

На правах рукописи



Калмыкова Наталия Юрьевна

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

5.3.8 – Коррекционная психология и дефектология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Москва – 2022

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении
«Институт коррекционной педагогики Российской академии образования»

Научный руководитель: кандидат психологических наук,
Либлинг Мария Михайловна

Официальные оппоненты: **Венгер Александр Леонидович**, доктор психологических наук, профессор кафедры психологии им. В.П. Зинченко факультета социальных и гуманитарных наук Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования Московской области «Университет «Дубна»; профессор кафедры детской и семейной психотерапии факультета консультативной и клинической психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет».

Семаго Михаил Михайлович
кандидат психологических наук, научный консультант Муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Образовательный Центр «Созвездие», г. Москва.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена».

Защита состоится 06 февраля 2023 года в 14.00 на заседании диссертационного совета 33.1.001.01 на базе Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования» по адресу: 119121, г. Москва, ул. Погодинская, д. 8, корп. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в ФГБНУ «ИКП РАО» и на сайте <https://ikp-rao.ru/dissertacionnoe-issledovanie/>

Автореферат разослан «__» _____ 2022 года

Ученый секретарь
диссертационного совета



Н.В. Бабкина

Общая характеристика работы

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.

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. 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;
- 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

¹ Как 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.

многим 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 (О.С. Никольская). 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.

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 (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, Д.Б. Эльконин, С.Л. Рубинштейн).

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 соотношении с типологическими вариантами аутистического дизонтогенеза.

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 (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, Д.Б. Эльконин, С.Л. Рубинштейн);
- представления о первичной дефицитности аффективной сферы в системном нарушении психического развития ребенка при аутизме (О.С. Никольская);
- теория уровневого строения аффективной сферы; идея о патологическом доминировании одного из уровней аффективной регуляции при аутизме; классификация детского аутизма (О.С. Никольская).

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 соотношение 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 осуществлялась 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 «Обнинской школы-интерната «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.

Основное содержание работы

Во введении обосновывается актуальность темы исследования, научная новизна, теоретическая и практическая значимость, указаны цель, объект, предмет исследования, поставлены задачи, сформулирована гипотеза, охарактеризованы способы обеспечения достоверности результатов исследования, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Направления и методы диагностики при расстройствах аутистического спектра» подробно представлены основные направления в диагностике РАС, а именно: скрининг, позволяющий определить принадлежность ребенка к группе риска по РАС; клиническая диагностика, проводимая врачом-детским психиатром в соответствии с современными медицинскими классификаторами; диагностика развития, которая может проводиться в рамках разных психологических традиций для оценки разных направлений развития детей или использовать комплексные тестовые методы, специально разработанные для психолого-педагогического обследования детей с РАС.

Каждый из имеющихся тестов дает возможность оценки целого ряда показателей, выявления сформированности определенного комплекса навыков. Однако в настоящее время не существует ни одной диагностической системы, которая являлась бы универсальной для всех детей с РАС, позволяя в каждом случае получить данные, достаточные для оценки всех значимых направлений развития ребенка.

Для корректной психолого-педагогической диагностики РАС существенным представляется также учет данных нейробиологических и генетических исследований последнего десятилетия, которые ставят под сомнение единство и целостность нозологической категории «расстройства аутистического спектра» (Т.А. Строганова, О.Б. Богдашина, S. Jacob, J.J. Wolff, M.S. Steinbach, C.V. Doyle, V. Kumar, J.T. Ellison). 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 диагностике и коррекционной помощи детям с аутизмом.

Обобщение и анализ информации об имеющихся в настоящее время методах психолого-педагогического обследования детей с РАС приводят к выводу об актуальности создания диагностики, которая не только позволяет получить данные по существенным направлениям развития ребенка (коммуникация, речь, эмоциональные проявления и др.) и соотнести их с нормальным онтогенезом, но и дает возможность определить типологический вариант детского аутизма. 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.

Во второй главе «Разработка диагностики психоэмоционального развития дошкольников с РАС» приводится теоретическое обоснование созданной диагностики и описываются все ее составные части: диагностическая карта, структурированная в соответствии с семью направлениями оценки развития детей (шкалами), протокол диагностики с примерами его заполнения, обработки и интерпретации данных, методическое пособие для специалистов, использующих диагностику. Подробно раскрывается диагностическая процедура, полностью построенная на игре ребенка как самостоятельной, так и совместной со взрослым.

Раскрывается роль игры как основы диагностической процедуры и оценки направлений развития дошкольников с РАС. Обсуждается использование игры в оценке психоэмоционального развития детей в рамках различных психологических школ и направлений; определяются характеристики игры дошкольников с РАС, значимые для оценки их развития. В частности, показано, что, выявляя и оценивая в игре ребенка такие параметры, как степень ее развернутости, использование предметозаменителей, выполнение правил, использование ролей, наличие сюжета и другие показатели возможно получить полноценное представление об эмоционально-волевом развитии ребенка, об уровне его коммуникативного и когнитивного развития.

Разработанная диагностика основана 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. Длительность всего диагностического приема составляет 45 минут, из которых 15 минут отводится самостоятельной игре ребенка (при этом специалист наблюдает и фиксирует в протоколе ее характеристики) и 30 минут – совместной игре взрослого с ребенком, после чего специалист дополняет диагностический протокол.

Для проверки гипотезы исследования о том, что комплексная всесторонняя диагностика при РАС предполагает соотнесение ее результатов с определенным вариантом аутистического развития, была разработана система

оценки, ориентированная на характерные для детского аутизма варианты дизонтогенеза, представленные в классификации О.С. Никольской. Важным ориентиром создаваемой диагностики стали не только феноменологические описания групп детского аутизма, имеющиеся в классификации, но и концепция об уровне строения системы аффективной организации сознания и поведения (О.С. Никольская). В соответствии с теоретической идеей О.С. Никольской каждый вариант детского аутизма формируется в результате патологического доминирования одного из уровней аффективной организации (I – уровень пластичности, II – уровень аффективных стереотипов, III – уровень экспансии, IV – уровень эмоционального контроля), поэтому при разработке диагностики мы рассматривали задачу определения варианта аутистического развития как выявления патологически доминирующего уровня организации сознания и поведения. 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.

Следует отметить, что в настоящем исследовании, прежде всего, необходимо было экспериментально проверить данную теоретическую идею, то есть убедиться в том, что у всех детей с РАС имеется патологическое доминирование одного из уровней аффективной регуляции, а у детей с типичным развитием такого доминирования нет.

При создании диагностической карты за основу была взята оценка характерных паттернов поведения детей с разными вариантами аутистического развития в процессе индивидуальной и совместной игры. Были определены семь диагностических шкал, наиболее существенных для оценки развития ребенка с РАС: А – Особенности самостоятельной игры; В – Особенности совместной игры; С – Коммуникация; D – Эмоциональные проявления; Е – Проявление аффективных проблем в поведении ребенка; F – Особенности моторики; G – Особенности речи.

Внутри каждой шкалы оценка проводится по целому ряду критериев. 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. Фрагмент диагностической карты представлен на Рис. 1.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАРТА

А. ОСОБЕННОСТИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ИГРЫ

| 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 | |
| Самостоятельно организует игру, использует в игре игрушки-персонажи, предметы-заместители/ конструирует объекты, имеющие определенный игровой смысл | 4 |
| Самостоятельно не играет. Но может задавать вопросы о тех игрушках, которые видит в комнате (как правило, обращаясь к маме или другому близкому взрослому) | 3 |
| Ребенок проговаривает (проигрывает) фрагмент одного и тот же сюжета; говорит на одну и ту же тему, повторяет фрагмент одной и той же истории | 2 |

Рис. 1 – Фрагмент диагностической карты

Специалист заполняет протокол диагностики (см. Рис.2), пользуясь диагностической картой, выбирая по каждому критерию из предложенных в карте вариантов то описание, которое в наибольшей степени соответствует поведению ребенка во время диагностики.

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.

Рис. 2 – Протокол диагностики

Далее специалист подсчитывает сумму баллов по каждой шкале и шифрует результаты диагностики: шифр, обозначающий определенный уровень аффективной регуляции, присваивается каждой шкале согласно суммарному значению набранных по ней баллов.

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 (см. Рис. 3).

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 считали патологически доминирующим один из уровней эмоциональной регуляции и определяли соответствующий вариант аутистического развития.

Пример, приведенный на Рис. 3, демонстрирует доминирование второго уровня аффективной организации (результаты по пяти шкалам из семи соотносятся с данным уровнем), в соответствии с чем мы определяем у ребенка второй вариант аутистического развития.

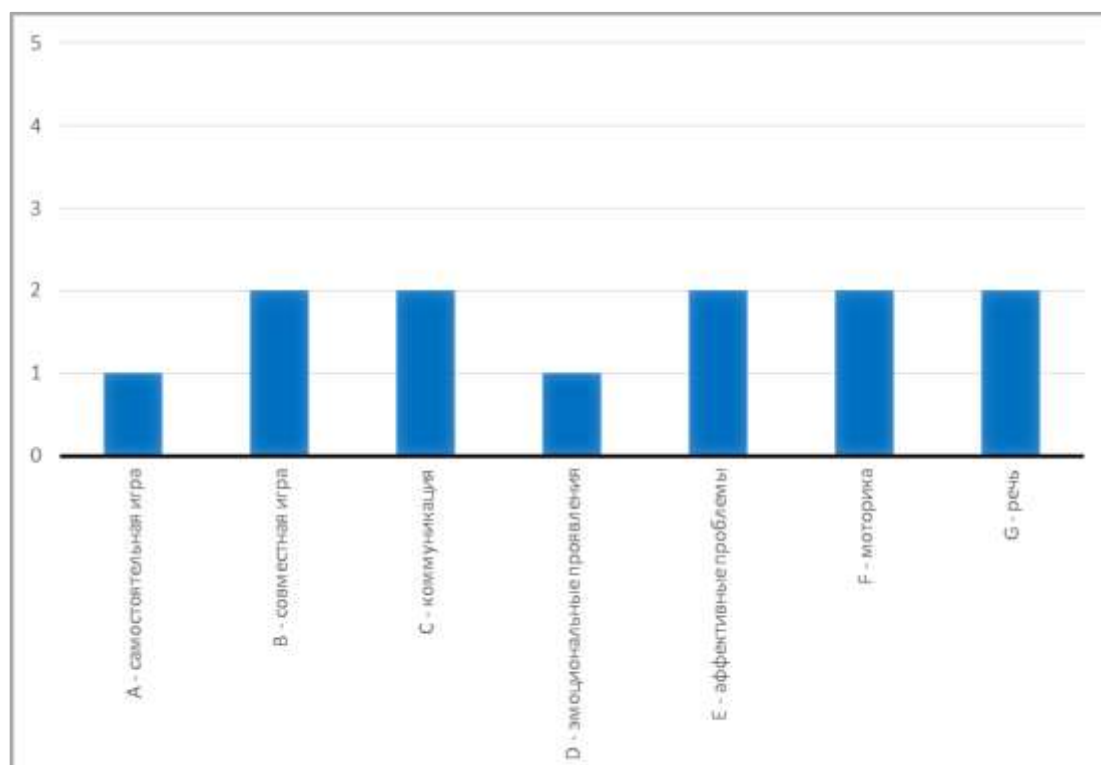


Рис. 3 – Профиль психоэмоционального развития ребенка с РАС (доминирующий уровень аффективной регуляции – 2)

При разработке диагностики были определены специальные критерии, которые позволяют подтвердить или, напротив, поставить под сомнение наличие у ребенка расстройства аутистического спектра. *Основным критерием, подтверждающим наличие РАС, как 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 был введен *второй критерий подтверждения РАС: показатели по шкалам C и D должны иметь шифр от 1 до 4, но не шифр «5», соответствующий типичному развитию.* Проверка валидности данных критериев стала одной из задач экспериментальной части настоящего исследования.

В целом, для подтверждения конструктивной валидности разработанной диагностики в экспериментальной части исследования планировалось доказать, что она способна определять вариант аутистического развития, выявляя патологически доминирующий уровень аффективной регуляции. Практическая валидность могла быть подтверждена, если результаты диагностики совпадут с диагнозом «расстройство аутистического спектра», поставленного врачом – детским психиатром. Все перечисленные задачи решались в ходе эмпирического исследования, результаты которого представлены в третьей главе диссертации.

В третьей главе «Апробация диагностики психоэмоционального развития дошкольников с РАС. Выявление типологических вариантов детского аутизма» описано эмпирическое исследование, направленное на апробацию разработанной диагностики с целью подтвердить возможность выявления варианта аутистического развития у дошкольников с РАС. Обсуждаются результаты проверки теоретической идеи О.С. Никольской о доминировании одного из уровней базальной аффективной регуляции при аутистическом развитии. Формулируются и проверяются критерии подтверждения расстройства аутистического спектра в ходе диагностики, выявляется корреляция между этими критериями. На конкретных примерах раскрываются возможности качественного анализа результатов диагностики.

В ходе исследования разработанная диагностика была апробирована в трех группах детей дошкольного возраста. Всего прошли обследование 356 детей - 116 девочек и 240 мальчиков. Выборка распределилась следующим образом:

- экспериментальная группа №1 (ЭГ№1) – дети с диагнозом «РАС», поставленным врачом-детским психиатром (диагнозы F84.0/02/1/11 по МКБ-10) – 132 ребенка;
- экспериментальная группа №2 (ЭГ№2) – дети с проблемным поведением, нарушениями коммуникации, с подозрением на РАС, не имеющие медицинского диагноза – 93 ребенка;

- контрольная группа (КГ) – дети с типичным развитием, не имеющие ограничений по состоянию здоровья – 131 ребенок.

Одна из задач, которая решалась в настоящем исследовании, состояла в экспериментальной проверке теоретической идеи О.С. Никольской о патологическом доминировании одного из уровней базальной аффективной регуляции при аутизме. Для подтверждения этой идеи доминирование одного из уровней аффективной организации должно быть обнаружено у детей, имеющих медицинский диагноз «РАС» (ЭГ№1), и не обнаружено у нейротипичных детей (КГ). 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 подтвердило бы ее конструктивную валидность.

По результатам анализа протоколов диагностики ЭГ№1 у детей с диагнозом «РАС», поставленным детским врачом-психиатром, в 100% случаев обнаружилось доминирование одного из четырех уровней аффективной регуляции, то есть показатели по четырем или большему количеству шкал имели один и тот же шифр в диапазоне от 1 до 4.

Примеры протоколов детей ЭГ№1 приведены на Рис. 4.

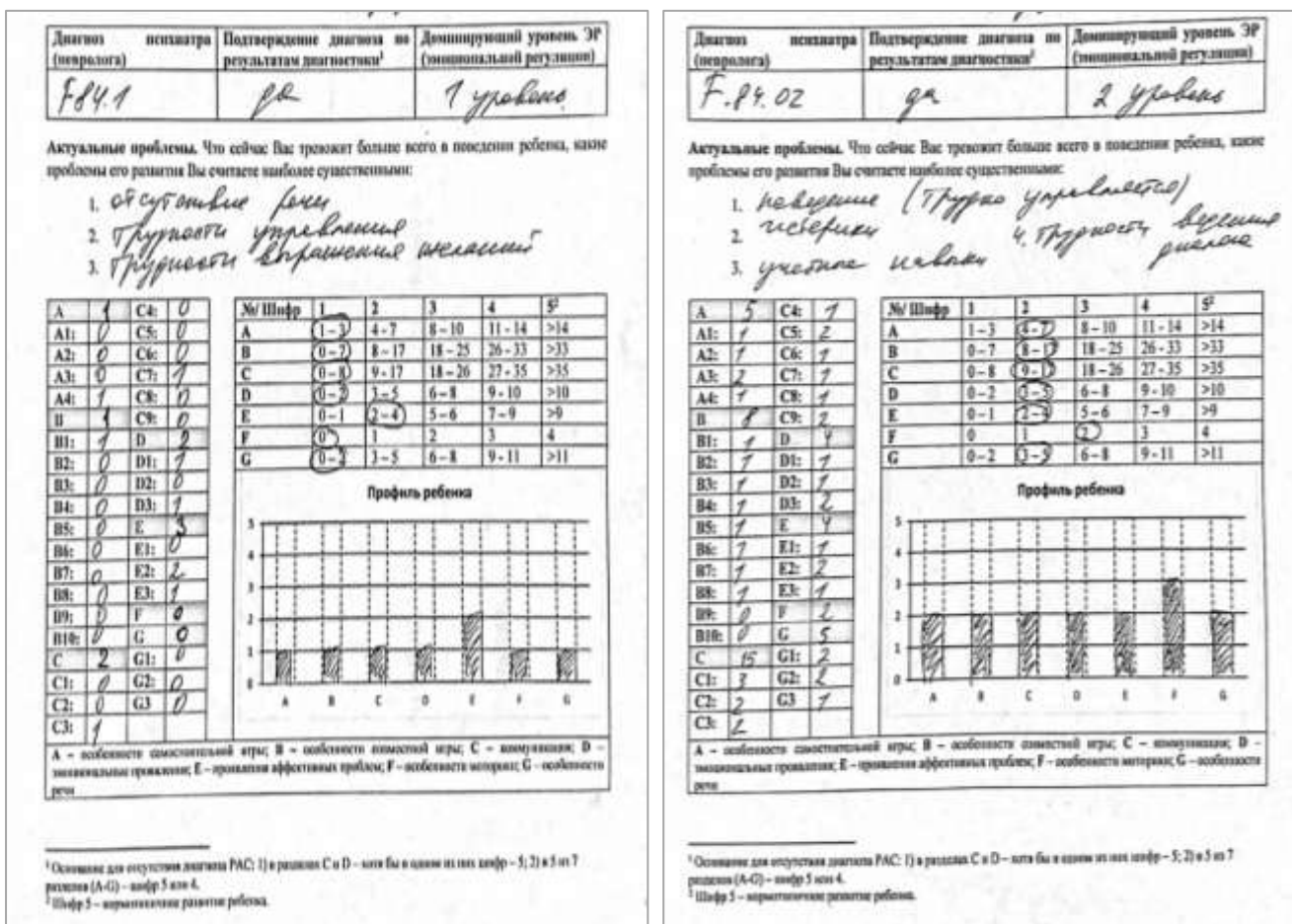


Рис. 4 – Примеры протоколов диагностики детей с диагнозом «РАС» (ЭГ№1)

В первом случае оценки по 6 шкалам из 7 соответствуют цифру «1», во втором случае оценки по 6 шкалам из 7 соответствуют цифру «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.

В КГ у 116 детей из 131, то есть в 89% случаев выполнялся критерий исключения аутистического развития: показатели по четырем или большему количеству шкал соответствовали цифру «5», характерному для типичного развития, а показатели по остальным шкалам имели шифр «4», соответствующий наиболее высокому – четвертому – уровню базальной аффективной регуляции. Протокол диагностики ребенка с типичным развитием (КГ) приведен на Рис. 5.

ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ

Дата обследования: 19.04.2021.

Имя, фамилия ребенка: Максим М.

Дата рождения/ Возраст: 24.05.2016.

Город/ телефон, e-mail: Москва

НО мамы (папы, бабушки): Елена

Интерьер: кабинет №10

| Диагноз психиатра (невролога) | Заключение по результатам диагностики ¹ | Дополняющий уровень ЭР (эмпиональной регуляции) |
|-------------------------------|--|---|
| | - | ИВР17 |

Актуальные проблемы в развитии и поведении ребенка по мнению родителей:

-
-
-

| A | C4 | C4: | C4: |
|------|----|-----|-----|
| A1: | 4 | C5: | 4 |
| A2: | 4 | C6: | 4 |
| A3: | 4 | C7: | 4 |
| A4: | 4 | C8: | 4 |
| B: | 39 | 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: | 4 | 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

A – способность самостоятельного игры; B – способность совместной игры; C – коммуникация; D – эмоциональные проявления; E – проявления аффективных проблем; F – способность мимикрии; G – особенности речи

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

² Шифр 5 – нормативное развитие ребенка.

Рис. 5 – Пример протокола диагностики ребенка с типичным развитием (КГ)

Однако, у 15 детей из КГ, то есть в 11% случаев результаты получились иными, а именно – обнаружилось доминирование четвертого уровня аффективной регуляции (результаты диагностики по четырем или более шкалам из имеющихся семи соответствовали шифру «4»). Важно отметить, что результаты по остальным шкалам у этих 15-и детей соответствовали шифру «5», то есть типичному развитию. Пример диагностического профиля ребенка из КГ с доминирующим 4-м уровнем аффективной регуляции представлен на Рис.6.

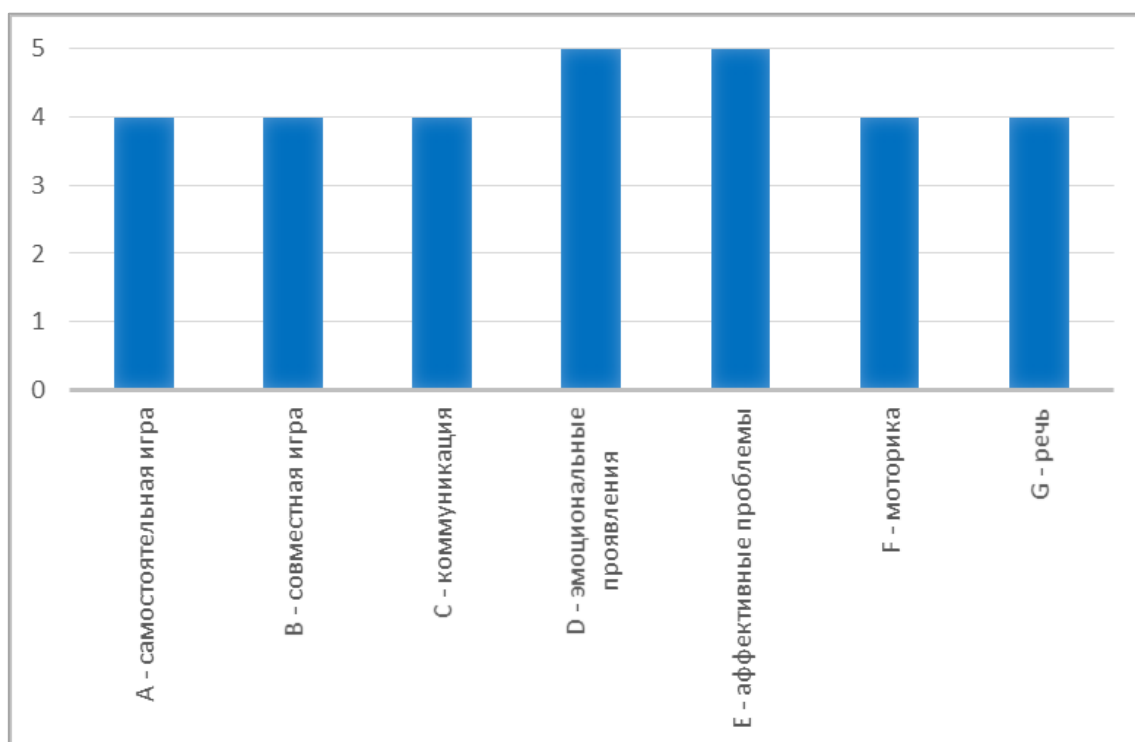


Рис.6 - Профиль ребенка из КГ с доминирующим 4-м уровнем аффективной регуляции

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 системы аффективной регуляции.

Однако, при сравнении профилей детей ЭГ№1 и КГ, имеющих доминирование четвертого уровня эмоциональной системы, мы обнаружили существенное отличие, которое состояло в том, у детей КГ показатели по двум шкалам – «Коммуникация» и «Эмоциональные проявления» - во всех случаях были не ниже «4», и, как минимум одна из них соответствовала нормативному развитию, то есть имела шифр «5». У детей ЭГ№1 показатели по двум

упомянутым шкалам всегда были в пределах от «1» до «4», ни в одном случае не достигая нормы (шифр «5»).

По данным клинического наблюдения у 15-и 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 профилями дошкольников с РАС с подтвержденным аутизмом может быть показателем имеющейся у этих 15-ти детей эмоциональной незрелости и/или иных нарушений, не связанных с аутистическим развитием. Это предположение, безусловно, нуждается в проверке в ходе специальных исследований.

В итоге, при оценке результатов диагностики с точки зрения подтверждения диагноза «РАС» доказана необходимость одновременного использования двух критериев:

1) подтверждением наличия РАС является патологическое доминирование одного из уровней аффективной регуляции (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»);

2) показатели по шкалам С (Коммуникация) и D (Эмоциональные проявления) должны иметь шифр от «1» до «4», но не шифр «5», соответствующий типичному развитию.

Результаты оценки с помощью данных критериев диагностических протоколов 132 детей ЭГ№1, имевших медицинские диагнозы, соответствующие в современном классификаторе МКБ-11 диагнозу «расстройство аутистического спектра», показали, что оба условия подтверждения РАС соблюдаются в каждом случае. Результаты оценки протоколов диагностики дошкольников КГ (всего 131 ребенок), не имевших ограничений по здоровью, с помощью двух критериев подтверждения аутистического расстройства полностью исключают РАС у всех детей данной группы, включая 15 детей, у которых было обнаружено доминирование четвертого уровня аффективной регуляции. Это позволяет говорить о *подтверждении практической валидности* диагностики психоэмоционального развития на имеющейся выборке.

С помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена мы проверили наличие взаимосвязи двух критериев подтверждения РАС, определенных нами в ходе апробации диагностики психоэмоционального развития. Выявление такой взаимосвязи позволяет подтвердить адекватность определения патологически доминирующего уровня аффективной регуляции как показателя аутистического развития. *Значение коэффициента Спирмена составило 0,9 по шкале Чедока и оценивается как весьма высокая корреляционная связь.* 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. По результатам анализа данных, *взаимосвязь между*

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

Экспериментально подтвердилась теоретическая идея О.С. Никольской о патологическом доминировании одного из уровней системы аффективной регуляции при аутизме, что также является доказательством конструктивной валидности разработанной диагностики на данной выборке.

На Рис.7 приведено распределение вариантов аутистического развития у дошкольников ЭГ№1 (дети с подтвержденным диагнозом «РАС», всего 132 ребенка). Следует отметить, что у 104 детей данной группы (79% от ее общей численности) доминирующие уровни аффективной регуляции – первый и второй, что соответствует первому и второму (то есть наиболее тяжелым) вариантам аутистического развития.

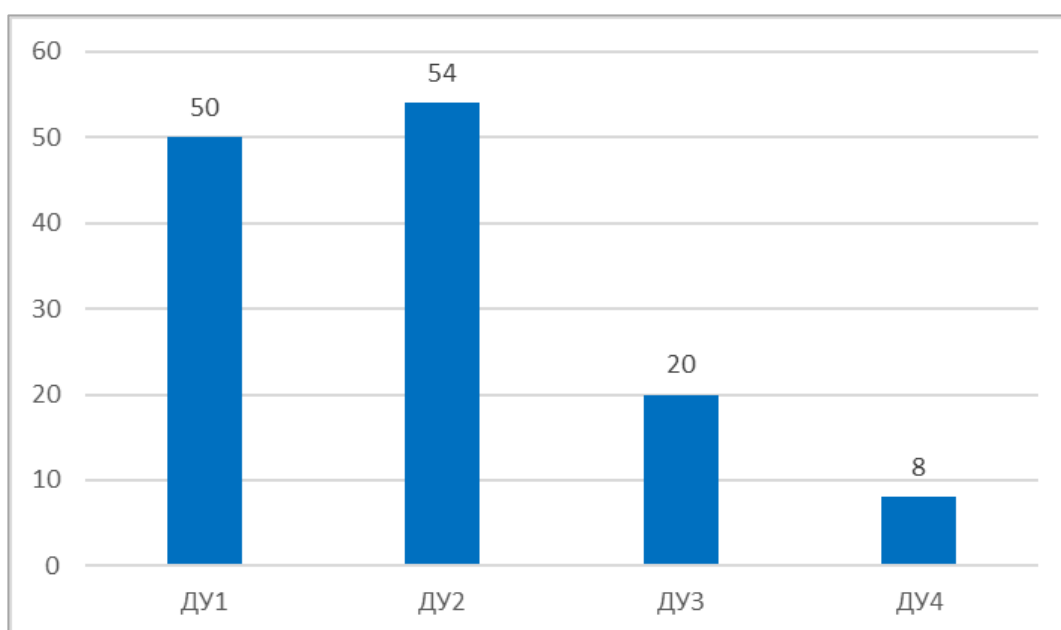


Рис.7– Распределение вариантов доминирования уровней (ДУ) аффективной регуляции в группе детей с диагнозом РАС (ЭГ№1)

Вторая экспериментальная группа (ЭГ№2) была сформирована нами дополнительно в ходе исследования из дошкольников, посещавших 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. Дети ЭГ№2 ранее не проходили ни диагностику детского врача-психиатра, ни психолого-педагогическую диагностику.

По результатам диагностики психоэмоционального развития в ЭГ№2 у 27 детей (29% от общей численности группы) не было выявлено нарушений развития по аутистическому типу; однако, у 3-х из 27 детей обнаружено

доминирование четвертого уровня аффективной регуляции. Поскольку проверка протоколов диагностики этих 3 детей с помощью 2 специальных критериев подтверждения РАС дала отрицательный результат, мы можем предположить у них эмоциональные нарушения, не связанные с аутизмом.

В отношении остальных 66 дошкольников ЭГ№2 (71% от общей численности группы) подтвердилось предположение о том, что они находятся в группе риска по РАС. На Рис.8 приведено распределение вариантов патологически доминирующих уровней (и, предположительно, соответствующих им вариантов аутистического развития) у 66 детей ЭГ№2 с подозрением на РАС.

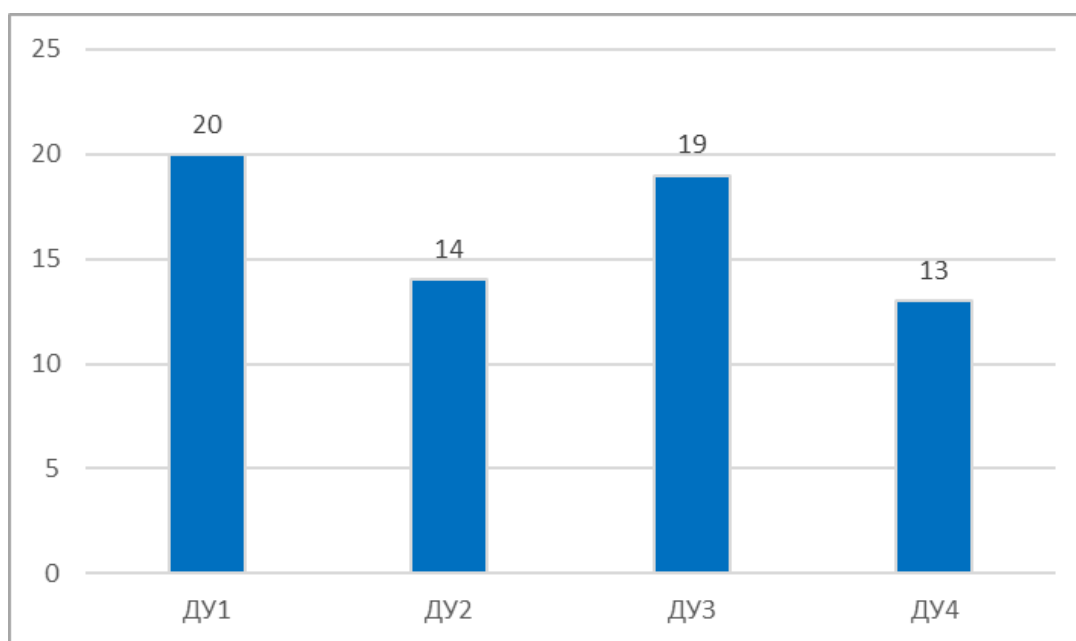


Рис.8 – Распределение вариантов доминирования уровней (ДУ) аффективной регуляции у детей группы риска по РАС в ЭГ№2

Все эти дети (66 дошкольников) были направлены на консультацию к детскому врачу-психиатру; на момент завершения нашего исследования консультацию посетили 19 детей, все они получили диагноз «РАС», что также является подтверждением практической валидности разработанной нами диагностики и говорит о ее прогностической ценности.

В диссертации приведены также примеры анализа результатов диагностики психоэмоционального развития дошкольников с РАС по основным направлениям оценки. В каждом из примеров показано, что данные протокола и индивидуального профиля ребенка дают возможность подробной оценки семи направлений его развития: самостоятельной и совместной со взрослым игры, коммуникации, моторики, речи, эмоциональных проявлений и проблем поведения. Показано, что 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.

Таким образом, в исследовании представлена диагностика психоэмоционального развития дошкольника, с помощью которой возможно:

- 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.

В заключении диссертации подведены общие итоги исследования и сделаны следующие **выводы**:

1. На основании теории об уровне строении 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 типологический 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 психологической помощи.
3. В ходе апробации разработанной диагностики была 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 созданной диагностической методики 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 диагностической методики определять типологический вариант аутистического расстройства у дошкольника и, соответственно, возможность оценки распределения вариантов аутистического развития в современной популяции детей с РАС.

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 психологическом 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 разработанной диагностической методики.

Основное содержание диссертации отражено в следующих публикациях:

Научные статьи в ведущих рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки России:

1. Калмыкова, Н.Ю. Аутизм и расстройства аутистического спектра: направления диагностики (Сообщение 1) / Н.Ю. Калмыкова // Дефектология. – 2019. – №1. – С. 35-43 (0,4 п.л.).
2. Калмыкова, Н.Ю. Аутизм и расстройства аутистического спектра: направления диагностики (Сообщение 2) / Н.Ю. Калмыкова // Дефектология. – 2019. – №2. – С. 38-47 (0,4 п.л.).
3. Калмыкова, Н.Ю. 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> (0,6 п.л., авторский вклад – 0,3 п.л.).

Глава в монографии:

4. Libling, M.M. Diagnosis of the Psycho-emotional Development of Preschool Children with Autism Spectrum Disorders to Determine the Type of Childhood Autism / M.M. Libling, **N.Y. Kalmykova** // Education of Children with Special Needs: Theoretical Foundations and Practical Experience in the Selected Works of Russian, Belarus, and Polish Scholars, In A.A. Arinushkina, & I.A. Korobeynikov (Eds.). - Cham, Switzerland: Springer, - pp. 219-227. https://doi.org/10.1007/978-3-031-13646-7_23 (0,4 п.л., авторский вклад – 0,2 п.л.).

Свидетельство на регистрацию базы данных:

5. Свидетельство о государственной регистрации базы данных. Диагностика психоэмоционального развития дошкольников с расстройствами аутистического спектра (Версия 1) / М.М. Либлинг, **Н.Ю. Калмыкова**; заявитель и правообладатель Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Институт коррекционной педагогики Российской академии образования. – № 2021621766; заявл. 09.07.2021; опубл. 19.08.2021. (авторский вклад – 50%)

Научные статьи в других изданиях, тезисы докладов

6. 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 научных трудов участников IV межвузовской научно-практической конференции. Российский университет дружбы народов. – 2019. – С. 162-166 (0,2 п.л., авторский вклад – 0,1 п.л.).

7. Калмыкова, Н.Ю. Диагностика психоэмоционального состояния и поведения ребенка с аутизмом для подбора эффективных методов психокоррекционной работы / Н.Ю. Калмыкова, А.В. Масленникова // Человек. Искусство. Вселенная. Автономная некоммерческая организация дополнительного профессионального образования Центр развития человека. Москва. – 2016. – С. 142-155 (0,6 п.л., авторский вклад – 0,3 п.л.).

8. 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. – 2018. – С. 193-211 (0,8 п.л.).

9. Калмыкова, Н.Ю. Психологическая помощь семье аутичного ребенка: принятие диагноза / Н.Ю. Калмыкова // Семья особого ребенка. Сборник материалов I Всероссийской научно-практической конференции с

международным участием. Институт коррекционной педагогики Российской академии образования. – 2019. – С. 49-60 (0,5 п.л.).

10. Калмыкова, Н.Ю. Психологическая поддержка родителей, воспитывающих детей с аутизмом: особенности работы в групповом формате / Н.Ю. Калмыкова // Семья особого ребенка. Часть II. Сборник материалов II научно-практической конференции с международным участием. Институт коррекционной педагогики Российской академии образования. – 2020. – С. 396-409 (0,6 п.л.).