования, мы исходно планировали проводить его на 2 группах детей: *Экспериментальной группе*, в которую включались дети с медицинским диагнозом «расстройство аутистического спектра»⁵, и *Контрольной группе* детей с нейротипичным развитием.

Однако в ходе исследования сформировалась еще одна дополнительная группа испытуемых – *Экспериментальная группа № 2*, которая не планировалась заранее. В нее вошли дети с проблемным поведением, с нарушениями коммуникации, но без диагноза «расстройство аутистического спектра». О поведенческих проблемах и трудностях коммуникации у этих детей сообщали психологи и педагоги дошкольных образовательных организаций, на базе которых проводилось исследование. Они обращались к исследователям с запросом на диагностику таких детей, высказывая предположение о наличии у них РАС.

⁵ Дети экспериментальной группы № 1 имели диагнозы «детский аутизм», «атипичный аутизм», «синдром Аспергера», поставленные по МКБ-10. В соответствии с медицинским классификатором МКБ-11, вступившим в силу в январе 2022 года, эти диагнозы относятся к разделу 6A02 – «Расстройство аутистического спектра».

В итоге в ходе исследования разработанная нами диагностика была апробирована в двух экспериментальных и в контрольной группе детей дошкольного возраста (от 2,5 до 7 лет). Всего прошли обследование 356 детей (116 девочек и 240 мальчиков). Выборка распределилась следующим образом:

- *Экспериментальная группа № 1 (ЭГ № 1)* – дети с диагнозом «расстройство аутистического спектра», поставленным врачом – детским психиатром (диагнозы F84.0/02/1/11 по МКБ-10): 132 ребенка, из них 101 мальчик и 31 девочка;
- *Экспериментальная группа № 2 (ЭГ № 2)* – дети с проблемным поведением, нарушениями коммуникации, с подозрением на РАС, не имеющие медицинского диагноза: 93 ребенка, из них 71 мальчик и 22 девочки;
- *Контрольная группа (КГ)* – дети с типичным развитием, не имеющие ограничений по состоянию здоровья: 131 ребенок, из них 68 мальчиков и 63 девочки.

По приведенному описанию видно, что в экспериментальных группах количество мальчиков значительно преобладало: в ЭГ № 1 среди детей с диагнозом «РАС» 77% составляют мальчики, в ЭГ № 2 – 76% мальчиков. Уравнять по половому признаку экспериментальные группы не представлялось возможным в связи с частотой встречаемости аутизма в мужской/женской популяции: по современным данным соотношение встречаемости РАС у мальчиков/девочек составляет 3:1⁶.

По итогам экспериментальной части настоящего исследования данная тенденция подтвердилась – частота встречаемости развития по аутистическому типу в нашей выборке у мальчиков оказалась в 3,7 раза выше, чем у девочек.

В контрольной группе нейротипичных детей количество мальчиков и девочек примерно одинаковое (68 и 63 соответственно).

⁶ По данным исследования сети мониторинга аутизма и нарушений развития США (ADDM Network), 2018.

Распределение по возрасту всех детей имеющейся выборки оказалось следующим:

- младший дошкольный возраст (до 4 лет включительно) – 66 детей (19%), из них с диагнозом «РАС» – 34 ребенка;
- средний дошкольный возраст (4-5 лет) – 165 детей (46% от общей выборки), из них с диагнозом «РАС» – 60 детей;
- старший дошкольный возраст (5-7 лет) – 125 детей (35% от общей выборки), из них с диагнозом «РАС» – 38 детей.

В имеющейся выборке распределение детей с аутизмом по возрастным группам подтверждает общую популяционную статистику, согласно которой в среднем дошкольном возрасте наблюдается максимальное выявление случаев РАС [159].

Сводные данные о детях, участвовавших в исследовании, приведены в Таблице 9.

Таблица 9 – Распределение выборки

Пол ребенка	Экспериментальная группа № 1 (дети с диагнозом «РАС»)	Экспериментальная группа № 2 (дети без диагноза с проблемами поведения, нарушениями коммуникации)	Контрольная группа (нейротипичные дети)
Мальчики	101	71	68
Девочки	31	22	63
Всего детей	132	93	131

3.2. Проверка гипотезы о патологическом доминировании одного из уровней базальной аффективной регуляции при аутистическом развитии. Проверка и дополнение критериев подтверждения диагноза «РАС»

Одна из задач, которая решалась в настоящем исследовании, состояла в экспериментальной проверке теоретической идеи о патологическом доминировании одного из уровней базальной аффективной регуляции при

аутизме (Никольская О.С., 2020) Для подтверждения этой гипотезы доминирование одного из уровней аффективной организации должно быть обнаружено у детей, имеющих медицинский диагноз «РАС» (ЭГ № 1), и не обнаружено у нейротипичных детей (КГ).

Кроме того, подтверждение гипотезы о патологическом доминировании одного из уровней базальной аффективной регуляции при РАС означало бы возможность выявления варианта аутистического развития с помощью разработанной нами диагностики и таким образом подтвердило бы ее конструктивную валидность.

Напомним, что доминирование одного из уровней аффективной регуляции по результатам диагностики мы определяем в том случае, когда показатели по большинству шкал (по четырем или более из имеющихся семи) соответствуют одному и тому же шифру, и этот шифр находится в диапазоне от 1 до 4. Вариант аутистического развития будет соответствовать данному шифру.

3.2.1. Результаты, полученные в экспериментальной группе № 1 (ЭГ № 1)

В данную группу были включены только дети с верифицированным расстройством аутистического спектра, всего 132 ребенка (101 мальчик и 31 девочка). Детей в возрасте до 4 лет – 34, детей 4-5-летнего возраста – 60, 5-7-летнего возраста – 38.

На момент диагностики все дети имели медицинские диагнозы по МКБ-10 с одним из следующих шифров: F84.0/01/02 (детский аутизм), F84.1 (атипичный аутизм) или F84.5 (синдром Аспергера). В соответствии с медицинским классификатором МКБ-10 все эти диагнозы относились к разделу «Общие расстройства психологического развития» (F84).

В медицинском классификаторе МКБ-11, вступившем в силу в нашей стране с января 2022 года, все указанные диагнозы объединены в главе 6, разделе A02 – «Расстройство аутистического спектра». Поэтому в тексте диссертации мы

обозначаем все диагнозы, которые имели дети ЭГ № 1, как «расстройство аутистического спектра», или «РАС».

Приведем примеры протоколов по результатам диагностики детей ЭГ № 1 с подтвержденным медицинским диагнозом «РАС» на Рисунках 7.1 и 7.2.

Диагноз психиатра (невролога)	Подтверждение диагноза по результатам диагностики ¹	Доминирующий уровень ЭР (эмоциональной регуляции)
F84.1	да	1 уровень

Актуальные проблемы. Что сейчас Вас тревожит больше всего в поведении ребенка, какие проблемы его развития Вы считаете наиболее существенными:

1. отсутствие речи
2. трудности управление
3. трудности выражение желаний

A	1	C4:	0
A1:	0	C5:	0
A2:	0	C6:	0
A3:	0	C7:	1
A4:	1	C8:	0
B	1	C9:	0
B1:	1	D	2
B2:	0	D1:	1
B3:	0	D2:	0
B4:	0	D3:	1
B5:	0	E	3
B6:	0	E1:	0
B7:	0	E2:	2
B8:	0	E3:	1
B9:	0	F	0
B10:	0	G	0
C	2	G1:	0
C1:	0	G2:	0
C2:	0	G3:	0
C3:	1		

№/ Шифр	1	2	3	4	5 ²
A	1-3	4-7	8-10	11-14	>14
B	0-7	8-17	18-25	26-33	>33
C	0-8	9-17	18-26	27-35	>35
D	0-2	3-5	6-8	9-10	>10
E	0-1	2-4	5-6	7-9	>9
F	0	1	2	3	4
G	0-2	3-5	6-8	9-11	>11

Профиль ребенка

А – особенности самостоятельной игры; В – особенности совместной игры; С – коммуникация; D – эмоциональные проявления; E – проявления аффективных проблем; F – особенности моторики; G – особенности речи

¹ Основание для отсутствия диагноза РАС: 1) в разделах С и D – хотя бы в одном из них шифр – 5; 2) в 5 из 7 разделов (А-Г) – шифр 5 или 4.
² Шифр 5 – нормотипичное развитие ребенка.

Рисунок 7.1 – Пример № 1 протокола диагностики ребенка с медицинским диагнозом РАС

Диагноз психиатра (невролога)	Подтверждение диагноза по результатам диагностики ¹	Доминирующий уровень ЭР (эмоциональной регуляции)
F.84.02	да	2 уровень

Актуальные проблемы. Что сейчас Вас тревожит больше всего в поведении ребенка, какие проблемы его развития Вы считаете наиболее существенными:

1. неведение (трудно управляется)
2. небыстрые
3. учебные навыки
4. трудности восприятия рисунков

A	5	C4:	1
A1:	1	C5:	2
A2:	1	C6:	1
A3:	2	C7:	1
A4:	1	C8:	1
B	8	C9:	2
B1:	1	D	4
B2:	1	D1:	1
B3:	1	D2:	1
B4:	1	D3:	2
B5:	1	E	4
B6:	1	E1:	1
B7:	1	E2:	2
B8:	1	E3:	1
B9:	0	F	2
B10:	0	G	5
C	15	G1:	2
C1:	3	G2:	2
C2:	2	G3:	1
C3:	2		

№/ Шифр	1	2	3	4	5 ²
A	1-3	4-7	8-10	11-14	>14
B	0-7	8-17	18-25	26-33	>33
C	0-8	9-17	18-26	27-35	>35
D	0-2	3-5	6-8	9-10	>10
E	0-1	2-4	5-6	7-9	>9
F	0	1	2	3	4
G	0-2	3-5	6-8	9-11	>11

Профиль ребенка

A – особенности самостоятельной игры; B – особенности совместной игры; C – коммуникация; D – эмоциональные проявления; E – проявления аффективных проблем; F – особенности моторики; G – особенности речи

¹ Основание для отсутствия диагноза РАС: 1) в разделах C и D – хотя бы в одном из них шифр – 5; 2) в 5 из 7 разделов (A-G) – шифр 5 или 4.
² Шифр 5 – нормотипичное развитие ребенка.

Рисунок 7.2 – Пример № 2 протокола диагностики ребенка с медицинским диагнозом РАС

В первом случае, на Рисунке 7.1, оценки по шести шкалам из семи соответствуют шифру «1», во втором случае, на Рисунке 7.2, оценки по шести шкалам из семи соответствуют шифру «2»; в графической части протоколов это отражается в определенной высоте столбиков диаграмм, соответствующих оценочным шкалам. Можно заключить, что у первого ребенка патологически доминирует первый уровень аффективной регуляции, что соответствует первому

варианту аутистического развития; у второго ребенка патологически доминирует второй уровень, что соответствует второму варианту аутистического развития.

Сходные данные мы получили в результате диагностики психоэмоционального развития всех детей ЭГ № 1. То есть в 100% случаев у детей ЭГ № 1 с диагнозом «РАС», поставленным детским врачом – психиатром, обнаружилось доминирование одного из четырех уровней аффективной организации сознания и поведения.

3.2.2. Результаты, полученные в контрольной группе (КГ)

В данную группу были включены дети с нейротипичным развитием, всего 131 ребенок, из которых 68 мальчиков и 63 девочки. Возрастное распределение детей данной группы было следующим: 9 детей в возрасте до 4 лет, 62 ребенка – 4-5 лет и 60 детей в возрасте 5-7 лет. Все дети посещали общеобразовательный детский сад и/или развивающие детские центры.

У всех детей контрольной группы отсутствовали какие-либо ограничения по здоровью, родители и воспитатели детских садов не высказывали жалоб, связанных с проблемами развития и воспитания этих детей.

Диагностический протокол каждого ребенка оценивался, с тем чтобы проверить, имеется ли у кого-то из детей патологическое доминирование одного из уровней базальной аффективной регуляции, характерное, как нам представлялось, только для аутистического развития. Для того чтобы исключить доминирование одного из уровней, необходимо было в каждом случае убедиться в том, что не выполняется диагностический критерий, соответствующий аутистическому развитию, то есть *показатели по большинству шкал (по четырем или более из имеющихся семи) не соответствуют одному и тому же шифру, который находится в диапазоне от 1 до 4*. Или, в иной формулировке, для исключения патологического доминирования одного из уровней базальной аффективной регуляции, *показатели по четырем или большему количеству шкал должны соответствовать шифру «5», то есть типичному развитию; показатели по остальным шкалам должны иметь шифр не ниже «4»*

(соответствующий наиболее высокому – четвертому – уровню базальной аффективной регуляции).

Протоколы диагностики детей с типичным развитием (КГ) приведены на Рисунках 8.1 и 8.2.

Диагноз психиатра (невролога)	Заключение по результатам диагностики ¹	Доминирующий уровень ЭР (эмоциональной регуляции)
	---	НОРМ

Актуальные проблемы в развитии и поведении ребенка по мнению родителей:

- 1.
- 2.
- 3.

A	15	C4:	4
A1:	4	C5:	4
A2:	4	C6:	4
A3:	4	C7:	4
A4:	3	C8:	4
B	34	C9:	4
B1:	4	D	11
B2:	4	D1:	3
B3:	4	D2:	4
B4:	4	D3:	4
B5:	4	E	10
B6:	4	E1:	4
B7:	4	E2:	2
B8:	4	E3:	4
B9:	1	F	3
B10:	1	G	11
C	36	G1:	4
C1:	4	G2:	3
C2:	4	G3:	4
C3:	4		

№/ Шифр	1	2	3	4	5 ²
A	1 - 3	4 - 7	8 - 10	11 - 14	>14
B	0 - 7	8 - 17	18 - 25	26 - 33	>33
C	0 - 8	9 - 17	18 - 26	27 - 35	>35
D	0 - 2	3 - 5	6 - 8	9 - 10	>10
E	0 - 1	2 - 4	5 - 6	7 - 9	>9
F	0	1	2	3	4
G	0 - 2	3 - 5	6 - 8	9 - 11	>11

Профиль ребенка

Категория	Значение
A	5
B	5
C	5
D	5
E	5
F	4
G	4

A – особенности самостоятельной игры; B – особенности совместной игры; C – коммуникация; D – эмоциональные проявления; E – проявления аффективных проблем; F – особенности моторики; G – особенности речи

¹ Основание для отсутствия заключения о РАС – выполнение двух условий одновременно: 1) в разделах C и D – хотя бы в одном из них шифр – 5; 2) в 5 из 7 разделов (A-G) – шифр 5 или 4.

² Шифр 5 – нормотипичное развитие ребенка.

Рисунок 8.1 – Пример № 1 протокола диагностики ребенка с типичным развитием

Диагноз психиатра (невролога)	Заключение по результатам диагностики ¹	Доминирующий уровень ЭР (эмоциональной регуляции)
	—	Норм

Актуальные проблемы в развитии и поведении ребенка по мнению родителей:

-
-
-

A	15	C4:	4
A1:	4	C5:	4
A2:	4	C6:	4
A3:	4	C7:	4
A4:	3	C8:	4
B	34	C9:	4
B1:	4	D	11
B2:	4	D1:	3
B3:	4	D2:	4
B4:	4	D3:	4
B5:	4	E	10
B6:	4	E1:	4
B7:	4	E2:	2
B8:	4	E3:	4
B9:	1	F	4
B10:	1	G	12
C	36	G1:	4
C1:	4	G2:	4
C2:	4	G3:	4
C3:	4		

№/ Шифр	1	2	3	4	5 ²
A	1 - 3	4 - 7	8 - 10	11 - 14	>14
B	0 - 7	8 - 17	18 - 25	26 - 33	>33
C	0 - 8	9 - 17	18 - 26	27 - 35	>35
D	0 - 2	3 - 5	6 - 8	9 - 10	>10
E	0 - 1	2 - 4	5 - 6	7 - 9	>9
F	0	1	2	3	4
G	0 - 2	3 - 5	6 - 8	9 - 11	>11

Профиль ребенка

А – особенности самостоятельной игры; В – особенности совместной игры; С – коммуникация; D – эмоциональные проявления; E – проявления аффективных проблем; F – особенности моторики; G – особенности речи

¹ Основание для отсутствия заключения о РАС – выполнение двух условий одновременно: 1) в разделах С и D – хотя бы в одном из них шифр – 5; 2) в 5 из 7 разделов (А-Г) – шифр 5 или 4.

² Шифр 5 – нормотипичное развитие ребенка.

Рисунок 8.2 – Пример № 2 протокола диагностики ребенка с типичным развитием

На представленных профилях психоэмоционального развития детей на рисунках 8.1 и 8.2 можно увидеть, что по всем шкалам имеются оценки не ниже «4», но шифр «5», соответствующий нейротипичному развитию, преобладает. Таким образом, патологического доминирования одного из уровней базальной аффективной регуляции (с первого по четвертый) не наблюдается, большинство оценок соответствуют шифру «5», то есть типичному развитию.

У большинства детей КГ результаты были сходными. А именно, у 116 детей из 131, то есть в 89% случаев, выполнялся критерий исключения аутистического развития: показатели по четырем или большему количеству шкал соответствовали шифру «5», характерному для типичного развития, а показатели по остальным шкалам имели шифр «4», соответствующий наиболее высокому – четвертому – уровню базальной аффективной регуляции.

Однако у 15 детей из КГ, то есть в 11% случаев, результаты получились иными, а именно – обнаружилось доминирование четвертого уровня аффективной регуляции. Оно выражалось в том, что результаты диагностики по четырем или более шкалам из имеющихся семи соответствовали шифру «4». При этом важно заметить, что результаты по остальным шкалам у этих 15 детей соответствовали шифру «5», то есть типичному развитию.

Пример профиля, типичного для данной группы из 15 детей, представлен на Рисунке 9.

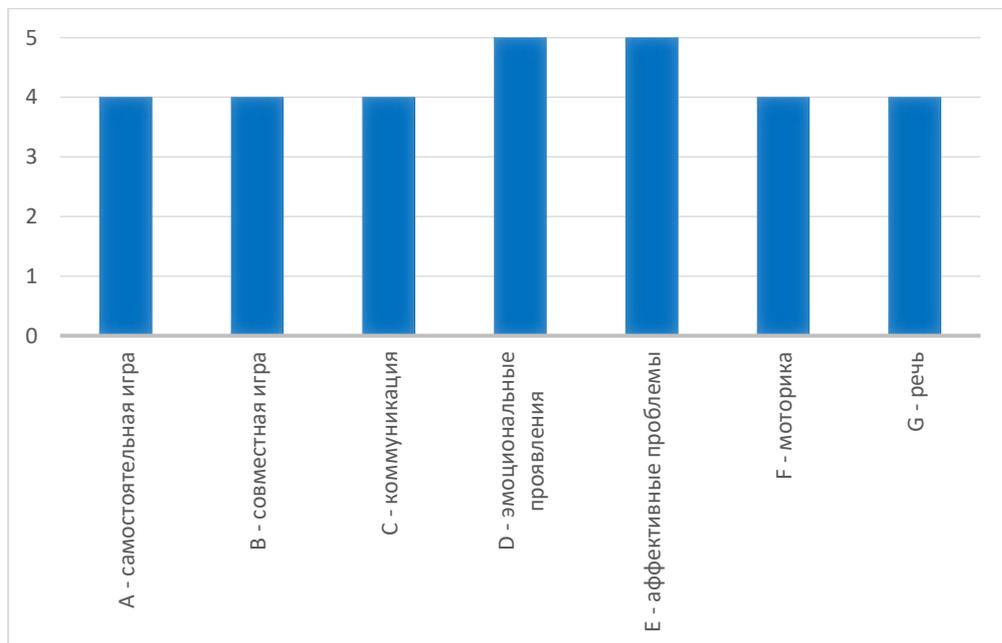


Рисунок 9 – Профиль ребенка из КГ с доминирующим 4-м уровнем аффективной регуляции

При рассмотрении профиля можно увидеть, что по пяти шкалам из семи результаты диагностики соответствуют шифру «4», то есть доминированию четвертого уровня аффективной системы.

Таким образом, патологическое доминирование одного из уровней базальной аффективной регуляции у дошкольников с верифицированным РАС подтвердилось в 100% случаев, а предположение об отсутствии такого доминирования у детей с типичным развитием подтвердилось не полностью: в 11% случаев было обнаружено доминирование четвертого уровня аффективной регуляции, что требовало специального рассмотрения и изучения.

3.2.3. Подтверждение диагноза «РАС» с помощью диагностики психоэмоционального развития дошкольника: дополнение критериев

Результаты диагностики 15 детей из КГ, у которых обнаружилось доминирование четвертого уровня аффективной регуляции, были рассмотрены в сравнении с результатами детей из ЭГ № 1, также имевшими доминирование четвертого уровня (8 детей). Сравнивая профили детей ЭГ № 1 и КГ, мы обнаружили, что у детей обеих групп с доминирующим четвертым уровнем аффективной регуляции, то есть при наличии шифра «4» по большинству шкал, показатели по остальным шкалам могли соответствовать шифрам от «2» до «5». Однако обнаружились и существенные отличия, которые заключались в следующем:

- у детей КГ с доминирующим четвертым уровнем аффективной регуляции показатели по двум шкалам – «Коммуникация» и «Эмоциональные проявления» – были не ниже «4», причем как минимум одна из них соответствовала нормативному развитию, то есть имела шифр «5»;

- у детей ЭГ № 1 с доминирующим четвертым уровнем аффективной регуляции показатели по одной или по двум упомянутым шкалам – «Коммуникация» и «Эмоциональные проявления» – не соответствовали нормативному развитию, то есть имели шифр «4» или ниже.

По данным клинического наблюдения у 15 детей КГ с доминирующим четвертым уровнем аффективной регуляции признаков аутистического расстройства выявлено не было. Мы предполагаем, что данный факт, так же как и сравнительный анализ диагностических профилей этих детей с диагностическими профилями 8 дошкольников с РАС из ЭГ № 1, то есть детей с подтвержденным аутизмом и с доминирующим четвертым уровнем аффективной регуляции, может быть показателем имеющейся у этих 15 детей эмоциональной незрелости и/или иных нарушений, не связанных с аутистическим развитием. Это предположение, безусловно, нуждается в проверке в ходе специальных исследований.

С учетом полученных данных стало очевидным, что доминирование одного из уровней аффективной регуляции не может быть единственным критерием, которым располагает диагностика психоэмоционального развития для того, чтобы подтвердить или поставить под сомнение имеющийся у ребенка диагноз «РАС». Ориентируясь на данные сравнительного анализа диагностических профилей детей с доминирующим четвертым уровнем аффективной регуляции из ЭГ № 1 и КГ, мы сформулировали еще один критерий, который является необходимым дополнением оценки результатов диагностики с точки зрения подтверждения диагноза «РАС». По сути, этот критерий имеет отношение только к оценкам, полученным по двум шкалам – «Коммуникация» и «Эмоциональные проявления», и обе эти оценки при аутистическом расстройстве должны иметь шифр ниже «5». Показатели по этим шкалам наиболее существенны при диагностике аутистического расстройства (что следует, по крайней мере, из характеристики «РАС» в современных медицинских классификаторах), и эти показатели при аутизме не могут иметь значений, свойственных норме.

Таким образом, мы пришли к формулировке двух специальных критериев, которые дают возможность при оценке результатов диагностики психоэмоционального развития дошкольника подтвердить или поставить под сомнение диагноз «РАС». Подчеркнем, что такая оценка возможна только по совокупному результату проверки данных диагностики в соответствии с двумя

критериями; оценка только по одному из этих критериев не дает достаточной информации для верификации РАС.

Первым критерием, подтверждающим наличие РАС, является патологическое доминирование одного из уровней аффективной регуляции, то есть показатели по четырем или большему количеству шкал должны иметь один и тот же шифр, и этот шифр должен быть в диапазоне от «1» до «4». Соответственно, чтобы исключить принадлежность ребенка к группе риска по РАС, показатели по четырем или большему количеству шкал должны соответствовать шифру «5», то есть типичному развитию; показатели по остальным шкалам должны иметь шифр не ниже «4», который соответствует наиболее высокому – четвертому – уровню базальной аффективной регуляции.

Второй критерий подтверждения РАС: показатели по шкалам С (Коммуникация) и D (Эмоциональные проявления) должны иметь шифр от «1» до «4», но не шифр «5», соответствующий типичному развитию. Соответственно, вторым критерием исключения принадлежности ребенка к группе риска по РАС, который должен соблюдаться одновременно с первым, является шифр «5» по шкале С (Коммуникация) или по шкале D (Эмоциональные проявления), либо наличие шифра «5» по обоим названным шкалам. То есть отсутствие у ребенка аутистического расстройства предполагает нормативные показатели хотя бы по одному из указанных направлений его развития (коммуникативному и эмоциональному).

3.2.4. Проверка критериев подтверждения диагноза «РАС» в экспериментальной группе № 1 и в контрольной группе

С помощью двух специальных критериев, разработанных для подтверждения диагноза «РАС», мы проверили результаты диагностики в ЭГ № 1 и в КГ.

Результаты оценки диагностических протоколов 132 детей ЭГ № 1, имевших медицинские диагнозы по МКБ-10, соответствующие в современном классификаторе МКБ-11 диагнозу «расстройство аутистического спектра»,

показали, что оба условия подтверждения РАС соблюдаются в каждом случае, а именно:

- по четырем или более шкалам из семи показатели соответствуют одному и тому же шифру, и сам шифр – не выше «4»;
- показатели по шкалам С (Коммуникация) и D (Эмоциональные проявления) соответствуют шифру ниже «5» (находятся в диапазоне от 1 до 4).

Результаты оценки протоколов диагностики дошкольников КГ (всего 131 ребенок), не имевших ограничений по здоровью, с помощью двух критериев подтверждения аутистического расстройства, позволили полностью исключить РАС у всех детей данной группы, *включая 15 детей, у которых было обнаружено доминирование четвертого уровня аффективной регуляции.*

Таким образом, диагноз «расстройство аутистического спектра», поставленный детским врачом – психиатром, имевшийся у 132 детей ЭГ № 1, по итогам обследования с помощью разработанной нами диагностики подтвердился в 100% случаев, и не подтвердился у детей контрольной группы (131 ребенок), не имевших ограничений здоровья. Это позволяет говорить о *подтверждении практической валидности диагностики психоэмоционального развития на имеющейся выборке.*

Важно отметить, что *экспериментально подтвердилась теоретическая идея О.С. Никольской о патологическом доминировании одного из уровней системы аффективной регуляции при аутизме.* Мы можем определять вариант аутистического развития по патологически доминирующему уровню системы аффективной регуляции. Соответственно, *мы можем говорить о подтверждении конструктивной валидности разработанной диагностики на имеющейся выборке детей с РАС.*

3.3. Оценка распределения типологических вариантов аутистического развития в экспериментальной группе № 1

Так как гипотеза о патологическом доминировании одного из четырех уровней системы аффективной регуляции у детей с разными вариантами аутизма

экспериментально подтвердилась, мы проанализировали варианты аутистического развития у детей в ЭГ № 1, с тем чтобы оценить их количественное распределение в имеющейся выборке.

На Рисунке 10 приведено распределение вариантов доминирования уровней аффективной регуляции у дошкольников ЭГ № 1 (дети с подтвержденным диагнозом «РАС», всего 132 ребенка).

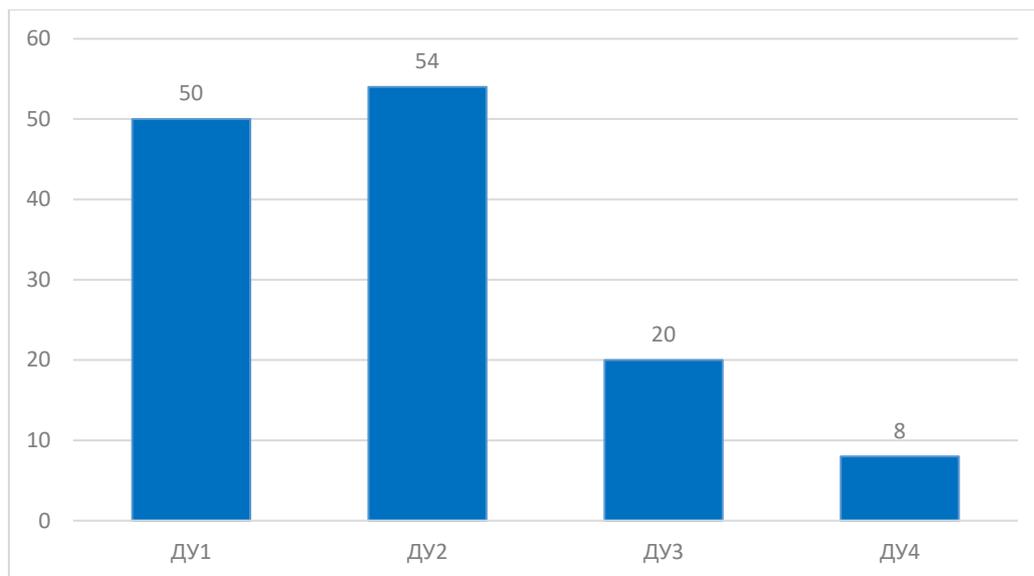


Рисунок 10 – Распределение вариантов доминирования уровней (ДУ) аффективной регуляции в группе детей с диагнозом РАС (ЭГ № 1)

Нужно отметить, что у 104 детей данной группы, что составляет 79% от ее общей численности, доминирующие уровни аффективной регуляции – первый и второй, что соответствует 1-му и 2-му (то есть наиболее тяжелым) вариантам аутистического развития.

На Рисунках 11.1 и 11.2 представлены варианты профилей психоэмоционального развития детей с РАС с 1-м и 2-м вариантами аутистического развития.

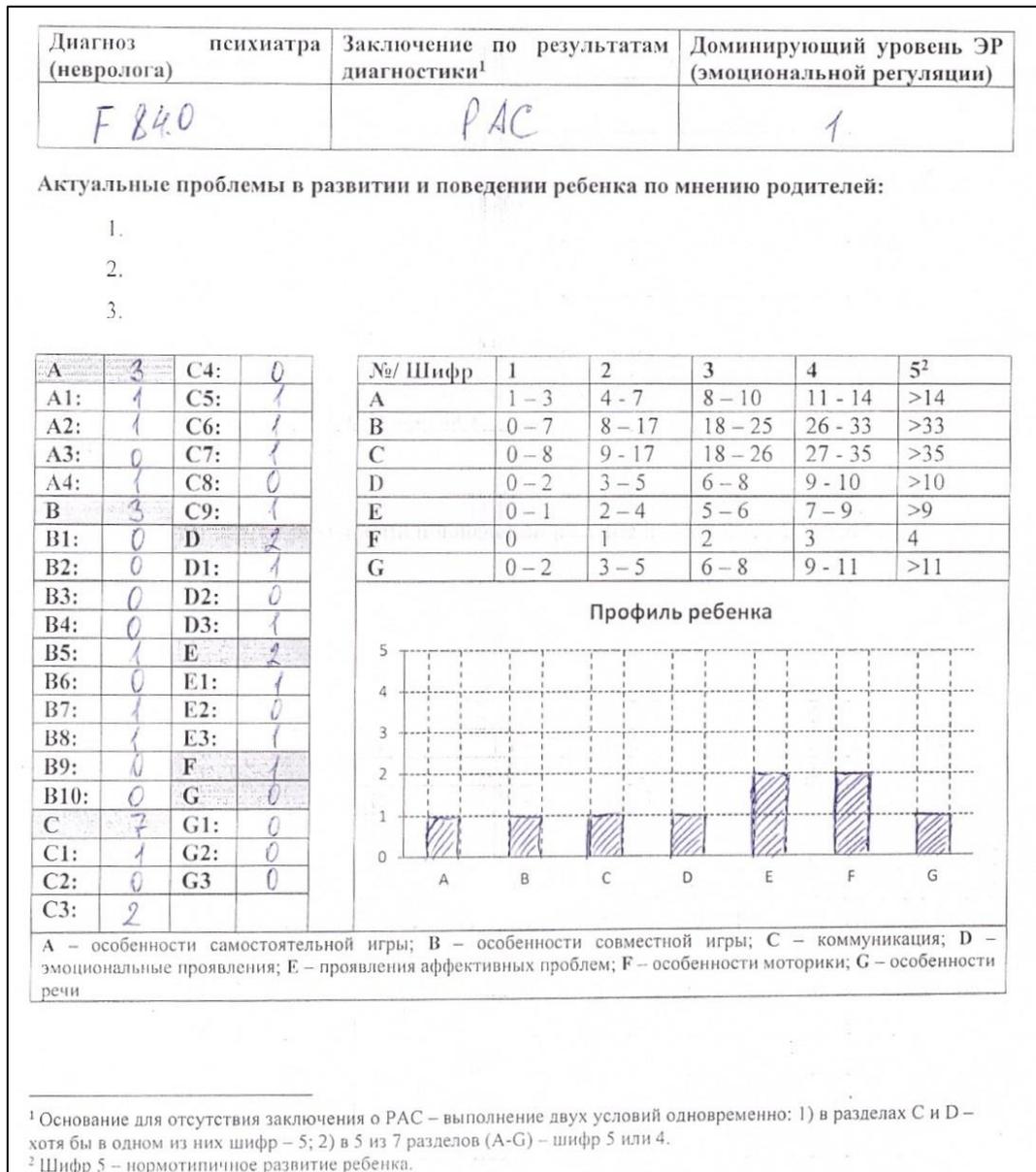


Рисунок 11.1 – Профиль психоэмоционального развития ребенка с РАС с 1-м вариантом аутистического развития

На рисунке 11.1 в протоколе диагностики оценки по пяти шкалам из семи соответствуют шифру «1», что предполагает патологическое доминирование 1-го уровня системы аффективной регуляции.

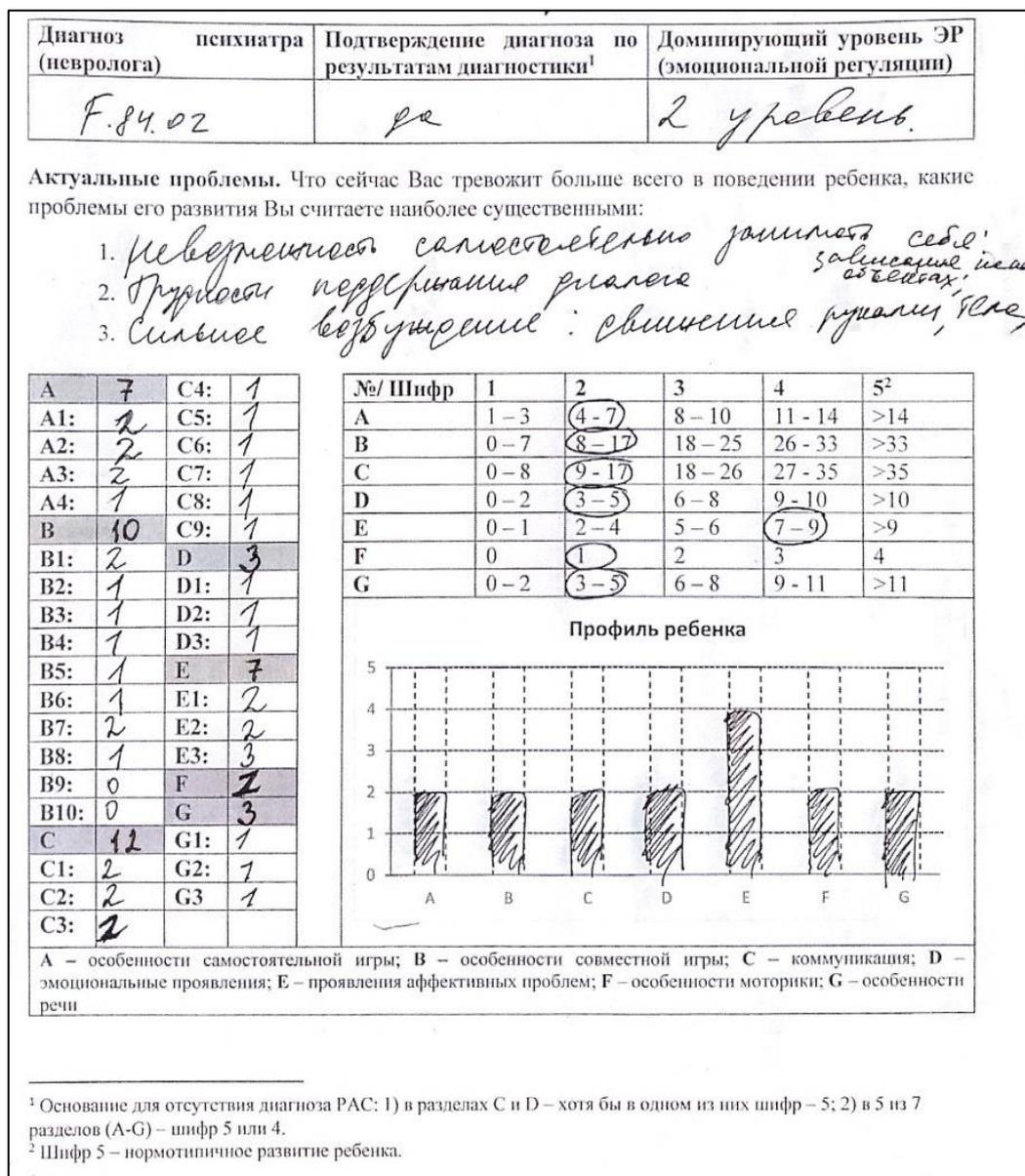


Рисунок 11.2 – Профиль психоэмоционального развития ребенка с РАС со 2-м вариантом аутистического развития

Во втором случае, на рисунке 11.2, оценки по шести шкалам из семи имеют шифр «2», что предполагает патологическое доминирование 2-го уровня эмоциональной системы.

1-я и 2-я группы по классификации О.С. Никольской относятся к наиболее тяжелым вариантам детского аутизма. Дети с 1-м вариантом аутизма мутичны, их взаимоотношения с миром и людьми полностью подменяются аутоstimуляцией в виде отстраненного созерцания изменений в окружающем мире и собственным «полевым» движением. У детей с 2-м вариантом больше возможностей

взаимодействия с окружающей средой, однако лишь в рамках привычных ситуаций. Они усваивают простые навыки и пользуются речью, которая представлена стереотипными фразами, штампами, эхолалиями. В остальном большинство воздействий среды воспринимаются ими как неприятные, поэтому они разрабатывают изоощренные способы аутостимуляции – моторные и речевые стереотипии, блокирующие внешние воздействия, что проявляется в стереотипности поведения, требовании сохранения неизменности окружающей обстановки, режима дня. По сравнению с другими детьми, имеющими РАС, дети с этим вариантом аутизма выглядят более страдающими, часто испытывают физический дискомфорт, страх и тревогу.

Что касается патологического доминирования 3-го или 4-го уровня аффективной системы, то на всю ЭГ № 1 приходится 28 таких детей, что составляет 21% от общей численности данной группы. На Рисунках 12.1 и 12.2 представлены профили психоэмоционального развития детей с 3-м или 4-м доминирующим уровнем аффективной системы.

Диагноз психиатра (невролога)	Заключение по результатам диагностики ¹	Доминирующий уровень ЭР (эмоциональной регуляции)
F84.0	РАС	III

Актуальные проблемы в развитии и поведении ребенка по мнению родителей:

1. Уточнить диагноз
- 2.
- 3.

A	10	C4:	2
A1:	3	C5:	2
A2:	2	C6:	3
A3:	2	C7:	2
A4:	3	C8:	2
B	20	C9:	2
B1:	3	D	6
B2:	2	D1:	2
B3:	3	D2:	2
B4:	2	D3:	2
B5:	2	E	6
B6:	2	E1:	2
B7:	2	E2:	2
B8:	2	E3:	2
B9:	1	F	4
B10:	1	G	6
C	19	G1:	2
C1:	2	G2:	2
C2:	2	G3:	2
C3:	2		

№/ Шифр	1	2	3	4	5 ²
A	1-3	4-7	8-10	11-14	>14
B	0-7	8-17	18-25	26-33	>33
C	0-8	9-17	18-26	27-35	>35
D	0-2	3-5	6-8	9-10	>10
E	0-1	2-4	5-6	7-9	>9
F	0	1	2	3	4
G	0-2	3-5	6-8	9-11	>11

Профиль ребенка

Scale	Score
A	3
B	3
C	3
D	3
E	3
F	5
G	3

A – особенности самостоятельной игры; B – особенности совместной игры; C – коммуникация; D – эмоциональные проявления; E – проявления аффективных проблем; F – особенности моторики; G – особенности речи

¹ Основание для отсутствия заключения о РАС – выполнение двух условий одновременно: 1) в разделах C и D – хотя бы в одном из них шифр – 5; 2) в 5 из 7 разделов (A-G) – шифр 5 или 4.

² Шифр 5 – нормотипичное развитие ребенка.

Рисунок 12.1 – Профиль психоэмоционального развития ребенка с РАС с 3-м вариантом аутистического развития

В первом случае, на рисунке 12.1, по шести шкалам из семи имеется шифр «3», и профиль ребенка свидетельствует о наличии патологически доминирующего 3-го уровня системы аффективной регуляции.

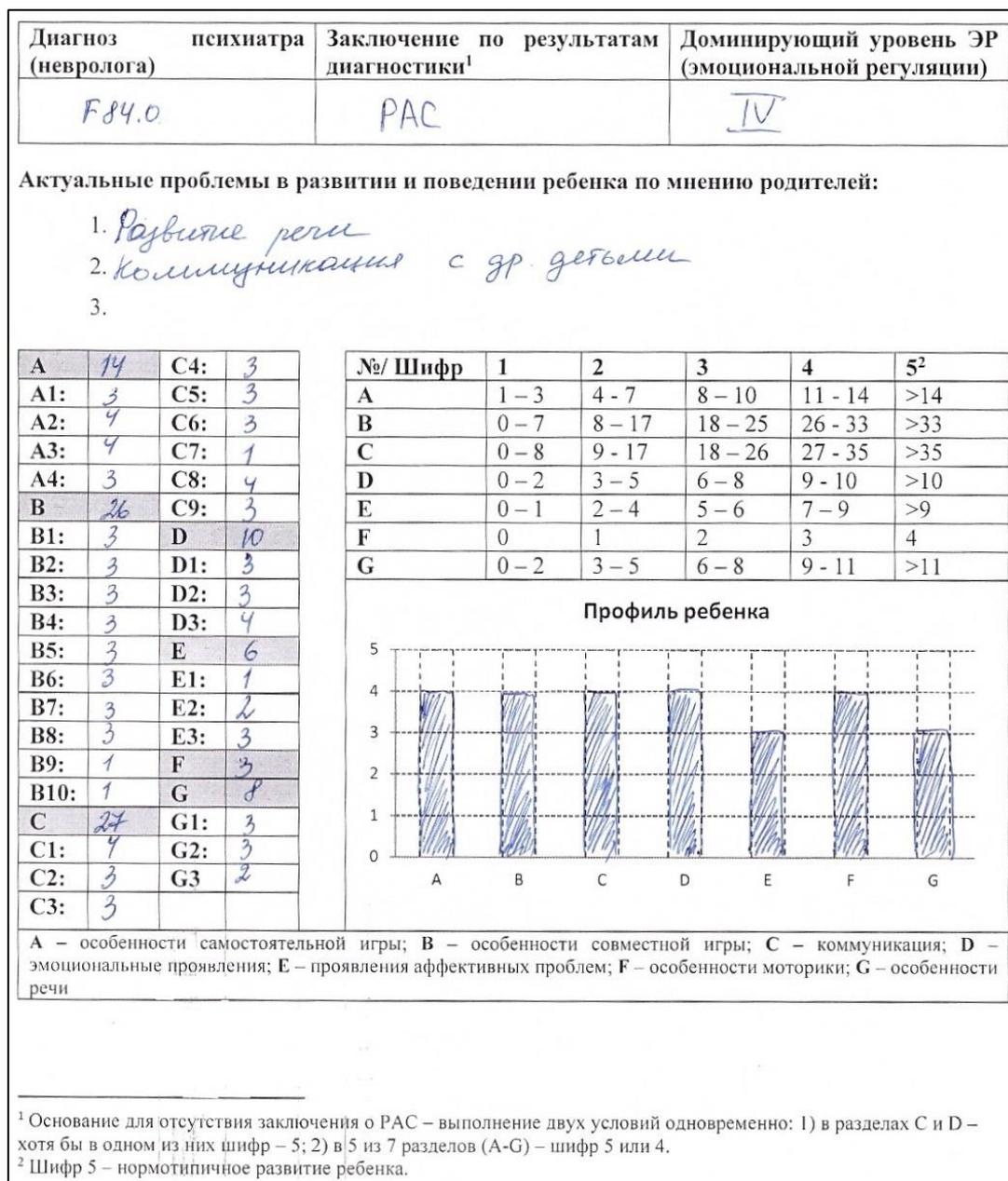


Рисунок 12.2 – Профиль психоэмоционального развития ребенка с РАС с 4-м вариантом аутистического развития

Во втором случае, на рисунке 12.2, оценки по пяти шкалам из семи соответствуют шифру «4», что предполагает доминирование 4-го уровня системы аффективной регуляции.

Дети с доминирующим 3-м или 4-м уровнем системы аффективной регуляции относятся, соответственно, к третьему или четвертому вариантам аутистического развития, более благополучным в сравнении с первым и вторым вариантами. Они пользуются речью и, несмотря на выраженные трудности, могут

вступать в контакт, могут соблюдать социальные правила при определенных условиях. Дети с данными вариантами аутистического развития могут при адекватном сопровождении адаптироваться в общеобразовательном детском саду, а затем, также в условиях адекватного психолого-педагогического сопровождения, учиться в общеобразовательной школе.

Результаты оценки распределения типологических вариантов аутизма у дошкольников ЭГ № 1, состоявшей из 132 детей, показали, что детей с 3-м и 4-м вариантами аутистического развития (относительно более благоприятными) – всего 28 (то есть 21%). *В имеющейся выборке обнаружено значительное превосходство численности детей с более тяжелыми – первым и вторым – вариантами аутистического развития; их всего 104, то есть 79% от общего количества детей ЭГ № 1.*

Таким образом, разработанная диагностика дает возможность выявлять типологические варианты аутистического развития у дошкольников и оценивать распространенность этих вариантов в популяции детей с РАС.

3.4. Результаты апробации диагностики психоэмоционального развития в группе детей, не имевших диагноза, с подозрением на РАС (экспериментальная группа № 2)

Данная экспериментальная группа (ЭГ № 2) образовалась дополнительно, в ходе исследования дошкольников без ограничений по здоровью, не имеющих диагноза, не проходивших ранее ни диагностику детского врача-психиатра, ни психолого-педагогическую диагностику. Эти дошкольники посещали общеобразовательный детский сад и/или различные детские центры, сотрудники которых обратили внимание на проблемы поведения детей, нарушения коммуникации, сложности организации внимания. Родители также сообщали специалистам о трудностях взаимодействия с ребенком либо о проблемах с речью.

В ЭГ № 2 были включены 93 дошкольника – 22 девочки и 71 мальчик. Возрастное распределение следующее: 23 ребенка до 4 лет, 45 детей в возрасте от

4 до 5 лет и 25 детей 6-7 лет. У всех детей в данной группе отсутствовал какой-либо диагноз на момент проведения диагностики.

По результатам диагностики у 27 детей ЭГ № 2, что составляет 29% от общей численности группы, не было выявлено нарушений развития по аутистическому типу. Это означает, что проверка результатов диагностики психоэмоционального развития этих детей с помощью 2 специальных критериев подтверждения РАС дала отрицательный результат. Во всех 27 случаях были одновременно выполнены два основных условия, которые позволяют исключить предположения о РАС:

1) по двум шкалам С (Коммуникация) и D (Эмоциональные проявления) или хотя бы по одной из них результат соответствовал шифру «5» – типичному развитию;

2) как минимум по пяти шкалам из семи результаты соответствовали шифрам «5» или «4».

Кроме того, при анализе диагностических профилей 24 из этих 27 детей мы не выявили патологически доминирующий уровень системы базальной аффективной регуляции, то есть по большинству шкал преобладал шифр «5», что соответствует типичному развитию.

Однако у 3 из обсуждаемых 27 детей выявилось доминирование четвертого уровня аффективной регуляции (по большинству шкал результаты соответствовали шифру «4»).

Поскольку проверка протоколов диагностики этих 3 детей с помощью двух специальных критериев подтверждения РАС дала отрицательный результат, мы можем предположить у них эмоциональные нарушения, не связанные с аутизмом.

Подчеркнем, что выявленный нами факт доминирования четвертого уровня эмоциональной регуляции примерно у 3% детей ЭГ № 2 и 11% детей КГ, не имеющих ограничений по здоровью и в соответствии с результатами диагностики не попавших в группу риска по РАС, является, на наш взгляд, интересным и значимым. Возможно, он свидетельствует о чувствительности разработанной диагностики к эмоциональным нарушениям, не связанным с аутистическим

развитием. Данный факт нуждается в проверке в специальном исследовании на репрезентативной выборке дошкольников с нейротипичным развитием.

В отношении остальных 66 дошкольников ЭГ № 2, что составляет 71% от общей численности группы, подтвердилось предположение о том, что они находятся в группе риска по РАС. По результатам диагностики у каждого из этих детей выявлено:

- патологическое доминирование одного из уровней системы аффективной регуляции (наличие одного и того же шифра в интервале от «1» до «4» по четырем и более шкалам), что предполагает развитие ребенка по аутистическому типу;

- отсутствие показателей, соответствующих нейротипичному развитию (то есть шифра «5»), по шкалам С (Коммуникация) и D (Эмоциональные проявления).

Оценка результатов диагностики этих 66 детей с помощью двух специальных критериев подтверждения РАС не позволяла исключить опасения родителей и/или специалистов (педагогов, психологов или воспитателей) об имеющемся аутистическом расстройстве. Все эти дети были отнесены нами к группе риска по РАС.

На Рисунке 13 приведено распределение вариантов патологически доминирующих уровней (и, предположительно, соответствующих им вариантов аутистического развития) у 66 детей с подозрением на РАС из ЭГ № 2.

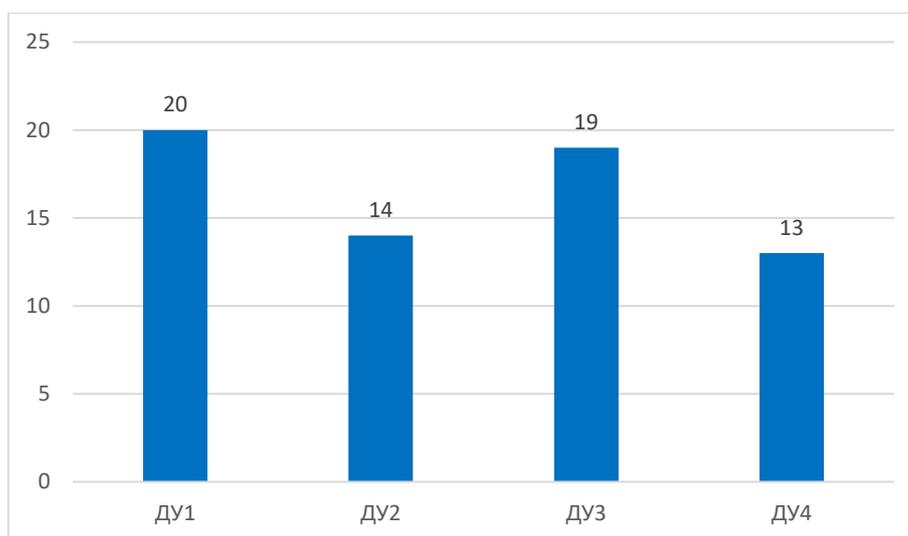


Рисунок 13 – Распределение вариантов доминирования уровней (ДУ) аффективной регуляции у детей группы риска по РАС в ЭГ № 2

Возрастное распределение 66 детей группы риска по РАС (из ЭГ № 2) было следующим:

- младший дошкольный возраст до 4 лет – 19 детей,
- наибольшее количество детей приходится на средний дошкольный возраст (4-5 лет) – 32 ребенка,
- старший дошкольный возраст (5-7 лет) – 15 детей.

Все эти дети (66 дошкольников) были направлены на консультацию к детскому врачу – психиатру; на момент завершения нашего исследования консультацию посетили 19 детей.

По итогам медицинского обследования эти 19 детей, прошедших консультацию детского врача – психиатра, получили диагноз «РАС», что является дополнительным подтверждением практической валидности разработанной нами диагностики и говорит о ее прогностической ценности.

3.5. Выявление корреляции критериев подтверждения расстройства аутистического спектра по результатам апробации диагностики психоэмоционального развития

С помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена мы решили проверить наличие взаимосвязи двух критериев подтверждения РАС, определенных нами в ходе апробации диагностики психоэмоционального развития дошкольников. Выявление такой взаимосвязи позволило бы дополнительно подтвердить адекватность определения патологически доминирующего уровня аффективной регуляции как показателя аутистического развития. Поскольку дефициты коммуникации и эмоциональные нарушения являются неоспоримыми критериями клинической диагностики РАС, зафиксированными в медицинских классификаторах, выявление проблем по соответствующим шкалам (С – Коммуникация и D – Эмоциональные проявления) при диагностике психоэмоционального развития ребенка с аутизмом является самоочевидным. Корреляция данного критерия с выявленным патологически доминирующим уровнем аффективной регуляции позволила бы дополнительно убедиться в диагностической ценности последнего.

Кроме того, корреляция между двумя критериями подтверждения РАС являлась бы дополнительным подтверждением их валидности.

Распределение детей в контрольной и экспериментальных группах № 1 и № 2 с патологическим доминированием одного из уровней аффективной регуляции (шифр от 1 до 4), а также имеющих одновременно шифр по шкалам С (коммуникация) и D (эмоциональные проявления) ниже 5, приведено в Таблице 10.

Таблица 10 – проверка наличия двух критериев в группах выборки

Критерий	Группа		
	ЭГ № 1	КГ	ЭГ № 2
Общее кол-во детей в группе	132	131	93
Кол-во детей, имеющих шифр по шкалам С и D <5	132	0	66
Кол-во детей, имеющих шифр по шкалам С и D <5 в процентном выражении, %	100%	0%	71%
Кол-во детей с патологическим доминированием одного из уровней аффективной регуляции, шифр от 1 до 4	132	15	69
Кол-во детей с патологическим доминированием одного из уровней аффективной регуляции в процентном выражении, %	100%	11,5%	74%

Ранговый коэффициент корреляции Спирмена подсчитывался по формуле:

$$R = 1 - \frac{6 \times \sum (D^2)}{n \times (n^2 - 1)},$$

где n – количество ранжируемых признаков;

D – разность между рангами по двум переменным для каждого испытуемого;

$\sum (D^2)$ – сумма квадратов разностей рангов.

Значение коэффициента Спирмена составило 0,9 и по шкале Чедока, представленной в Таблице 11, оценивается как весьма высокая корреляционная связь.

Таблица 11 – Шкала Чедока

Абсолютное значение (коэфф. Спирмена)	Теснота (сила) корреляционной связи
менее 0,3	Слабая
от 0,3 до 0,5	Умеренная
от 0,5 до 0,7	Заметная
от 0,7 до 0,9	Высокая
более 0,9	Весьма высокая

Это означает, что существует взаимосвязь между отклонением в нормативном развитии, определяемом по двум шкалам – С (коммуникация) и D (эмоциональные проявления), и доминированием одного из уровней аффективной системы.

Рассмотрим более подробно взаимосвязь оценки по шкалам С (коммуникация) и D (эмоциональные проявления) с доминированием одного из уровней системы аффективной регуляции в группах детей, с которыми проводилась апробация диагностики психоэмоционального развития ребенка с РАС.

В Экспериментальной группе № 1, в которую были включены дети с подтвержденным медицинским диагнозом «РАС», у всех 132 человек (100% общей численности группы) существует патологическое доминирование одного из четырех из уровней системы аффективной регуляции, а оценки по шкалам С (коммуникация) и D (эмоциональные проявления) соответствуют шифрам ниже «5», то есть ниже уровня нормативного развития. Таким образом, взаимосвязь между указанными критериями и доминированием одного из четырех уровней эмоциональной системы присутствует в 100% случаев.

В Контрольной группе у всех детей с нейротипичным развитием (131 ребенок – 100% общей численности группы) оценка хотя бы по одной из двух шкал – С (Коммуникация) и D (Эмоциональные проявления) – соответствует шифру «5». Кроме того, выполняется и второе условие исключения РАС: оценки по пяти или большему количеству шкал (из имеющихся семи) соответствуют шифру «5», то есть типичному развитию. Соответственно, у всех детей КГ отсутствует РАС.

У 116 детей КГ (89% от общего числа детей КГ) доминирование какого-либо уровня базальной аффективной регуляции не выявлено, но у 15 детей (11% от общей численности группы) выявлено доминирование четвертого, наиболее высокого уровня аффективной организации. Таким образом, в данной группе в 89% случаев можно увидеть взаимосвязь между двумя критериями подтверждения/исключения РАС.

В Экспериментальной группе № 2, в которую были включены дети с подозрением на РАС (всего 93 ребенка), то есть дети без какого-либо диагноза, но имеющие проблемы в поведении и коммуникации, у 66 детей (71% от численности группы) имелось патологическое доминирование одного из уровней аффективной регуляции, а оценки по шкалам С (Коммуникация) и D (Эмоциональные проявления) соответствовали шифрам в диапазоне от 1 до 4, но не шифру «5», характерному для нейротипичного развития. Таким образом, имелась корреляция этих двух критериев подтверждения аутистического расстройства в 66 случаях из 93; все эти дети были отнесены к группе риска по РАС.

Еще 27 детей (29% от общей численности группы) получили оценки по шкалам С (Коммуникация) и D (Эмоциональные проявления), соответствующие шифру «5», то есть адекватные нейротипичному развитию. При этом у 24 из них отсутствует доминирование какого-либо уровня аффективной системы, у оставшихся 3 доминирует четвертый (наиболее высокий) уровень аффективной регуляции. Таким образом, в 97% случаев у этих 27 детей подтвердилась взаимосвязь между патологическим доминированием одного из уровней аффективной регуляции и оценками, полученными по шкалам С (Коммуникация) и D (Эмоциональные проявления).

Если обобщить данные, полученные на всей выборке из 356 детей, включенных в апробацию диагностики, то у 338 из них (95% от общего количества детей) обнаружена корреляция между двумя критериями подтверждения наличия/отсутствия РАС. Следовательно, в тех случаях, когда доминирование одного из уровней эмоциональной системы отсутствует, а оценки по шкалам С (Коммуникация) и D (Эмоциональные проявления) соответствуют шифру «5», мы с уверенностью можем исключить предположение о РАС. Такая взаимосвязь выявлена у 140 детей, что составляет 39% от численности всей выборки.

В случае, когда имеется доминирование одного из четырех уровней системы аффективной регуляции и оценки по шкалам С (Коммуникация)

и D (Эмоциональные проявления) ниже шифра «5», мы обоснованно предполагаем наличие РАС. Взаимосвязь такого характера наблюдалась у 198 детей из 356, что составляет 56% от общего количества детей.

Таким образом, взаимосвязь между оценкой по шкалам С (Коммуникация) и D (Эмоциональные проявления) и патологическим доминированием одного из уровней эмоциональной системы подтверждена в 95% случаев.

В 18 случаях из 356 (15 детей из КГ и 3 детей из ЭГ № 2, что составляет 5% от всей выборки) подобная связь не прослеживается. То есть у всех 18 детей результаты по шкалам шифр С (Коммуникация) и D (Эмоциональные проявления), или хотя бы по одной из них соответствовали шифру «5», характерному для нормы, но при этом наблюдалось доминирование «4» уровня системы аффективной регуляции. Таким образом, *в ходе исследования было обнаружено, что четвертый уровень аффективной регуляции может доминировать у детей, не имеющих аутистического расстройства.* Мы предполагаем, что в таком случае у ребенка возможны эмоциональные нарушения, не связанные с аутизмом, и этот феномен требует дальнейшего изучения.

В итоге в исследовании выявлена взаимосвязь двух критериев подтверждения РАС, что позволяет в первую очередь дополнительно убедиться в диагностической ценности каждого из них. Во-вторых, поскольку первый из критериев (связанный с проблемами в коммуникативном и эмоциональном развитии) является общепризнанным и приводится в медицинских классификаторах, то второй, связанный с выявлением патологически доминирующего уровня аффективной регуляции как показателя РАС, дополнительно подтверждает свою валидность, имея высокую степень корреляции с первым. Кроме того, поскольку второй критерий соответствует гипотезе О.С. Никольской о патологическом доминировании одного из уровней аффективной регуляции при аутизме, мы можем говорить о том, что получили еще один аргумент, подтверждающий данную теоретическую идею.

3.6. Анализ результатов диагностики психоэмоционального развития детей с РАС по основным направлениям оценки

Одна из основных задач создания и апробации диагностики психоэмоционального развития дошкольника с РАС, которую мы ставили в настоящем исследовании, – это получение подробных результатов по основным семи направлениям развития ребенка (особенности индивидуальной и совместной игры, коммуникация, эмоциональные проявления, наличие аффективных проблем, особенности моторики и речи), их соотнесение с вариантом аутистического развития, для того чтобы выбрать наиболее адекватные методы коррекционной помощи и составить план работы с ребенком по итогам диагностики.

Приведем примеры анализа результатов диагностики основных направлений психоэмоционального развития детей с РАС из ЭГ № 1.

Пример 1 – Милена К., 5 лет

Девочка направлена на прием к психологу врачом-психиатром после постановки диагноза «детский аутизм», шифр F.84.0 по МКБ-10.

Жалобы родителей: проблемы речевого развития, имеются только отдельные слова и повторение «эхом»; не может ни на чем сосредоточиться; не играет в игрушки, перемещается с ними по комнате; контакт с близкими людьми затруднен.

Проведена диагностика психоэмоционального развития девочки, заполнен протокол, и на его основании построен профиль психоэмоционального развития ребенка, представленный на Рисунке 14.

Протокол диагностики

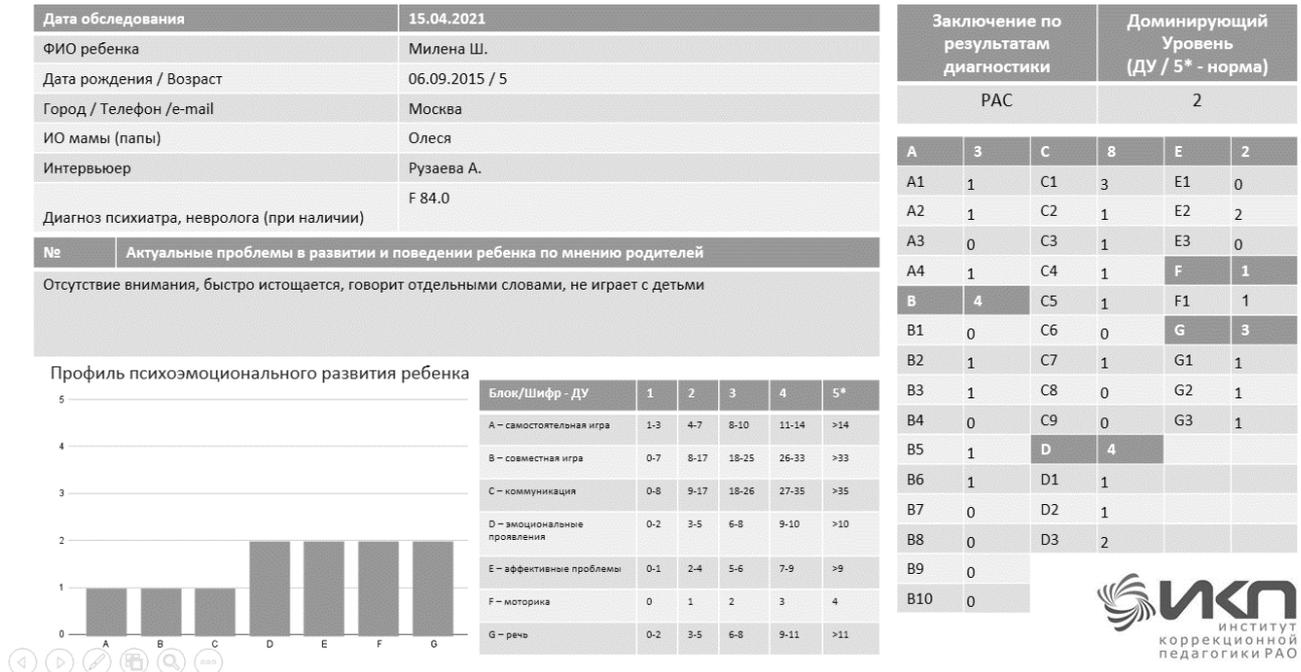


Рисунок 14 – Протокол диагностики Милены К.

Выводы по результатам диагностики на основании профиля психоэмоционального развития ребенка.

1. Подтвердился диагноз «детский аутизм», поскольку результаты диагностики соответствуют двум критериям подтверждения РАС:

- по четырем шкалам из семи результаты соответствуют одному и тому же шифру, этот шифр – «2» (ниже нормального значения «5»), следовательно, имеется доминирование одного из уровней базальной аффективной регуляции;

- по шкалам C (Коммуникация) и D (Эмоциональные проявления) оценки ниже нормального значения (ниже «5»), точнее по шкале C – оценка соответствует шифру «1», по шкале D – шифру «2».

2. Оценки по всем шкалам крайне низкие, соответствующие первому или второму уровням аффективной регуляции. Наиболее дефицитарные направления – это игра, как самостоятельная (шкала A), так и совместная со взрослым (шкала B), а также коммуникация (шкала C).

Анализ результатов диагностики по отдельным критериям внутри соответствующих шкал диагностической карты (A, B и C) дает возможность

определить, что именно в самостоятельной игре ребенка или в игре, совместной со взрослым, страдает в наибольшей степени.

Самостоятельная игра девочки (критерии шкалы А) имеет крайне низкие оценки. Это значит, что Милена проявляет интерес только к сенсорным свойствам игрушек (А1 – 1 балл), сосредоточена на прыжках, кружении и кручении предметов в руках (А2 – 1 балл), не проявляет интереса к игрушкам, не играет с ними (А3 – 0 баллов) и ее выбор игры соответствует Игре 1 – с сенсорными и аффективными ощущениями от предметов и собственного тела, в том числе присутствует бесцельное перемещение по комнате (полевое поведение), что отражается в оценке критерия А4 – 1 балл.

Совместная игра со взрослым (шкала В) также имеет крайне низкие оценки (0 или 1 балл по каждому из критериев). Это означает, что девочка включается в игру лишь в том случае, если она связана с ее любимыми сенсорными ощущениями (В1 – 0 баллов), постоянно перемещается по игровой комнате, проявляя интерес только к сенсорным свойствам предметов (В4 – 0 баллов), не вовлекается в сюжетную игру (В7 – 0 баллов), отсутствует «игра с приключением» (В8 – 0 баллов), отсутствует игра «понарошку» (В9 – 0 баллов), в игре ребенок не использует предметы-заместители (В10 – 0 баллов).

Однако несмотря на то, что Милена в игре сосредоточена на поиске и воспроизведении определенных сенсорных впечатлений, она может отсрочено повторить за взрослым понравившееся игровое действие (В2 – 1 балл), может стереотипно повторять игровое действие, основанное на ярком аффективном впечатлении (В3 – 1 балл). Следовательно, ребенку доступна имитация некоторых игровых действий взрослого (В5 – 1 балл), однако изменений и дополнений собственных игровых действий девочка пока не принимает (В6 – 1 балл).

Таким образом, выбор самостоятельной игры девочкой в рассматриваемом случае – это выбор игры, свойственной ребенку раннего возраста. Актуальной задачей специалиста является установление эмоционального контакта с девочкой, присоединение к ее действиям и сопровождение их эмоционально-смысловым комментарием, которые будут придавать положительную эмоциональную окраску

и игровой смысл действиям ребенка, чтобы в дальнейшем превратить их в эпизоды сюжетной игры.

3. По результатам диагностики у девочки определяется патологически доминирующий уровень аффективной регуляции. Оценки по четырем шкалам из семи соответствуют шифру «2», что указывает на доминирование второго уровня базальной аффективной регуляции и, соответственно, второй вариант аутистического развития.

Поведение детей 2-й группы в типологизации аутизма О.С. Никольской определяется их направленностью на формирование индивидуальной избирательности в контактах со средой. Большинство воздействий среды ребенок фиксирует, как неподходящие и неприятные, и его жизненный стереотип выстраивается не столько как система связей с внешним миром и людьми, сколько как средство защиты и ограничений, поэтому они разрабатывают изоощренные способы аутостимуляции – моторные и речевые стереотипии, блокирующие внешние воздействия. Сверхжесткий жизненный стереотип перекрывает ребенку путь дальнейшего развития.

В рамках привычных ситуаций они усваивают простые навыки, пользуются речью. В речи такого ребенка преобладают простые, однажды усвоенные «штампы», иногда книжные цитаты. Характерна также отставленная эхолалия, использование глаголов в неопределенной форме, неправильное употребление личных местоимений. Произвольное сосредоточение возможно лишь на короткое время, но при «подстраивании» к стереотипным удовольствиям ребенка эти моменты можно продлить, установить с ребенком эмоциональный контакт, добиться объединения внимания с взрослым, необходимого при обучении, освоении нового.

Рекомендации по составлению коррекционной программы будут ориентированы в целом на особенности данного – второго – варианта аутистического развития. Кроме того, будут учитываться индивидуальные данные, полученные при анализе протокола обследования и индивидуального профиля развития ребенка.

Так, например, в данном случае мы видим, что способности ребенка к самостоятельной игре и к совместной игре со взрослым, так же как и способности к коммуникации, определяются первым уровнем аффективной регуляции, то есть крайне низкие, минимальные из всех возможных. Понятно, что коррекционная работа будет учитывать эти проблемы, но ориентироваться и при установлении контакта, и при развитии взаимодействия с ребенком специалист будет на более высокий - второй уровень эмоциональной регуляции, определяющий возможности ребенка в настоящее время и отражающийся в особенностях речи и моторики, эмоциональных проявлениях и наличии аффективных проблем в данном случае.

В процессе составления коррекционной программы специалист может ориентироваться на более высокие речевые возможности ребенка и его эмоциональные проявления, при этом основной упор в программе будет сделан на развитие коммуникации, а также развитие самостоятельной и совместной игры с ребенком.

Пример 2 – Настя Е., 3 года

Родители девочки обратились к психологу после постановки врачом-психиатром диагноза «детский аутизм», шифр F.84.0 по МКБ-10.

Жалобы родителей: Настя мало и редко говорит, не отпускает маму от себя, плачет, если она уходит, не любит играть с детьми, не играет самостоятельно в игровых комнатах или с другими детьми.

Психологом проведена диагностика психоэмоционального развития девочки, заполнен протокол, и на его основании построен профиль психоэмоционального развития ребенка, представленный на Рисунке 15.

Протокол диагностики

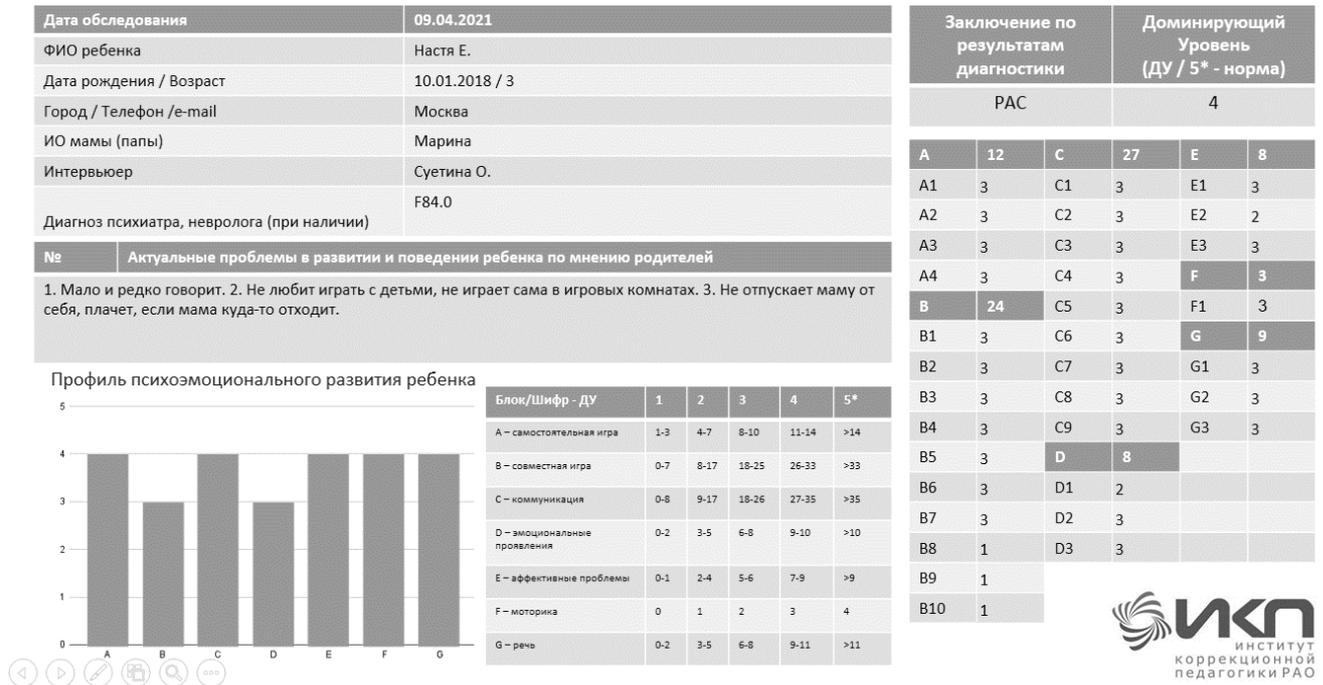


Рисунок 15 – Протокол диагностики Насти Е.

Выводы по результатам диагностики на основании профиля психоэмоционального развития ребенка.

1. Подтвердился диагноз «детский аутизм», поскольку результаты диагностики соответствуют двум критериям подтверждения РАС:

- по пяти шкалам из семи результаты соответствуют одному и тому же шифру; этот шифр – «4» (ниже нормального значения «5»), следовательно, имеется доминирование одного из уровней базальной аффективной регуляции;

- по шкалам C (Коммуникация) и D (Эмоциональные проявления) оценки ниже нормального значения (ниже «5»), точнее, по шкале C оценка соответствует шифру «4», по шкале D – шифру «3».

2. Оценки по всем шкалам ниже нормативного уровня и соответствуют третьему или четвертому уровням аффективной регуляции. Наиболее дефицитарные направления – это совместная игра со взрослым (шкала B) и эмоциональные проявления (шкала D).

Рассмотрим подробнее, что именно страдает в наибольшей степени в психическом развитии ребенка и какие задачи по результатам диагностики

можно поставить перед специалистом, ведущим с девочкой коррекционную работу.

По шкале А – Самостоятельная игра - можно увидеть, что девочка проявляет интерес к игрушкам, может задавать вопросы о понравившихся игрушках и играть самостоятельно, но при условии дополнительного побуждения со стороны мамы. Ребенок выбирает сюжетную игру (А1, А2, А3, А4 – 3 балла), что вполне соответствует ее возрасту.

В совместной игре со взрослым (шкала В) Настя может ненадолго включиться в сюжетную игру, особенно если в ней участвует мама (В2 – 3 балла); в игру, основанную на эмоциональном заражении – Игра2 – она включается только с мамой (В1 – 3 балла). Девочка включается в знакомую для себя игру и совместно со взрослым может проигрывать ситуации из домашней жизни; в игре она выстраивает короткие, простые цепочки событий, не всегда соблюдая логику развития сюжета (В3, В4, В5 – 3 балла), но мама может вносить подробности и дополнения в сюжет, которые ребенок принимает (В6 – 3 балла). Настя эпизодически может в игре взять на себя определенную роль, использует предметы-заместители, девочке доступна «игра понарошку» (В7 – 3 балла, В9, В10 – 1). Однако «приключений» в игре ребенок не допускает, и, если взрослый пытается вносить новизну в знакомые ребенку сюжеты, девочка может потерять интерес к игре (В8 – 1 балл).

Таким образом, задача специалиста в работе с ребенком будет заключаться во внесении в совместную игру разнообразия, преодолении стереотипности и формировании сюжета «с приключением», что всегда предполагает нарушение привычного порядка событий. Формирование сюжета «с приключением» развивает у ребенка способность к преодолению препятствий и возможность справиться с ощущением тревоги, страха, что крайне значимо для ребенка с РАС, который всегда старается держать полный контроль над обстоятельствами, не допуская никаких изменений в привычных занятиях.

3. По результатам диагностики оценки по пяти шкалам из семи соответствуют цифру «4», что указывает на патологическое доминирование

четвертого уровня базальной аффективной регуляции и, соответственно, 4-й вариант аутистического развития. Это наиболее благополучный вариант развития ребенка с аутизмом. Тем не менее ребенок с 4-м вариантом аутистического развития осторожен, пуглив, робок, его страхи связаны со сверхчувствительностью. Необходима постоянная поддержка и одобрение близкого взрослого, ребенок нуждается в успокоении, эмоциональной поддержке. Такой ребенок избирателен в контактах, привязан к близким людям, к матери, легко «заражается» ее эмоциональным состоянием. Может сопереживать и проявлять сочувствие только по отношению к близким людям, а эмоции других людей ребенок не различает и не ориентируется на них, причем его собственные эмоциональные проявления не всегда адекватны ситуации. Контакты таких детей с окружающими строятся с помощью правил, усвоенных от близких людей в готовом виде и применяемых в неизменной форме. При этом характер обращений к другим людям, в частности, задаваемые ребенком вопросы по большей части являются стереотипными. Основной адаптационной задачей для детей с 4-м вариантом аутистического развития является установление эмоционального контакта с близким взрослым, его развитие и использование для совместного освоения все более сложных отношений с окружающим миром.

Рекомендации по составлению коррекционной программы в рассматриваемом случае будут ориентированы на особенности 4-го варианта аутистического развития, однако индивидуальные данные ребенка, которые были получены в результате диагностики и отражены в профиле психоэмоционального развития, также будут учтены. То есть при планировании занятий будет учитываться, что способности девочки к совместной игре (шкала В) и ее эмоциональные проявления (шкала D) определяются третьим уровнем аффективной регуляции, и возможности ребенка в этих направлениях ниже, чем в других. Поэтому коррекционная работа в первую очередь будет ориентироваться на развитие совместной игры с ребенком, преодоление стереотипности и внесение в сюжет «приключения». Особое внимание будет уделяться эмоциональным проявлениям ребенка с учетом того факта, что они

обусловлены доминированием четвертого уровня эмоциональной регуляции, определяющим возможности девочки, что отражается в ее игре (шкала А), коммуникации (шкала С), особенностях речи (шкала G) и моторики (шкала F), в имеющихся аффективных проблемах (шкала E).

Пример 3 – Николай К., 2 года 6 месяцев

На момент диагностики *у ребенка не было диагноза «расстройство аутистического спектра», мальчик не прошел консультацию врача – детского психиатра.* Родители обратились к психологу по рекомендации врача-невролога, который предположил у Николая «задержку психоречевого развития с нарушением поведения». Родители также обращали внимание на то, что ребенок не отзывается на имя, не разговаривает и не интересуется другими детьми.

Психологом проведена диагностика психоэмоционального развития Николая, заполнен протокол, и на его основании построен профиль психоэмоционального развития ребенка, представленный на Рисунке 16.



Рисунок 16 – Протокол диагностики Николая К.

Выводы по результатам диагностики на основании профиля психоэмоционального развития ребенка.

1. Так как результаты диагностики соответствуют двум критериям подтверждения РАС, мы можем сделать предположение о наличии РАС у ребенка:

- по шести шкалам из семи результаты соответствуют одному и тому же шифру, этот шифр – «1» (ниже нормального значения «5»), следовательно, имеется доминирование одного из уровней базальной аффективной регуляции;

- по шкалам С (Коммуникация) и D (Эмоциональные проявления) оценки ниже нормального значения (ниже «5») и соответствуют шифру «1».

По итогам диагностики психоэмоционального развития Николай К. был отнесен к группе риска по РАС и направлен на консультацию к детскому врачу – психиатру, который провел клиническую диагностику и поставил диагноз «детский аутизм» (шифр F84.01 по МКБ-10).

2. Оценки по шести шкалам из семи соответствуют шифру «1», что указывает на патологическое доминирование первого уровня базальной аффективной регуляции и, соответственно, 1-й вариант аутистического развития. Дети с 1-м вариантом аутистического развития имеют наиболее выраженные признаки социальной дезадаптации, и характеризуются отрешенностью от внешней среды. Такой ребенок, как правило, демонстрирует «полевое поведение», что выражается в бесцельном перемещении в пространстве, во время которого внимание ребенка лишь мимолетно может привлечь какой-то предмет. Ребенок мучен, не реагирует на обращенную речь, удовлетворяет свои потребности либо самостоятельно, либо молча ведет взрослого к нужному объекту, подталкивая его руку в направлении этого объекта; не выполняет инструкции и просьбы, причем создается ощущение, что он «не видит и не слышит»; нет произвольного подражания, хотя иногда возможно непроизвольное подражание действиям, мимике, жесту, речевым реакциям других людей в аффективно насыщенной ситуации. Социальные правила в своем поведении не учитывает, не «заражается» эмоциональным состоянием близкого человека,

не сочувствует, не различает эмоции окружающих людей, не проявляет адекватно собственные эмоции.

3. Оценки у мальчика по всем шкалам крайне низкие, соответствующие первому уровню аффективной регуляции. Единственная более высокая оценка – это оценка моторного развития ребенка (шкала F) – соответствует третьему уровню аффективной организации. Таким образом, можно сказать, что все основные направления развития ребенка являются дефицитарными. У мальчика отсутствует как самостоятельная игра, так и игра со взрослым. Он проявляет интерес только к сенсорным свойствам игрушек и неигровым предметам, любит пересыпать предметы из одной емкости в другую, с удовольствием высыпает из коробки конструктор, катает машинку (A1 – 1 балл, A2 – 1 балл, A4 – 1 балл). При попытке взрослого присоединиться к его деятельности – выбрасывает персонажи из машинки, может протестовать или теряет интерес к предмету, которым играл (B7, B8 – 1 балл). Ребенок не вовлекается в совместную игру со взрослым – ни в сюжетную, ни в игру, основанную на эмоциональном заражении, – все остальные критерии совместной игры (шкала B) оцениваются специалистом в 0 баллов.

Также крайне низкие оценки (0 баллов) имеют эмоциональные проявления мальчика (шкала D): эмоциональное «заражение» отсутствует, игнорирует эмоциональные проявления других людей и не проявляет собственные эмоции адекватно ситуации. Имеются аффективные проблемы (шкала E): проявляет самоагрессию (прижимает кулак к подбородку) и агрессию в виде крика в ситуации дискомфорта. Коммуникативные проявления ребенка (шкала C) имеют крайне низкие оценки: «ускользает взглядом», не реагирует на обращенную речь и эмоционально-смысловой комментарий специалиста, не подражает, не обращается с просьбой и не выполняет просьбы и инструкции психолога. При этом ребенок толерантен к тактильному контакту, спокойно реагирует на прикосновения, может быть со взрослым на очень близкой дистанции (C2 – 2 балла). Ребенок не пользуется речью (мутичен), что отражено в оценках по шкале G (Особенности речи).

Первый этап коррекционной работы с Николаем предполагает установление эмоционального контакта и присоединение к его действиям, сопровождение их эмоционально-смысловым комментарием, придание ситуации положительной эмоциональной окраски и игрового смысла. Основной задачей для специалиста на этом этапе будет формирование совместных с ребенком осмысленных приятных переживаний и ощущений, закрепленных в игровых действиях, чтобы затем, на следующем этапе работы, было возможно связать их в простой, узнаваемый сюжет и определенную последовательность действий. В итоге по результатам таких занятий, у ребенка, относящегося к первому варианту аутистического развития, внимание становится более развернутым, он легче идет на контакт со взрослым, у него проявляется интерес к житейским событиям.

Рекомендации по составлению коррекционной программы будут ориентированы на особенности 1-го варианта аутистического развития, однако будут учитываться индивидуальные данные, полученные при анализе протокола обследования и индивидуального профиля развития ребенка. Понятно, что для эмоционального и коммуникативного развития мальчика важно, чтобы взаимодействие с ним базировалось на присоединении взрослого к его любимым впечатлениям и развитию совместной игры.

Таким образом, с помощью диагностики психоэмоционального развития специалист имеет возможность:

- подтвердить или поставить под сомнение наличие РАС,
- определить вариант аутистического развития, выявив патологически доминирующий уровень аффективной регуляции,
- детально оценить основные направления развития ребенка, выявить дефицитарные и ресурсные зоны, которые могут стать ориентиром при составлении психокоррекционной программы и/или при повторной диагностике – для оценки динамики развития ребенка с РАС.

Кроме того, диагностика по каждой шкале при подробном рассмотрении содержит в себе данные не только о самых актуальных направлениях работы с ребенком, но и указывает на конкретные проблемы, имеющиеся на этих

направлениях и, соответственно, помогает выделить наиболее актуальные задачи, которые необходимо решать специалисту в ходе занятий.

Выводы по Главе 3

1. В экспериментальной части исследования была проведена апробация разработанной нами диагностики психоэмоционального развития дошкольников с РАС в нескольких регионах России, уточнены и дополнены формулировки критериев диагностической карты, доработана система диагностической оценки.

Подтвердилась возможность диагностической оценки 7 значимых направлений развития детей, получения результатов в количественном и графическом выражении с помощью разработанной диагностики. Выявилась возможность качественного индивидуального анализа результатов, позволяющего определить проблемные и ресурсные аспекты по каждому направлению развития, что создает возможности для более подробного планирования и выбора наиболее адекватных методов коррекционной работы с дошкольником с РАС.

2. В ходе апробации диагностики была проверена и подтверждена теоретическая идея О.С. Никольской о патологическом доминировании одного из четырех уровней системы аффективной регуляции при разных вариантах аутистического развития. Выявление доминирования одного из уровней базальной аффективной регуляции у детей с аутизмом и отсутствия такового (в большинстве случаев) у детей с типичным развитием является также подтверждением конструктивной (теоретической) валидности апробируемой диагностики, то есть ее возможности определять вариант аутистического развития в соответствии с доминирующим уровнем аффективной регуляции.

3. В экспериментальной части исследования доказана возможность разработанной диагностики подтвердить или поставить под сомнение диагноз «расстройство аутистического спектра». Для этого определены два критерия:

- патологическое доминирование одного из уровней аффективной регуляции, которое выявляется в том случае, когда показатели по четырем или большему количеству шкал имеют один и тот же шифр в диапазоне от 1 до 4;

- показатели по шкалам С (Коммуникация) и D (Эмоциональные проявления) не соответствуют типичному развитию, то есть результаты диагностики по данным шкалам имеют шифр от 1 до 4.

Проверка результатов диагностики детей, имеющих медицинский диагноз «РАС», и детей с типичным развитием с помощью двух определенных нами критериев подтвердила их надежность в отношении подтверждения/исключения РАС в 100% случаев. Дополнительным указанием на это является высокая степень их корреляции, обнаруженная в ходе специального анализа с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

В целом доказанная в исследовании способность разработанной диагностики подтвердить или поставить под сомнение диагноз «расстройство аутистического спектра», поставленный врачом – детским психиатром, говорит о ее практической валидности.

4. Дополнительным подтверждением практической валидности диагностики стали результаты ее апробации в группе детей с подозрением на РАС, но не имеющих диагноза. Дети, отнесенные к группе риска по РАС в результате диагностики психоэмоционального развития и прошедшие впоследствии консультацию детского врача – психиатра, получили медицинский диагноз «расстройство аутистического спектра».

5. С помощью разработанной диагностики психоэмоционального развития дошкольников с аутизмом в эксперименте удалось выявить распределение вариантов аутистического развития на имеющейся выборке детей с РАС. Обнаружилось преобладание наиболее тяжелых – первого и второго – вариантов аутистического развития. Является ли такая закономерность характеристикой экспериментальной группы нашего исследования, может ли она экстраполироваться на более широкую выборку дошкольников с аутизмом, могут показать дальнейшие популяционные исследования.

6. В экспериментальной части исследования обнаружился значимый феномен, состоящий в том, что доминирование четвертого, наиболее высокого уровня базальной аффективной регуляции было выявлено не только у детей

с медицинским диагнозом «РАС», но и у некоторых нейротипичных детей, не имеющих признаков аутистического развития (примерно 11% случаев). Данный феномен, предположительно, может быть связан с имеющимися у этих детей эмоциональными нарушениями, не связанными с аутизмом, и нуждается в дальнейших специальных исследованиях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

В настоящем исследовании изучалась возможность создания комплексной психологической диагностики дошкольника с расстройством аутистического спектра, которая позволяла бы оценить наиболее существенные направления его развития и при этом была бы ориентирована на специфику аутистического дизонтогенеза. Представлялось также важным учесть современные данные нейробиологических и генетических исследований о существовании разных вариантов РАС (или разных «аутизмов»), имеющих различную этиологию и патогенез и проявляющихся по-разному. Этим данным на уровне психологического изучения РАС соответствуют различные классификации аутистического расстройства, одну из которых – классификацию детского аутизма и соответствующую ей концепцию о вариантах нарушения системы базальной аффективной регуляции при разных вариантах аутистического развития (Никольская О.С., 2014, 2020) – мы взяли за основу формируемой диагностики.

Существенной характеристикой разработанной диагностики является также ее ориентация на игру как основу и диагностической процедуры, и системы оценки когнитивной и аффективной сферы дошкольника с РАС, определения его коммуникативных возможностей, выявления проблем развития.

Разработанная диагностика прошла апробацию, в которую были включены три группы детей: дошкольники, имевшие диагноз «РАС», поставленный врачом – детским психиатром; дошкольники с подозрением на РАС, не имевшие диагноза; дошкольники, не имевшие проблем по здоровью.

Выводы исследования

1. На основании теории об уровне строения системы аффективной организации сознания и поведения и соответствующей ей психологической классификации аутизма возможно создание комплексной диагностики, позволяющей проводить оценку основных направлений развития ребенка с РАС и определять характерный вариант аутистического развития.

2. В исследовании подтвердилась адекватность разработанной диагностики задачам оценки развития дошкольника с РАС по семи значимым направлениям, получения результатов в количественном и графическом выражении. Выявилась возможность качественного индивидуального анализа результатов, оценки проблем и ресурсов развития ребенка, что дает основания для подробного планирования коррекционной работы и выбора наиболее актуальных методов психолого-педагогической помощи.

3. В ходе апробации разработанной диагностики была проверена и подтверждена теоретическая идея О.С. Никольской о патологическом доминировании одного из уровней системы базальной аффективной регуляции при аутизме. Выявление доминирования одного из уровней системы аффективной регуляции у дошкольников с РАС и отсутствие такого доминирования (в большинстве случаев) у детей с типичным развитием является также подтверждением конструктивной (теоретической) валидности апробируемой диагностики, то есть ее способности определять вариант аутистического развития в соответствии с доминирующим уровнем аффективной регуляции.

4. В экспериментальной части исследования доказана возможность разработанной диагностики подтвердить (или поставить под сомнение) диагноз «расстройство аутистического спектра». Для этого определены два критерия, между которыми обнаружена высокая степень корреляции.

Доказанная в исследовании способность разработанной диагностики подтвердить диагноз «расстройство аутистического спектра», поставленный врачом – детским психиатром, говорит о ее практической валидности.

5. Практическая валидность разработанной диагностики подтверждается также результатами ее апробации в группе детей, не имеющих диагноза, с подозрением на РАС. Дети, отнесенные к группе риска по РАС по результатам диагностики психоэмоционального развития и прошедшие впоследствии консультацию детского врача – психиатра, получили медицинский диагноз «расстройство аутистического спектра».

6. В исследовании доказана способность разработанной диагностики определять типологический вариант аутистического расстройства у дошкольника и, соответственно, возможность оценки распределения вариантов аутистического развития в современной популяции детей с РАС.

Оценка распределения вариантов аутистического развития в современной популяции детей с РАС является, на наш взгляд, актуальной задачей для будущих исследований.

7. В экспериментальной части исследования у некоторых нейротипичных детей, не имеющих признаков аутистического развития, обнаружено патологическое доминирование четвертого, наиболее высокого уровня базальной аффективной регуляции (примерно 11% случаев). Данный феномен, предположительно, может быть связан с имеющимися у этих детей эмоциональными нарушениями, не связанными с аутизмом, и нуждается в дальнейшем изучении.

Перспективы дальнейшего исследования связаны в первую очередь с валидизацией разработанной диагностики и подразумевают сравнительное изучение ее результатов и данных, полученных с помощью иных диагностических комплексов, используемых при психолого-педагогическом обследовании дошкольников с РАС. Перспективным представляется также выявление причин патологического доминирования четвертого уровня аффективной регуляции у некоторой части детей с типичным развитием; изучение этого феномена, обнаруженного в эмпирическом исследовании, может расширить представление о возможностях разработанной диагностики. Значимой, на наш взгляд, является также оценка распределения вариантов аутистического развития в современной популяции детей с РАС с помощью разработанного диагностического комплекса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамян, Л. А. Игра дошкольника / Л. А. Абрамян [и др.]; под ред. С.Л. Новоселовой. – М.: Просвещение, 1989. – 284 с.
2. Адлер, А. Индивидуальная психология и развитие ребенка / А. Адлер; пер. с англ. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2017. – 165 с.
3. Аппе, Ф. Введение в психологическую теорию аутизма / Ф. Аппе. – М.: Теревинф, 2006. – 216 с.
4. Аркин, Е. А. Ребенок в дошкольные годы / Е. А. Аркин; под ред. А. В. Запорожца и В. В. Давыдова. – М.: Просвещение, 1968. – 445 с.
5. Аутизм и расстройства аутистического спектра: диагностика и коррекционная помощь: учебник для вузов (Высшее образование) [Электронный ресурс] / О. С. Никольская [и др.]; ответственный редактор О. С. Никольская // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – М.: Юрайт, 2022. – Режим доступа: <https://urait.ru/bcode/509289>. – 295 с.
6. Баенская, Е. Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием. Ранний возраст / Е. Р. Баенская. – М.: Теревинф, 2009. – 112 с.
7. Баенская, Е. Р. Разделенное переживание – путь терапии детского аутизма [Электронный ресурс] / Е. Р. Баенская // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2014. – № 20. – Режим доступа: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-20/razdelennoe-perezhivanie-put-terapii-detskogo>.
8. Баенская, Е. Р. Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития: методическое пособие / Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг – М.: Экзамен, 2004. – 127 с.
9. Барбера, М. Л. Вербально-поведенческий подход в АВА-терапии: Методы обучения детей с аутизмом и другими особенностями развития. – 3-е изд. / Мэри Линч Барбера, Трейси Расмуссен; пер. с англ. Д. Г. Сергеева; предисл. к рус. изд. В. Г. Ромека; предисл. М. Сандберга. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2019. – 264 с.
10. Башина, В. М. Аутизм в детстве / В. М. Башина. – М.: Медицина. – 1999. – 240 с.

11. Блонский, П. П. Педология: Кн. для преподавателей и студентов высш. пед. учеб. заведений / П. П. Блонский; под ред. В. А. Сластенина. – М.: ВЛАДОС, 2000. – 287 с.
12. Богдашина, О. Б. Лекция «Аутизм» или «аутизмы»? Современные представления о диагностике и помощи при расстройствах аутистического спектра» [Электронный ресурс] / О. Б. Богдашина // I Международная конференция «Образование детей с особыми потребностями в современном мире: ценности, смыслы, технологии», 15-17 декабря 2021 г. Институт Коррекционной Педагогики РАО, 2021. – Режим доступа: <https://www.youtube.com/watch?v=zneXaO-odQ8>
13. Большой психологический словарь / Авдеева Н. Н. и [др.]; под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. 4-е изд. расш. – М.: АСТ; Спб: Прайм–Евроснак, 2009. – 811с.
14. Бюлер, К. Духовное развитие ребенка / К. Бюлер; пер. с нем.; 3-е изд., под ред. и с предисл. В. Е. Смирнова. – М.: Новая Москва, 1924. – 556 с.
15. Венгер, А. Л. Психологическое консультирование и диагностика. Практическое руководство. Часть 1, 2 / А. Л. Венгер. – М.: Генезис, 2001. – 160 с., 128с.
16. Венгер, А. Л. Психологические синдромы: подходы к построению содержательной диагностики развития / А. Л. Венгер // Культурно–историческая психология. – 2014. – Том 10. – № 1. – С. 20–25.
17. Венгер, А. Л. Клиническая психология развития: учебник и практикум для вузов / А. Л. Венгер, Е. И. Морозова. – М.: Издательство Юрайт, 2020. – 312 с.
18. Венгер Л. А. Игра как вид деятельности / Л. А. Венгер // Вопросы психологии. – 1978. – № 3. – С. 163–165.
19. Венгер Л. А. Диагностика умственного развития дошкольников / Л. А. Венгер; под ред. Л. А. Венгера, В. В. Холмовской. – М.: «Педагогика», 1978. – 248 с.

20. Венгер, Л. А. Диагностика умственного развития дошкольников, Монография / Л. А. Венгер; Научно–исследовательский институт дошкольного воспитания Академии педагогических наук СССР. – М.: Педагогика, 1978. – 248 с.
21. Венгер, Л. А. Готов ли ваш ребенок к школе? / Л. А. Венгер, А. Л. Венгер, Т. Д. Марцинковская. – М.: Знание, 1994. – 192 с.
22. Вольская, О. В. Психологическое сопровождение развития и образования детей с ОВЗ: учебно–методическое пособие / О. В. Вольская, Ю. Т. Матасов, Л. С. Медникова, Н. А. Шумская; Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена. – Санкт–Петербург: Издательство РГПУ, 2018. – 195 с.
23. Восприятие и действие / А. В. Запорожец и [др.]; под ред. А. В. Запорожца. – М.: Издательство «Просвещение», 1967. – 324 с.
24. Всемирная организация здравоохранения. Исполнительный комитет // Сто тридцать третья сессия EB133/4. Пункт 6.1 предварительной повестки дня 8 апреля 2013 [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB133/B133_4-ru.pdf – С. 2.
25. Выгодская, Г. Л. Особенности сюжетно–ролевых игр глухих детей / Г. Л. Выгодская. – Москва: [б.и.], 1963. – 21 с. (Доклады участников Симпозиума по проблемам игры. Академия пед. наук РСФСР. Ин–т дошкольного воспитания).
26. Выготский, Л. С. Обучение и развитие в дошкольном возрасте / Л. С. Выготский // Умственное развитие детей в процессе обучения: сборник статей. – М.–Л.: Государственное учебно–педагогическое издательство, 1935. – С. 20–32.
27. Выготский, Л. С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства / Л. С. Выготский. – М.: Издание экспериментального дефектологического института им. М. С. Эпштейна, 1936. – 78 с.
28. Выготский, Л. С. Игра и ее роль в психическом развитии ребенка // Вопросы психологии. – 1966. – №6. – С. 62–68.

29. Выготский, Л. С. Мышление и речь / Выготский Л.С. – Изд. 5, испр. – М.: Издательство «Лабиринт», 1999. – С. 229.
30. Выготский, Л. С. Основы дефектологии / Л.С. Выготский. – СПб.: Лань, 2003. – 654 с. (Учебники для вузов. Специальная литература)
31. Выготский, Л. С. Психология развития ребенка / Л.С. Выготский. – М.: Изд-во Смысл, Изд-во Эксмо, 2004. – 512 с.
32. Гилберт, К. Аутизм: медицинское и педагогическое воздействие / К. Гилберт, Т. Питерс. [пер. с англ. О.В. Деряевой]. – М.: Владос, 2005. – 144 с.
33. Гринспен, С. На ты с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления / Стенли Гринспен, Серена Уидер; [пер с англ. А. А. Ильина-Томича]. – 4-е изд. – М.: Теревинф, 2016. – 512 с.
34. Грос, К. Душевная жизнь ребенка: Избр. лекции / К. Грос, проф. Гиссен. ун-та; пер. со 2-го расшир. и доп. изд. В. В. Деловой со вступ. ст. дир. Киев. Фребелев. ин-та В. В. Зеньковского. – Киев: Киев. Фребелев. о-во, 1916. – XVI, 242 с.
35. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение / О. С. Никольская и [др.] – М.: Теревинф. – 2005. – 224 с.
36. Елисеева, М.Б. Макартуровский опросник как инструмент диагностики лексического развития детей от 8 до 36 месяцев / М. Б. Елисеева, Е. А. Вершинина // Специальное образование. – 2017. – № 3 (47). – С. 66–81.
37. Жукова, М. А. Диагностика развития языка и речи с помощью «Языковых шкал для дошкольников» (Preschool Language Scales): анализ индивидуального случая / М. А. Жукова, С. А. Корнилов, Э. Ш. Симмонс, Е. Л. Григоренко // Вопросы психологии. – 2016 – №5. – С. 154–164.
38. Запорожец, А.В. Избранные психологические труды: в 2-х т. Т. I. Психическое развитие ребенка / А.В. Запорожец. – М.: Педагогика, 1986. – 320 с.

39. Захаров, А. И. Психотерапия невротиков у детей и подростков / А. И. Захаров. – Л.: Медицина: Ленингр. отд-ние, 1982. – 214 с.
40. Зейгарник, Б. В. Патопсихология: [Учеб. для вузов по спец. «Психология»] / Б. В. Зейгарник. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Изд-во МГУ, 1986. – 287 с.
41. Карабанова, О. А. Игра в коррекции психического развития ребенка: Учеб. пособие / О. А. Карабанова. – М.: Рос. пед. агентство, 1997. – 191 с.
42. Калмыкова, Н. Ю., Масленникова А. В. Диагностика психоэмоционального состояния и поведения ребенка с аутизмом для подбора эффективных методов психокоррекционной работы / Н. Ю. Калмыкова, А. В. Масленникова // Международный научно–практический журнал по материалам третьей конференции «Человек, Искусство, Вселенная» в Сочинском государственном университете, 2016 г.; под общ. ред. Н. Ю. Нагибиной, Т. Н. Грековой. – Сочи: Центр развития человека, 2016. – С. 142–155.
43. Калмыкова, Н. Ю. Клинические и психологические аспекты раннего детского аутизма (РДА). Осмысление стратегии психотерапевтической работы с детьми с аутизмом с точки зрения гештальт–терапии / Н. Ю. Калмыкова // Грани Гештальт-терапии. Сборник статей сотрудников Московского Института Гештальт–терапии и консультирования; ред.-сост. О. В. Немиринский. – М.: ИОИ, 2018. – С.193–211.
44. Калмыкова, Н. Ю. Аутизм и расстройства аутистического спектра: направления диагностики (Сообщение 1) / Н. Ю. Калмыкова // Дефектология. – 2019. – №1. – С. 35–43.
45. Калмыкова, Н. Ю. Аутизм и расстройства аутистического спектра: направления диагностики (Сообщение 2) / Н. Ю. Калмыкова // Дефектология. – 2019. – №2. – С. 38–47.
46. Калмыкова, Н. Ю. Психолого–педагогическая диагностика детей с расстройствами аутистического спектра: проблемы и возможности их решения / Н. Ю.Калмыкова, М. М. Либлинг // Актуальные проблемы психологии и педагогики в современном мире: сборник трудов участников

- IV межвузовской научно–практической конференции, Москва, РУДН, 4 апреля 2019 г. / Российский университет дружбы народов (Россия), Гданьский университет (Польша) [и др.]; [редакционная коллегия: Н. Л. Сунгурова (отв. ред.), Г. П. Иванова]. – М.: Российский университет дружбы народов, 2019. – С. 162–166.
47. Калмыкова, Н. Ю. Психологическая помощь семье аутичного ребенка: принятие диагноза / Н. Ю. Калмыкова // «Семья особого ребенка»: материалы I Всероссийской научно–практической конференции с международным участием, г. Москва, 31 октября 2019 г. Вып. 1; под общ. ред. Ю. А. Разенковой. – М.: Полиграф сервис, 2019. – С. 49–60.
48. Калмыкова, Н. Ю. Психологическая поддержка родителей, воспитывающих детей с аутизмом: особенности работы в групповом формате / Н. Ю. Калмыкова // «Семья особого ребенка»: сборник материалов II научно–практической конференции с международным участием, г. Москва, 19 ноября 2020 г. Часть II; сост. Г. Ю. Одинокова, С. А. Пономарева. – М.: ФГБНУ «ИКП РАО», 2020. – С. 396–409.
49. Калмыкова, Н. Ю. Диагностика психоэмоционального развития дошкольников с расстройствами аутистического спектра для определения варианта детского аутизма / Н. Ю. Калмыкова, М. М. Либлинг // Сборник научных трудов участников IV Международной научно–практической конференции «Современная дефектология: междисциплинарный подход к теоретическим и практическим проблемам нарушений развития у детей», МИП, 15–16 апреля 2022 г. [В печати]
50. Калмыкова Н. Ю., Либлинг М. М. Определение типологического варианта аутизма у дошкольников с помощью диагностики психоэмоционального развития [Электронный ресурс] / Н. Ю. Калмыкова, М. М. Либлинг // Альманах института коррекционной педагогики. – 2022. – № 48. – Режим доступа: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-48/determination-of-the-typological-variant-of-autism-in-preschoolers-using-the-diagnostics-of-psycho-emotional-development>

51. Клинические рекомендации – Расстройства аутистического спектра – 2020 (14.08.2020) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://disuria.ru/_id/10/1008_kr20F84mz.pdf – 51с.
52. Кляйн, М. Детский психоанализ / Мелани Кляйн; пер. Ольги Бессоновой. – Москва: Институт Общегуманитарных исследований, 2010. – 156 с.
53. Коробейников, И. А. О соотношении нозологического и функционального диагноза при нарушениях психического развития у детей / И. А. Коробейников // Дефектология. – 1995.– №6. – С. 3.
54. Коробейников, И. А. Консультативный ресурс психологического диагноза при нарушениях психического развития у детей / И. А. Коробейников, Н. В. Бабкина // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Том 25. – № 4. – С. 11–22.
55. Костин И. А. Опыт использования теста Векслера в индивидуальной работе с подростком, страдающим аутизмом // Дефектология. – 2010. – №4. – С.11–19.
56. Кулешова, И. И. Психолого–педагогическое сопровождение дошкольников с расстройствами аутистического спектра средствами поведенческой терапии / И. И. Кулешова // Международный научный журнал «Молодой ученый». – 2016. – №7.6 (111.6). – С. 150–154.
57. Лебединский, В. В. Аутизм как модель эмоционального дизонтогенеза / В. В. Лебединский // Психология аномального развития ребенка: хрестоматия в 2 томах; ред. В. В. Лебединский, М. К. Бардышевская. – М.: ЧеРо: Издательство Московского университета: Высшая школа, 2002. – Том 2. – С. 486–492.
58. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений / В. В. Лебединский – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 144 с.
59. Леонтьев, А. Н. Психологические основы дошкольной игры / А. Н. Леонтьев // Психологическая наука и образование. 1996. – Том 1. – № 3. – С. 19-31.

60. Либлинг, М. М. Игра в коррекции детского аутизма. Сообщение 1 / М. М. Либлинг // Дефектология. – 2016. – №6. – С. 23–41.
61. Либлинг, М. М. Игра в коррекции детского аутизма. Сообщение 2 / М. М. Либлинг // Дефектология. – 2017. – №1. – С. 9–22.
62. Либлинг, М. М. Роль игры в коррекционной работе при расстройствах аутистического спектра [Электронный ресурс] / М. М. Либлинг // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2017. – №26. – Режим доступа: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-28/role-playing-in-the-correctional-work-with-autism-spectrum-disorders>
63. Лисина, М. И. Формирование личности ребенка в общении / М. И. Лисина. – СПб. [и др.]: Питер, 2009. – 318 с.
64. Лубовский, В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В. И. Лубовский; НИИ дефектологии АПН СССР. - М.: Педагогика, 1989. - 100, [2] с.
65. Лубовский, В. И. Новая концепция психологической диагностики нарушений развития / В. И. Лубовский, И. А. Коробейников, С. М. Валявко // Психологическая наука и образование. – 2016. – Том 21. – № 4. – С. 50–60.
66. Лурия, А. Р. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. Заведений / А. Р. Лурия. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 384 с.
67. Лэндрет, Г.Л. Игровая терапия: искусство отношений: [Пер. с англ.] / Г. Л. Лэндрет; авт. предисл. А. Я. Варга. – М.: Междунар. пед. акад., 1994. – 365 с.
68. Майес, С.Д. CASD. Опросник расстройств аутистического спектра / Сьюзан Диккерсон Майес; [пер. с англ. Е. Литвиненко]. – [Россия]: [б. и.], сор. 2015. – 47 с.
69. Малхасьян, Е.А. Использование программы VB-MAPP для оценки социально-бытовых навыков у детей с расстройством аутистического спектра / Е. А. Малхасьян, А. Д. Чернова // Коррекционная Педагогика: Теория и Практика. – №3 (65). – М.: ИП Давыдова Г.В. – 2015. – С. 3–6.

70. Манелис, Н. Г. Сравнительный анализ диагностических методик, используемых в образовательных организациях г. Москвы при работе с детьми с расстройствами аутистического спектра / Н. Г. Манелис и [др.] // Аутизм и нарушения развития. № 2 (47). – 2015. – С. 9–16.
71. Медникова, Л. С. Роль ранней диагностики и коррекции в развитии ребенка с интеллектуальной недостаточностью / Л. С. Медникова // Ребенок и качество его жизни. Сборник материалов межд. науч.-практ. конф. АГМА. – Архангельск, 1997. – С.24.
72. Медникова, Л. С. Онтогенез пространственно–временной организации деятельности дошкольников / Л. С. Медникова [Электронный ресурс] // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия «Гуманитарные и социальные науки». – 2009. – № 3. – С. 119–124. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ontogenez-prostranstvenno-vremennoy-organizatsii-deyatelnosti-doshkolnikov> (дата обращения: 03.10.2022).
73. Медникова, Л. С. Основы специальной психологии. Учебно–методическое пособие: для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению 050700 Педагогика / Л. С. Медникова, О. В. Вольская. – 3–е изд., пер. и доп. – СПб.: Владос Северо-Запад, 2012. – 143 с.
74. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) (с изменениями и дополнениями по состоянию на 2016 г.) / Проект. – СПб.: Человек, 2017. – 262 с.
75. Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10) / Всемирная организация здравоохранения // Версия ICD–10: 2019 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
76. Международная классификация болезней одиннадцатого пересмотра (МКБ-11) / Американская психиатрическая ассоциация // Версия ICD–11 MMS: 02.2022 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

77. Методы нейропсихологического обследования детей 6-9 лет: коллективная монография / Т. В. Ахутина, А. А. Корнев, Е. Ю. Матвеева и др.; под редакцией Т. В. Ахутиной. – М.: В. Секачев, 2016. – 280 с.
78. Мурзина, Е. Б. Сикорский И. А. о детской игре и ее роли в психическом развитии ребенка / Е. Б. Мурзина // Дошкольное воспитание. – 2010. – №4. – С.81–85.
79. Мустакас, К. Игровая терапия / Кларк Мустакас; пер. с англ. И. Авидон – СПб.: Речь, 2000. – 281 с.
80. Мухина, В. С. Детская психология: учеб. для студентов пед. ин-тов / В. С. Мухина. – 2-е изд. – М.: Апрель пресс: ЭКСМО-Пресс, 1999. – 352 с.
81. Нейропсихологическая диагностика, обследование письма и чтения младших школьников / под ред. Т. В. Ахутиной, О. Б. Иншаковой. – М.: Сфера: Секачев, 2008. – 128 с.
82. Никольская, О. С. Аффективная сфера человека: Взгляд сквозь призму детского аутизма / О. С. Никольская – М.: Центр лечебной педагогики, 2000. – 362 с.
83. Никольская, О. С. Аффективная сфера как система смыслов, организующих сознание и поведение / О.С. Никольская. – М.: МГППУ, 2008. – 464 с.
84. Никольская, О. С. Изучение проблемы детского аутизма в России [Электронный ресурс] / О. С. Никольская // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2014. – №19. – Режим доступа: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-19/izuchenie-problemy-detskogo-autizma-v>
85. Никольская О. С. Психологическая классификация детского аутизма [Электронный ресурс] / О. С. Никольская // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2014. – №18. – Режим доступа: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/psihologicheskaja-klassifikacija-detskogo-autizma>
86. Никольская, О. С. Коррекция детского аутизма как нарушения аффективной сферы: содержание подхода [Электронный ресурс] / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская // Альманах Института коррекционной

педагогики. – 2014. – №19. – Режим доступа:
<https://alldef.ru/ru/articles/almanah-19/korrekcija-detskogo-autizma-kak-narushenija>

87. Никольская, О. С. Эмоционально-смысловой подход к коррекции расстройств аутистического спектра [Электронный ресурс] / О. С. Никольская // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2016. – №26. – Режим доступа:
<https://alldef.ru/ru/articles/almanah-26/emocionalno-smyslovoj-podxod-k-korrekczii-rasstrojstv-autisticheskogo-spektra>
88. Никольская, О. С. Детский аутизм как системное нарушение психического развития / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская // Вопросы психологии. – 2017. – №2. – С. 17–28.
89. Никольская, О. С. Подготовка психолога для работы с детьми с РАС: эмоционально-смысловой подход / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг // Дефектология. – 2017. – №6. – С. 22–25.
90. Никольская О. С. Сравнительный анализ двух коррекционных подходов к психическому развитию ребенка с аутизмом / О. С. Никольская // Консультативная психология и психотерапия. – 2018. – Т. 26. – №4. – С. 169–186.
91. Никольская, О. С. Психолого-педагогическое обследование и выбор образовательного маршрута для ребенка с расстройством аутистического спектра [Электронный ресурс] / О. С. Никольская // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2018. – №34. – Режим доступа:
<https://alldef.ru/ru/articles/almanac-34/psychological-and-pedagogical-examination-and-the-choice-of-an-educational-route-for-the-child-with-autism-spectrum-disorder>
92. Никольская, О. С. Аффективная сфера как система смыслов, организующих сознание и поведение человека: монография / О.С. Никольская. – М.: Наука, 2020. – 440 с.
93. Никольская, О. С. Методические рекомендации по проектированию дифференциальных условий образования детей с ограниченными возможностями здоровья для разных уровней образования. Часть 2.

- [Электронный ресурс] / Никольская О. С. – М., 2021.– Режим доступа: <https://ikp-rao.ru/metodicheskie-rekomendacii/q1/>
94. Обухова, Л. Ф. Детская (возрастная) психология: учебник / Л. Ф. Обухова. – М.: Роспедагентство, 1996. – 372 с.
95. Пиаже, Ж. Избранные психологические труды / Ж. Пиаже [пер. с фр.]. – М.: Просвещение, 1969. – 659 с.
96. План диагностического обследования при аутизме. ADOS-2. Изд. 2-е: руководство / К. Лорд и [др.]; пер. на русский язык и адаптация А. Сорокина, Е. Давыдовой, К. Салимовой при участии Е. Пшеничной. – Western Psychological Services; Giunti O.S., 2016. – 544 с.
97. Психолого–педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста: методическое пособие с приложением альбома «Наглядный материал для обследования детей» / Стребелева Е. А., Мишина Г. А., Разенкова Ю. А. и [др.]; под ред. Е. А. Стребелевой. – М.: Просвещение, 2004. – 164 с.
98. Психолого–педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста: методическое пособие / Е.А. Стребелева Е.А. и [др.]; под ред. Е. А. Стребелевой. – 4–е изд. – М.: Просвещение, 2009. – 163 с.
99. Равен Дж. Руководство для прогрессивных матриц Равена и словарных шкал: перевод с английского издания 1998 года / Дж. Равен, Дж. К. Равен, Дж. Корт. – Изд. 2-е, стер. – Москва: Когито-Центр, 2009. – Раздел 2.
100. Разенкова Ю. А. Предупреждение и преодоление трудностей развития общения у детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья: диссертация ... доктора педагогических наук: 13.00.03 / Разенкова Юлия Анатольевна. – Москва, 2017. – 207 с.
101. Разенкова, Ю. А. Схема логопедического обследования ребенка 1–го года жизни [Электронный ресурс] / Ю. А. Разенкова // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2001 – № 3. – Режим доступа: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-3/logopedicheskoe-obsledovanie-rebenka-pervogo-goda>

102. Расстройства аутистического спектра у детей: научно–практическое руководство / Симашкова Н. В., Ключник Т. П., Якупова Л. П. и [др.]; под редакцией Н. В. Симашковой. – М.: Авторская акад., 2013. – 263 с.
103. Раттер, М. ADI–R. Интервью для диагностики аутизма: руководство / М. Раттер, К. Лорд, Э.Л. Куто; пер. на русский язык и адаптация А. Сорокина, Д. Переверзевой, О. Донец, А. Моховикова. – Western Psychological Services; Giunti O.S., 2005. – 122 с.
104. Раттер, М. SCQ. Социально–коммуникативный опросник: руководство / М. Раттер, Э. Бэйли, К. Лорд; пер. на русский язык и адаптация А. Моховикова, О. Донец, Е. Давыдовой, А. Сорокина. – Western Psychological Services; Giunti O.S., 2014 – 40с.
105. Ремшмидт, Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение / Х. Ремшмидт. – М.: Медицина, 2003. – 119 с.
106. Рубинштейн, С. Л. Проблемы общей психологии / С. Л. Рубинштейн; Отв. ред. [и авт. вступ. статьи] Е. В. Шорохова; [Сост. и авт. коммент. К. А. Абульханова–Славская и А. В. Брушлинский]; Акад. пед. наук СССР. Ин–т философии АН СССР. Ин–т психологии АН СССР. – Москва: Педагогика, 1973. – 423 с.
107. Рубинштейн, С. Я. Психология умственно отсталого школьника: Учеб. пособие для студентов пед. ин–тов по спец. № 2111 «Дефектология». – 3–е изд., перераб. и доп. / С. Я. Рубинштейн. – М.: Просвещение, 1986. – 192 с.
108. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С. Я. Рубинштейн – М.: Изд–во ЭКСМО–Пресс, 1999. – 448 с.
109. Сайфутдинова, Л. Р. Использование шкалы Вайнленд при диагностике больных аутизмом и синдромом Аспергера (по материалам зарубежной печати) / Л. Р. Сайфутдинова // Аутизм и нарушения развития. – 2003. – №2. – С. 51–57.
110. Сайфутдинова, Л. Р. Изучение особенностей адаптивного поведения детей старшего дошкольного возраста с нарушениями развития с помощью

- шкалы Вайленд / Л. Р. Сайфутдинова // Психологическая наука и образование. – 2007. – № 5. – С. 48–55.
111. Сандберг, М. Руководство. Программа оценки навыков речи и социального взаимодействия для детей с аутизмом и другими нарушениями развития / М. Сандберг, пер. С. Доленко. – Ришон ле-Цион: MEDIAL, 2008. – 275 с.
112. Семаго, Н. Я. Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. – СПб.: Речь, 2005. – 384 с.
113. Семаго, Н. Я. Типология отклоняющегося развития. Варианты аутистических расстройств / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго, Л. Г. Бородина; под ред. М. М. Семаго. – М.: Издательство «Генезис», 2019. – 368 с.
114. Семенович, М. Л. Описание методики оценки базовых речевых и учебных навыков (Assessment of Basic language and Learning Skills Revisited, ABLLS–R) / М. Л. Семенович и [др.] // Аутизм и нарушения развития. – 2015. – № 3 (48). – С. 3–10.
115. Симашкова, Н. В. Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение. Клинические рекомендации (протокол лечения) [Электронный ресурс] / Н. В. Симашкова, Е. В. Макушкин // Российское общество психиатров – 2015. Режим доступа: <https://psychiatr.ru/news/411>
116. Смирнова, Е. О. Подходы к пониманию игры в современной западной психологии / Е. О. Смирнова, М. В. Соколова, Е. Г. Шеина // Современная зарубежная психология. – 2012. – № 1. – С. 53–64.
117. Строганова Т. А. Стендовый доклад «Нейрофизиологические исследования аутизма». Лаборатория исследований аутизма. Московский психолого–педагогический институт [Электронный ресурс] / Т. А. Строганова // III Всероссийская научно–практическая конференция «Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра», 2018. – Режим доступа: <https://www.youtube.com/watch?v=zIdrGIFYttA>

118. Сорокин, А. Б. Скрининговые методы для выявления целевой группы «спектр аутизма» педагогами и психологами / А. Б. Сорокин, М. А. Зотова, М. Ю. Коровина // Психологическая наука и образование. – Т.21. – №3. – 2016. – С. 7–15.
119. Спиваковская, А. С. Психотерапия: игра, детство, семья / А. С. Спиваковская. – М.: ООО Апрель Пресс: Изд-во ЭКСМО–Пресс, 2000. – Том 2. – 464 с.
120. Технологии разработки индивидуального образовательного маршрута для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья: методические рекомендации [Электронный ресурс] / авт. колл.; рук. авт. колл. Е. В. Самсонова. – М.: МГППУ, 2020. – 192 с. – Режим доступа: <http://psychlib.ru/resource/pdf/documents/tri-2020/tri-2020.pdf#page=3>
121. Усова, А. П. Роль игры в воспитании детей: [сб. статей] / А. П. Усова; под ред. А. В. Запорожца; [сост. Н. Я. Михайленко]. – М.: Просвещение, 1976. – 94 с.
122. Ушинский, К. Д. Собрание сочинений / К. Д. Ушинский. – Акад. пед. наук РСФСР. Ин-т теории и истории педагогики. - М.-Л.: Акад. пед. наук РСФСР, 1950. – Т. 8 – 439 с.
123. Филиппова, Н. В. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему / Н. В. Филиппова, Ю. Б. Барыльник // Социальная и клиническая психиатрия. – Т. 24. – № 3. – 2014. – С. 96–101.
124. Фрадкина, Ф. И. Развитие сюжета в игре ребенка раннего детства / Ф. И. Фрадкина // Доклады участников Симпозиума по проблемам игры Акад. пед. наук РСФСР. Ин-т дошкольного воспитания. – М.: 1963. – 11 с.
125. Фрейд, З. По ту сторону принципа удовольствия: [Сборник]: пер. с нем. / Зигмунд Фрейд; [Сост., послесл., с. 519–542, и коммент. А. А. Гугнина; Биогр. очерк С. Цвейга, с. 3–90]. – М.: Прогресс: Литера, 1992. – 567 с.

126. Фрейд, А. Теория и практика детского психоанализа / Анна Фрейд; пер. с англ. и нем. Е. Биневой и др. – М.: Апрель пресс: ЭКСМО–пресс, 1999. – Т. 1. – 382 с.
127. Фрейд, А. Теория и практика детского психоанализа / Анна Фрейд; пер. с англ. и нем. Е. Биневой и др. – М.: Апрель пресс: ЭКСМО–пресс, 1999. Т. 2. – 1999. – 398 с.
128. Хаустов, А. В. Выявление уровня социализации у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) / А. В. Хаустов, Е. В. Руднева // Психологическая наука и образование. – Т.21. – №3. – 2016. – С. 16–24.
129. Цветкова, Л. С. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста. Учебное пособие / Л. С. Цветкова. – М.: Издательство Московского психолого–социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2006. – 296 с.
130. Цветкова, Л. С., Цветков, А. В. Нейропсихологическое консультирование в практике психолога образования. – 2–е изд. / Л. С. Цветкова, А. В. Цветков. – М: «Издание книг ком», 2021. – 120 с.
131. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В. В. Лебединский и [др.] – М.: МГУ, 1990. – 197 с.
132. Шоплер, Э. Психолого–педагогический профиль (PEP–3): Учебник пользователя, «Руководство по проведению тестирования» и др. / Э. Шоплер и [др.]; пер. с англ. – М. [б.и.]. – 2008.
133. Шошмин, А.В. Отдельные аспекты имплементации базового набора МКФ при расстройствах аутистического спектра в практике реабилитации и абилитации / А. В. Шошмин, В. В. Лорер, С. В. Малькова // Физическая и реабилитационная медицина. – 2020. – Т. 2. – № 4. – С. 51–58.
134. Шрамм, Р. Детский аутизм и АВА / Р. Шрамм. – М.: Рама Пабблишинг, 2013. – 208 с.

135. Штерн, В. Умственная одаренность: психол. методы испытания умств. одаренности в их применении к детям шк. возраста; пер. с нем. / Вильям Штерн. – СПб.: Союз, 1997. – 124 с.
136. Экслейн, В. Игровая терапия / Вирджиния Экслейн; пер. с англ. Ю. Овчинниковой и др. – М.: Апрель Пресс: Эксмо–Пресс, 2000. – 472 с.
137. Эльконин, Д. Б. Избранные психологические труды / Д. Б. Эльконин. – М.: Педагогика, 1989. – 560 с.
138. Эльконин, Д. Б. Психология игры / Д. Б. Эльконин. – Издание 2-е. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – 360 с.
139. Эльконинова, Л. И. Полнота развития сюжетно–ролевой игры / Л. И. Эльконинова // Культурно–историческая психология. – 2014. – №1.– С.54–62.
140. Autism spectrum disorders. Accessed June 6, 2018, <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/ru/>
141. Barnes, C.S. Implementing the Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VB–MAPP): Teaching Assessment Techniques/ C.S. Barnes, J.R. Mellor, R.A. Rehfeldt // The Analysis of Verbal Behavior. 2014. Vol. 30(1). Pp. 36–47.
142. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM–5. – Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
143. Denman, D. et al. Psychometric properties of language assessments for children aged 4–12 years: A Systematic review // Frontiers in Psychology. 2017. No 8. P. 15.
144. Dixon, M.R. Toward a Behavior Analysis of Complex Language for Children with Autism: Evaluating the Relationship between PEAK and the VB–MAPP/ M.R. Dixon, J. Belisle, C. Stanley et al. // Journal of Developmental and Physical Disabilities. 2015. Vol. 27. Pp. 223–233.
145. Dumont, R. et al. Book Review: Mullen Scales of Early Learning: AGS Edition // Journal of Psychoeducational Assessment. 2000. Vol. 4(18). P. 381–389.

146. Ehlers, S. A Screening Questionnaire for Asperger Syndrome and Other High-Functioning Autism Spectrum Disorders in School Age Children / S. Ehlers, C. Gillberg, L. Wing // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1999. Vol. 29(2). P. 129–141.
147. Feinstein, A. A history of autism: conversations with the pioneers / Blackwell Publishing, 2010 //1. Autism–History. I. Title. [DNLM: 1. Autistic Disorder–history–Interview. 2. History, 20th Century–Interview. WM 11.1 F299h 2010] – 399 p.
148. Greenspan, J., & Greenspan, S. Functional emotional developmental questionnaire for childhood: A preliminary report on the questions and their clinical meaning // *Journal of Developmental Learning Disorders*. 2003. Vol. 71. P. 71–116.
149. Greenspan, Stanley I. The Functional Emotional Assessment Scale (FEAS) for Infancy and Early Childhood: Clinical and Research Applications by Georgia DeGangi / Stanley I. Greenspan and Serena Wieder (Trade Paperback) // Interdisciplinary Council ON Developmental & Learning Disorders, 2001. – 427 p.
150. Hertz–Picciotto, I. The rise in autism and the role of age at diagnosis / I. Hertz–Picciotto, L. Delwiche // *Epidemiology*. 2009. Vol. 20(1). P.84–90.
151. Jacob, S. et al. Neurodevelopmental heterogeneity and computational approaches for understanding autism / S. Jacob, J. J. Wolff, M. S. Steinbach et al // *Journal of Translational Psychiatry*. 2019. No 9(63). Pp. 9–63.
152. Lichtenberger, E. O. Kaufman Assessment Battery for Children, 2nd ed. / E. O. Lichtenberger, A. S. Kaufman ed. [by C. S. Clauss–Ehlers] // *Encyclopedia of Cross–Cultural School Psychology*. – Boston, MA: Springer US, 2010. Pp. 557–560.
153. MacArthur–Bates Communicative Development Inventories: user’s guide and technical manual, 2nd ed. / ed. by Fenson L. – Baltimore, Md: Paul H. Brookes Pub. Co., 2007. – 188 p.

154. Newschaffer, C.J. et al. The epidemiology of autism spectrum disorders/
C.J. Newschaffer, L.A. Croen, J. Daniels et al. // *Ann. Rev. Public Health*. 2007.
Vol. 28. Pp. 235–258.
155. Partington J.W. The Assessment of Basic Language and Learning Skills–
Revised (The ABLLS–R). The ABLLS–R Protocol. – Behavior Analysts, Inc.,
2006. – 94 p.
156. Partington J.W. The Assessment of Basic Language and Learning Skills–
Revised (The ABLLS–R). Scoring Instructions and IEP Development Guide (The
ABLLS–R Guide). – Behavior Analysts, Inc., 2006. – 148 p.
157. Robins, D.L. The Modified Checklist for Autism in Toddlers (M–CHAT).
– Robins, Fein, & Barton, 1999. – 25 p.
158. Roid G. H., Koch C. Leiter: Nonverbal cognitive and neuropsychological
assessment // *Handbook of Nonverbal Assessment* / ed. by McCallum R. S. –
New York, NY: Springer Berlin Heidelberg, 2017. – P.127–150.
159. Shaw, K. A. et al. Early Identification of Autism Spectrum Disorder
Among Children Aged 4 Years – Autism and Developmental Disabilities
Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018 / K. A. Shaw, M. J. Maenner,
A.V. Bakian et al. // *MMWR Surveillance Summaries* 2021. Vol. 70(10).P.1–14.
160. Schopler, E. Psychoeducational Profile–Third Edition (PEP–3) [Database
record] / E. Schopler, M. D. Lansing, R. J. Reichler & L. M. Marcus // *APA
PsycTests* (2005).
161. Schopler, E. Structured teaching in the TEACCH system. In E. Schopler e
G.B. Mesibov (Eds.) / E. Schopler, G.B. Mesibov e K.A. Hearsey // *Learning
and Cognition in Autism*. – New York, Plenum Press 1995. – Pp. 243–268.
162. Schopler, E. The Children Autism Rating Scale (CARS) / E. Schopler,
R.J. Reichler, B.R. Renner // Los Angeles, CA: Western Psychological Services,
1988.
163. Skinner, B. F. *Verbal Behavior* / B. F. Skinner. – Appleton–Century–
Crofts, Inc. New York, 1957. – 478 p.

164. Syeda, M. M. Test Review: Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence / M. M. Syeda, E. A. Climie. // Journal of Psychoeducational Assessment. 2014. Vol.32(3). Pp. 265–272.
165. Waterhouse, L. Why autism must be Taken Apart / L. Waterhouse, C. Gillberg // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2014. Vol. 44. Pp.1788 –1792.
166. Waterhouse, L. ASD Validity / L. Waterhouse, E. London, C. Gillberg // Journal of Autism and Developmental Disorders, 2016. Vol. 3. Pp. 302–329.
167. Wazana, A. The Autism Epidemic: Factor or Artifact? / A. Wazana, M. Bresnahan, and J. Kline // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Vol.46, 2007. Pp.721–730.
168. Wetherby, A. M. Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile (first normed ed.) / A. M. Wetherby, B. M. – Prizant Baltimore, Brooks, 2002. – 177 p.
169. Wing, L. Severe impairments of social interactions and associated abnormalities in children: epidemiology and classification / L. Wing, J. Gould // Journal of autism and developmental disorders. 1979. No. 9. P. 11–29.
170. Wing, L. Asperger syndrome: a clinical account / Lorna Wing, from the MRC Social Psychiatry Unit, Institute of Psychiatry, London // Psychological Medicine. February 1981. Vol. 11(1). Pp. 115–129.
171. Wing, L. Autistic Spectrum Disorders: An Aid to Diagnosis. – London: National Autistic Society, 1995. – 20 p.
172. Wing, L. The Autistic Spectrum: a Guide for Parents and Professionals. – London: Constable, 1996. – 239 p.