

**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«ИНСТИТУТ КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ»**

На правах рукописи



БЕРКУН АЛЕКСАНДРА ВАДИМОВНА

**ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ КОМПЛЕКСА ОЖИВЛЕНИЯ У
ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Специальность 5.3.8 – коррекционная психология и дефектология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени кандидата психологических наук

Научный руководитель:
доктор психологических наук
Баенская Елена Ростиславовна

МОСКВА – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ФЕНОМЕНЕ «КОМПЛЕКС ОЖИВЛЕНИЯ» И НАРУШЕНИЯХ ЕГО ФОРМИРОВАНИЯ	13
1.1. Изучение феномена «комплекс оживления» в норме и его особенностей при нарушенном развитии	13
1.2. Особенности ранних форм взаимодействия с окружением ребенка с РАС	21
1.3. Анализ диагностических методик, ориентированных на выявление наиболее ранних признаков РАС и риска их формирования	29
Выводы по Главе 1	43
ГЛАВА 2. МЕТОД И МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ	47
2.1. Возможности использования методов видеосъемки и анализа видеоматериалов в психолого-педагогических исследованиях детей младенческого и раннего возраста	47
2.2. Использование видеозаписей ранних этапов развития ребенка в исследованиях детей с РАС	54
2.3. Разработка методики ретроспективного изучения «комплекса оживления» по видеозаписям поведения детей младенческого возраста ...	57
2.3.1. Классическая методика изучения «комплекса оживления»: процедура и параметры оценки	57
2.3.2. Адаптация методики изучения «комплекса оживления» к формату ретроспективного анализа домашних видеозаписей ребёнка в период младенчества	63
Выводы по Главе 2	65
ГЛАВА 3. АПРОБАЦИЯ АДАПТИРОВАННОЙ МЕТОДИКИ ИЗУЧЕНИЯ «КОМПЛЕКСА ОЖИВЛЕНИЯ» У ДЕТЕЙ С РАС	67

3.1. Этапы и условия реализации эмпирического исследования	67
3.2. Описание выборки исследования	67
3.3. Сбор и подготовка видеоматериалов для анализа проявлений «комплекса оживления» ребенка	70
3.4. Обработка результатов исследования и их анализ	71
3.4.1. Оценка средних показателей выраженности компонентов «комплекса оживления» в исследуемых группах	71
3.4.2. Анализ динамики выражения «комплекса оживления» на протяжении первого полугодия жизни младенцев в исследуемых группах	81
3.5. Интерпретация результатов эмпирического исследования	88
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	91
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	95
ПРИЛОЖЕНИЯ	119
Приложение А	119
Приложение Б	130
Приложение В	139
Приложение Г	142
Приложение Д	144
Приложение Е	145
Приложение Ж	146
Приложение И	149
Приложение К	151

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования и степень ее разработанности

Значимость выбранной темы исследования обусловлена социальной остротой проблемы расстройств аутистического спектра (РАС), распространенность которых возрастает, и, по данным ВОЗ 2023 года, составляет 1 на 100 детей.

Большинство специалистов рассматривает РАС как особый тип нарушения психического развития, который чаще диагностируется в конце раннего – начале дошкольного возраста, когда складывается целостная картина этих специфических расстройств. Однако, по данным современных клинических и психологических исследований, тенденция формирования РАС проявляется гораздо раньше (О.С. Аршатская, Е.Р. Баенская, М.К. Бардышевская, В.М. Башина, В. Е. Каган, К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Н.В. Симашкова, J. Bradshaw; K. Chawarska, S. Macari, F. Shic и др.). Больше внимание ранним признакам аутистического развития начинает уделяться специалистами, сопровождающими детей младенческого и раннего возраста: педиатрами, неврологами, логопедами, психологами; отмечается и значительное увеличение числа случаев самостоятельного обращения за помощью родителей, обеспокоенных трудностями общения с маленьким ребенком.

Данные многолетних исследований, проводимых в рамках эмоционально-смыслового подхода к коррекции РАС, доказывают, что раннее выявление угрозы аутистического развития и начало оказания коррекционной помощи на втором – третьем году жизни ребенка позволяет в большинстве случаев предотвратить развитие наиболее тяжелых вариантов аутизма и их последствий (О.С. Аршатская, Е.Р. Баенская, А.В. Беркун, Н.С. Гращенкова). Продуктивность раннего включения ребенка с риском формирования аутистических расстройств и его родителей в систему специализированной помощи подтверждается и результатами применения других развивающих подходов к коррекции РАС (Л.А. Висмар, Дж. Доусон,

С. Гринспен, С. Уидер и др.). В связи с этим возрастает актуальность исследований, направленных на уточнение и конкретизацию первых признаков самой угрозы формирования РАС и поиск возможностей их распознавания.

До настоящего времени арсенал диагностических средств для выявления начальных маркеров формирования РАС остается крайне ограниченным. Наиболее известные зарубежные и отечественные скрининговые методики данной направленности показаны к использованию лишь начиная с границ младенческого и начала раннего возраста.

Единичными являются методики, ориентированные на младенческий возраст. Наиболее известные из них (Шкала по выявлению аутизма у младенцев – AOSI – Autism Observation Scale for Infants, Zwaigenbaum et al.; Шкалы общения и символического поведения – CSBS– Communication and Symbolic Behavior Scales; Wetherby & Prizant; Методические рекомендации по выявлению признаков формирования РАС – Т.Т. Батышева) позволяют получить ценную информацию о проявлениях дефицитарности эмоционального и социального развития ребенка, но при этом не дают достаточного представления о специфике выявляемых трудностей при формирующемся РАС.

Растущая потребность в определении первых признаков угрозы аутистического дизонтогенеза, с одной стороны, и недостаточная разработанность диагностических инструментов для их выявления в младенческом возрасте, с другой стороны, определяют **актуальность** задачи содержательного анализа начальных этапов психического развития ребенка и выделения его основных феноменов, наиболее информативных для ранней диагностики риска формирования РАС.

По данным исследований, проведенных в русле эмоционально-смыслового подхода, специфика может быть обнаружена в общем характере взаимодействия ребенка с аутизмом с окружением, отражающем угрозу искажения его психического развития: его чувствительности, отзывчивости и активности в ситуациях эмоционального и социального контакта и в отношениях с сенсорной

средой (О.С. Аршатская, Е.Р. Баенская, О.С. Никольская и др.). Формирующаяся тенденция искаженного развития не может не проявиться в особенностях становления основного психического новообразования младенческого возраста – «комплекса оживления».

«Комплекс оживления» (КО) – первая сложная форма поведения младенца, в которой в наиболее полном виде проявляются сочетание его восприимчивости и активности во взаимодействии с окружающим миром и близким человеком, и основные достижения его психического развития. Содержательный анализ особенностей «комплекса оживления» может помочь обнаружить специфику формирующихся отношений ребенка с социальной и сенсорной средой.

Цель исследования: выявление первых признаков искажения психического развития ребенка при формировании РАС.

Объект исследования: ранние формы взаимодействия младенца с социальным и сенсорным окружением.

Предмет исследования: специфика становления «комплекса оживления» у детей с формирующимся аутистическим расстройством.

Гипотеза исследования:

Первые признаки угрозы искажения психического развития и формирования аутистического расстройства могут быть обнаружены уже в первом полугодии жизни ребенка на уровне характеристик компонентов, особенностей структуры и динамики становления «комплекса оживления».

Задачи исследования:

1. Систематизировать литературные данные об особенностях психического развития детей с РАС в младенческом возрасте и современные представления о возможностях их раннего выявления.
2. Проанализировать данные исследований «комплекса оживления», закономерностей его формирования в норме и при неблагоприятных условиях психического развития ребенка.

3. Обосновать возможность использования массива домашних видеозаписей для изучения ранних форм взаимодействия ребенка с окружающим и адаптировать к формату их ретроспективного анализа методику исследования «комплекса оживления» (Е.О. Смирнова с соавт.).
4. Провести сравнительное эмпирическое исследование проявлений «комплекса оживления» у детей с РАС, нейротипичным развитием и с задержкой психоречевого развития и проанализировать его результаты.
5. Представить и проанализировать данные об особенностях формирования «комплекса оживления» при угрозе формирования РАС.

Теоретико-методологическую основу исследования составляют:

- основные положения культурно-исторической концепции психического развития Л.С. Выготского о единстве законов нормального и нарушенного развития; представления об исходной общности младенца и близкого взрослого в переживании «Пра-Мы»;
- положения о ведущей роли общения в формировании и усложнении социальных и культурных способов взаимодействия ребенка с окружением и об этапах его развития (М.И. Лисина);
- представления о содержании и онтогенетической роли «комплекса оживления», закономерностях его развития и методике его изучения (М.И. Лисина, С.Ю. Мещерякова, Е.О. Смирнова, Д.Б. Эльконин);
- представления о закономерностях ранних этапов аффективного развития в норме (Л.С. Выготский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская);
- представления об искаженном типе дизонтогенеза при раннем детском аутизме (В.В. Лебединский) и его проявлениях на ранних этапах развития ребенка (К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская);
- концепция нарушения аффективного развития при аутизме; представление об аутизме как системном нарушении становления психики ребенка (О.С. Никольская).

Методы исследования были выбраны с учетом специфики предмета, объекта, задач исследования и включали в себя: анализ, систематизацию и обобщение литературных данных; методы беседы и анкетирования; метод анализа видеозаписей; методику оценки компонентов «комплекса оживления» (Е.О. Смирновой с соавт.), адаптированную к формату ретроспективного анализа домашних видеозаписей ребенка; данные медико-психолого-педагогической документации и обследования ребенка; методы математико-статистического и качественного анализа полученных эмпирических данных.

Характеристика выборки. Выборку составили 85 детей (57 мальчиков и 28 девочек): 35 детей с расстройствами аутистического спектра (29 мальчиков, 6 девочек) и сравнительные группы – 25 детей с задержкой психоречевого развития (20 мальчиков, 5 девочек) и 25 детей с нейротипичным развитием (8 мальчиков и 17 девочек). Возраст детей, родители которых предоставили домашние видеозаписи, сделанные в младенческом возрасте ребенка до диагностической квалификации имеющих у него отклонений в развитии, варьировал от 2 до 5 лет. Все дети с РАС и дети с задержкой психоречевого развития, включаемые в выборку, предварительно были обследованы психологом, дефектологом, логопедом, психиатром и имели на момент отбора видеозаписей подтвержденный медицинский диагноз по МКБ-10 (F84.0/01/02, F80.1/9).

Продолжительность исследования

Исследование проводилось на протяжении восьми лет в период с 2018 по 2025 гг. Этапы исследования:

1. 2018-2020 – сбор, анализ и обобщение литературных данных по изучению закономерностей раннего развития при РАС, первых маркеров аутистического развития и феномена «комплекс оживления». Постановка проблемы исследования.
2. 2019-2021 – обзор и анализ современного диагностического инструментария, существующего в мировой практике для обнаружения первых признаков РАС. Выбор метода и методик исследования и адаптация основной методики

изучения «комплекса оживления»; обоснование и формирование выборки исследования.

3. 2021-2025 – проведение эмпирического исследования, обработка и анализ его материалов.

Достоверность и обоснованность результатов обеспечивается теоретико-методологической базой исследования, комплексностью примененных методов исследования, адекватных его цели и задачам, экспертной оценкой полученных эмпирических данных, сочетанием качественного и количественного анализа результатов исследования с применением методов математической статистики.

Научная новизна исследования

1. Впервые проведено эмпирическое исследование проявлений угрозы искажения психического развития по аутистическому типу в младенческом возрасте.
2. Для выявления тенденций аутистического развития впервые в качестве предмета специального анализа рассматривается «комплекс оживления» как целостная форма поведения, в наибольшей степени демонстрирующая возможности ребенка в ранних формах взаимодействия с социальным и сенсорным окружением.
3. Впервые обоснована возможность и предложен алгоритм ретроспективного изучения «комплекса оживления» по материалам видеозаписей детей в младенческом возрасте, адаптирована методика оценки выраженности и соотношения его компонентов в динамике их развития.
4. Эмпирически доказано наличие специфики проявлений компонентов «комплекса оживления» в ходе его формирования у детей с РАС и изменения его функции, отражающей тенденции искаженного развития.

Теоретическая значимость

1. Полученные эмпирические данные подтверждают, дополняют и развивают теоретические представления о ранних проявлениях и закономерностях искаженного развития при РАС.

2. Обоснована возможность выявления угрозы искажения психического развития в младенческом возрасте и уточнен возрастной интервал, в котором могут быть обнаружены его ранние признаки.
3. Доказано, что ранним маркером искажения психического онтогенеза является особый тип нарушения развития «комплекса оживления», при котором он не выполняет своего главного назначения – первичной формы общения.

Практическая значимость

Изучение «комплекса оживления» детей с аутизмом на первом году жизни расширяет возможности раннего выявления риска формирования РАС.

Результаты проведенного исследования могут быть полезными для дополнения диагностического инструментария, чувствительного к начальным проявлениям искаженного развития.

Описанные маркеры неблагополучия и методика их выявления могут быть использованы в диагностической практике специалистами психолого-педагогического и медицинского профиля, работающими с детьми младенческого возраста и оказывающими помощь детям группы риска нарушений психического развития.

Использование адаптированной методики анализа «комплекса оживления», позволяющей обнаружить характерные трудности в развитии ребенка в младенческом возрасте, может способствовать более раннему введению ребенка с формирующимся РАС и его близких в систему специальной коррекционной помощи.

Результаты исследования могут 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 образовательных программ по направлению подготовки 5.3.8 – «Коррекционная психология и дефектология». Они также могут дополнить содержание обучающих программ подготовки,

переподготовки, повышения квалификации сотрудников сферы образования и здравоохранения, работающих с детьми младенческого возраста.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Ранние признаки риска формирования РАС могут быть обнаружены уже в первом полугодии жизни ребенка с помощью анализа основных проявлений и динамики его «комплекса оживления».
2. «Комплекс оживления» у младенцев с риском РАС имеет свою специфику как в характеристиках отдельных его компонентов, так и в их соотношении на разных этапах развития.
3. Динамика соотношений основных компонентов в процессе формирования КО у ребенка с РАС свидетельствует об изменении его основной функции в ходе психического развития.
4. В особенностях формирования комплекса оживления у ребенка с РАС прослеживается тенденция искажения психического развития.

Апробация и внедрение полученных результатов осуществлялась на экспериментальной базе – лаборатории образования и комплексной абилитации детей с аутизмом ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики», коррекционно-развивающего центра «Дефектологический кабинет Александры Беркун» и «Центра Ранней помощи А. Беркун» (г. Москва).

Результаты исследования были представлены на конференциях:

- международного уровня: на I, II и III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Семья особого ребенка» (Москва, 2019, 2020, 2021, 2023), на I Всероссийской научно-практической конференции с международным участием: «Идеи Л. С. Выготского: от классики к современности» (Республика Карелия, г. Петрозаводск, 2021), на Международной конференции «Дефектология в свете современных нейронаук: теоретические и практические аспекты» (Москва, 2021), на VIII Международной научно-практической конференции «Комплексное сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья»

(Чебоксары, 2023), на Международной научно-практической конференции «Инклюзивное образование: международный опыт и практика, достигнутые результаты, проблемы и пути их решения» (Республика Узбекистан, 2023), на II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «От раннего детства к отрочеству: клинико-психологическая помощь ребенку и семье» (Москва, 2024), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современная детская психиатрия – интегральный подход и междисциплинарное взаимодействие» (Москва, 2025);

- национального уровня: на IV Межвузовской научно-практической конференции «Актуальные проблемы психологии и педагогики в современном мире» (Москва, 2019), на I и II Всероссийской конференции-совещании «Клинико-психолого-педагогическое исследование современных детей с ограниченными возможностями здоровья и с инвалидностью» (Москва, 2021, 2022), на I и II Всероссийской научно-практической конференции «Азбукинские слушания» (Москва, 2022, 2023), на I Всероссийской научно-практической конференции «Раннее детство: психологическая абилитация и профилактика нарушений психического развития» (Москва, 2022);
- регионального уровня: на образовательной краевой сессии «Современные подходы исследования в психолого-педагогическом сопровождении детей раннего и дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью» (Пермь, 2025).

Структура и объем работы. Диссертация общим объемом 151 страницы состоит из введения, трех глав, заключения, библиографического списка, включающего 222 наименования, из них 91 на английском языке, 9 приложений. В работе 3 рисунка и 13 таблиц.

ГЛАВА 1. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ФЕНОМЕНЕ «КОМПЛЕКС ОЖИВЛЕНИЯ» И НАРУШЕНИЯХ ЕГО ФОРМИРОВАНИЯ

1.1. Изучение феномена «комплекс оживления» в норме и его особенностей при нарушенном развитии

«Комплекс оживления» представляет собой один из наиболее ярких феноменов младенческого возраста, который начинает формироваться с конца первого – начала второго месяца жизни ребенка, знаменуя завершение периода новорожденности. В максимальном своем проявлении он наблюдается у младенцев с двух с половиной до пяти месяцев и представляет собой сложное поведение, включающее зрительное сосредоточение, улыбку, вокализации и двигательное оживление. К концу первого полугодия жизни комплекс оживления закономерно распадается как целостное образование, а его составляющие трансформируются в продолжающие развиваться более сложные формы поведения.

Начало описанию комплекса оживления было положено в 20-е гг. XX в школе В.М. Бехтерева Н.М. Щеловановым. Феномен возникновения оживления младенца на внешние раздражители рассматривался в контексте последовательного физиологического созревания составляющих его реакций, а степень выраженности напрямую связывалась с силой стимуляции: более интенсивное воздействие порождает по принципу простого рефлекторного реагирования более выраженный ответ ребенка (Н.М. Щелованов, 1926, 1928) [129].

В ряде литературных источников, рассматривающих историю изучения данного феномена, указывается, что Н.М. Щелованову принадлежит введение самого термина «комплекс оживления» [66, 69, 80, 108, 109]. Однако также есть мнение о том, что его автором является Н.Л. Фигурин, продолживший совместно с М.П. Денисовой тщательное изучение феноменологии ранних форм реагирования младенца на внешние воздействия, начиная с первых дней жизни [65, 102, 103, 130].

Н.Л. Фигурин и М.П. Денисова провели первые исследования группы младенцев, позволившие подробно описать этапы становления положительного «мимико-соматического комплекса» как типичного целостного образования реакций ребенка на взрослого, определить сроки их появления и раздражители, их вызывающие. Данные этих исследований показали, что сначала появляется способность к зрительному и слуховому сосредоточению, затем возникает улыбка при восприятии «говорящего лица» (в конце первого месяца), далее добавляются вдохи и первые голосовые реакции (гуканье, гуление) и в завершении – реакции двигательного оживления младенца (вскидывание ручек и перебирание ножками). Таким образом из отдельных «сочетательно-рефлекторных» реакций ребенка формируется характерное для определенного периода его развития особое образование – «комплекс оживления» (Н.Л. Фигурин, 1929) [122].

Дальнейшие исследования Г.Л. Розенгарт-Пупко (1948), проведенные в русле изучения становления процесса восприятия у младенцев, внесли важнейший вклад в понимание истоков и условий развития комплекса оживления. В результате этих исследований было доказано, что первично он возникает в процессе общения со взрослым, а затем уже по отношению к предмету. Была определена роль взрослого как активного организатора восприятия ребенка: воздействуя на органы чувств младенца, он заражает его позитивным переживанием [108, 109].

С именами М.И. Лисиной (1974) и С.Ю. Мещеряковой (1979) связан следующий этап наиболее интенсивного и методологически основательного изучения комплекса оживления с позиций культурно-исторического подхода и теории деятельности (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев) [67, 70, 80, 81]. Д.Б. Эльконин, разрабатывая периодизацию психического развития ребенка, определил в качестве ведущей деятельности младенческого периода эмоциональное общение с близким взрослым, а «комплекс оживления» как первую форму активного участия ребенка в коммуникативном процессе (Д.Б. Эльконин, 1971) [131]. Для подтверждения данной гипотезы М.И. Лисиной были проведены первые экспериментальные исследования, позволившие выявить и

проанализировать проявления активности младенца в выделении из окружения взрослого, в процессе развития его общения и условия их возникновения [67, 68].

Экспериментально была доказана активность и инициативность младенца, возрастающая на протяжении формирования «комплекса оживления». Устойчивый зрительный контакт, ответ улыбкой на обращения взрослого на втором-третьем месяце жизни младенца указывает о начале интенсивно развивающегося общения. Внутри этой деятельности ребенок становится все более активным, у него интенсивно развиваются экспрессивно-мимические средства общения. В течение второго-третьего месяца жизни он овладевает разнообразными средствами поддержания контакта: отыскивает глазами взрослого, замечает его на расстоянии, поворачивается на голосовые реакции. При обнаружении взрослого в поле зрения ребенок замирает и сосредотачивается, осуществляет эмоциональный посыл для общения – пытается активно привлекать взрослого к взаимодействию (улыбается, гулит и проявляет двигательное оживление). В процессе взаимодействия со взрослым дети на 4 месяце начинают смеяться, тем самым продлевая возможности двухстороннего общения, удержания в нем взрослого [67]. Таким образом, уже начиная с третьего месяца младенец очевидно проявляет инициативу в эмоциональном взаимодействии, используя для этой цели все доступные средства контакта.

«С третьего месяца жизни младенец начинает сам воздействовать на окружающих людей, побуждая их к контактам. Для этого он использует все доступные средства: взгляды, улыбку, движения, голос и т.д. Эти проявления складываются в целостную структуру поведения, получившую название «комплекс оживления» [117, с. 20]. Каждый компонент КО: замирание/зрительное сосредоточение, улыбка, двигательное оживление и вокализация направлен на решение актуальных проблем развития младенца при взаимодействии с окружающей средой [103, 117].

Насыщенность демонстрации «комплекса оживления» возрастает к четырём месяцам, а в конце первого полугодия жизни отдельные его компоненты начинают

преобразовываться в более сложные формы поведения, которые ребенок демонстрирует после 6-7 месяцев [67, 69, 80, 116].

В исследованиях М.И. Лисиной также было обнаружено, что степень выраженности отдельных компонентов КО может варьировать в зависимости от ряда условий, прежде всего она связана с особенностями ситуации взаимодействия и характером воздействий взрослого. Была обнаружена следующая закономерность: чем активнее взрослый выражает своё отношение к ребенку, тем спокойнее и сосредоточеннее младенец; чем скупее в знаках внимания взрослый, тем оживленнее ведет себя ребенок [67, 68].

В более поздних зарубежных и отечественных исследованиях был накоплен экспериментальный материал, подтверждающий, что для младенца лицо человека является предпочтительным раздражителем с первого месяца жизни [1, 22, 86, 117, 120], но уже на третьем месяце реакция ребенка определяется рядом условий, прежде всего, подвижностью лица и его эмоциональным выражением. Были получены данные о том, что дети чаще и дольше смотрят в лицо матери, когда оно выражает удовольствие [157], а при восприятии индифферентного лица ребенок может активно требовать участия, испытывать беспокойство, демонстрировать обиду, расстраиваться [18, 83, 119, 209].

В ходе исследований «комплекса оживления» все больше уточнялась его специфика как первой формы общения и как эмоционального отклика младенца на позитивные впечатления от несоциальных стимулов. Этот аспект изучения комплекса был раскрыт в работах С.Ю. Мещеряковой (1975, 1979) как сопоставление реакций оживления младенца на человека и на предметные стимулы и динамику их проявлений в процессе формирования КО. Автором было выдвинуто предположение, что если в выражении «комплекса оживления» младенец проявляет различную активность в зависимости от активности среды, решая определенные адаптивные задачи развития, то средства выражения этой активности и демонстрации компонентов КО могут быть разными в этих двух различных ситуациях. Экспериментальные пробы показали, что в период до трех

месяцев интенсивность проявления «комплекса оживления» в этих ситуациях не отличается. Затем при восприятии человека суммарная интенсивность проявления компонентов КО у ребенка становится выше, чем при восприятии предметов, вызывающих интерес и позитивные реакции. Наблюдаются также значимые различия в его составе: человеку младенец адресует большее количество улыбок и обильной вокализации, а при предъявлении предметов наиболее выраженными оказываются сосредоточение и двигательная активность. Кроме того, при изменении способа воздействия взрослого «комплекс оживления» перестраивается по своему составу, что не наблюдается при воздействии предметных раздражителей [80, 81].

Экспериментально было доказано, что проявления отзывчивости и активности младенца при восприятии человека отличаются от его реакций на предметные раздражители большей выразительностью, подвижностью, гибкостью, нацеленностью на отслеживание реакций взрослого и поддержание эмоционального взаимодействия.

На третьем месяце жизни «комплекс оживления» складывается в систему, которая становится основной формой реализации ведущей деятельности младенца – общения с близким взрослым и первой в онтогенезе формой сложного социального поведения. Возникшие и развивающиеся внутри КО способы раннего взаимодействия ребенка с окружением преобразуются во втором полугодии жизни в более сложные акты поведения. В ряде исследований прослеживается этот закономерный процесс, рассматривается значение комплекса оживления в становлении психических функций ребенка [80, 81, 82].

Сосредоточение на лице близкого взрослого, установление с ним избирательного эмоционального контакта способствует запечатлению его образа и уже во втором полугодии у активно формируется система «свой-чужой», развивается привязанность к близкому взрослому [81]. Во взгляде и улыбке младенца появляется больше оттенков (радость, интерес, удивление и др.); все

более точно дифференцируются эмоциональные реакции в ситуации взаимодействия с близким и чужим взрослым.

Развитие активной вокализации младенцев помимо средства привлечения внимания взрослого является значимым фактором для дальнейшего формирования речи ребенка [80, 81]. А умение предвкушать контакт, берущее своё начало в проявлении «комплекса оживления», напрямую влияет в дальнейшем на формирование речевой продукции ребенка [59].

Двигательная активность ребенка, наблюдаемая в «комплексе оживления» по отношению к взрослому, является и средством, расширяющим возможности общения, и неотъемлемым компонентом исследовательской активности, дифференцированных действий во втором полугодии.

Были проведены специальные исследования, показывающие влияние непосредственного эмоционального общения, начало развития которого происходит в первом полугодии в «комплексе оживления», на дальнейшее формирование предметных действий и познавательной активности младенца [67, 70]. В исследовании М.И. Лисиной сравнивались две группы детей, воспитывающихся в доме ребенка. Экспериментальная группа участвовала в 15 занятиях, направленных на развитие непосредственного эмоционального общения. При контрольном замере познавательной активности были получены значимые различия между группами, которые отсутствовали при первом измерении. У младенцев, лишенных полноценного эмоционального контакта, отмечались отсутствие разнообразия в предметных действиях, фиксированность на сенсорных свойствах предметов. Это подтвердило предположение о том, что «систематическое эмоциональное общение вызывает у детей первого полугодия жизни сдвиги в эмоциональной сфере и значительно благоприятствует их познавательному развитию» [80, с. 44].

Устойчивая демонстрация феномена «комплекс оживления» указывает на психическое благополучие развития младенца, а его недостаточное выражение на первые трудности неблагополучия, что находит своё подтверждение в ряде

исследований поведения младенцев, находящихся в разных условиях развития [22, 39, 126]. Было выяснено, что при дефиците общения появление комплекса оживления может задерживаться или могут наблюдаться существенные изменения и дефицитарность в его проявлениях: неполный состав компонентов, слабая интенсивность их выражения, преимущественно реактивный характер [22, 39, 126].

Особенности развития «комплекса оживления» у детей из Дома ребенка с легкими формами поражения центрально нервной системы были выявлены и подробно описаны в работах М.К. Бардышевой [22, 24]. Дефицит комплекса оживления рассматривался автором в рамках набора недостаточно развитых паттернов поведения привязанности. В исследовании показано, что в период становления КО (1-3 месяц) реакции на эмоциональный контакт со взрослым проявлялись в переживании детьми дистресса от тактильного контакта и различных формах избегания глазного контакта. На следующем этапе (3-6 месяц) снижалась выраженность избегания и увеличивалась выносливость ребенка в контакте со взрослым. В это время происходило развитие улыбки в искаженной форме – «амбивалентной гримасе», которая могла предшествовать как плачу, так и проявлению положительных эмоций. Автором указывается, что все составляющие «комплекса оживления» присутствовали в поведении детей, однако имела место недостаточная выраженность «динамического компонента эмоций», что проявлялось в особом, отличном от нормы ритме глазного контакта [22, с. 24].

Особенности проявлений комплекса оживления были выявлены и описаны в исследованиях детей с нарушениями зрения, слуха, с синдромом Дауна [57, 58, 95].

В исследовании Т.П. Кудриной (2016), посвященном взаимодействию слепых недоношенных младенцев и матерей, обнаружена чувствительность детей к воздействиям со стороны взрослого в ситуации непосредственного эмоционального общения (эмоционально насыщенные игры или ласковый «разговор» с ребенком). Младенцы проявляли активность «возможными для их уровня развития способами – средствами КО: улыбками, мимикой, голосовыми реакциями, двигательным оживлением» [57, с. 61]. Но в ситуациях, когда матери

пытались использовать игрушки для привлечения внимания ребенка, активность детей падала, они быстро уставали от взаимодействия и выражали негативные эмоции, то есть реакции «комплекса оживления» отсутствовали. Указывается также, что при слепоте компоненты КО могут развиваться иначе, чем у здоровых детей: улыбка может отсутствовать или носить «приглушенный» характер, могут отсутствовать вокализации [4]. Отмечается, что у данной группы детей КО возникает в возрасте 5-6 месяцев, тогда как в норме он оформляется к 2,5-3 месяцам. Также было выявлено, что КО носит фрагментарный характер: у большинства слепых младенцев было выявлено недостаточное развитие или отсутствие части компонентов «комплекса оживления». В 90% случаев КО слепых младенцев носил реактивный характер, не являясь собственной коммуникативной инициативой [58].

В исследовании Г.Ю. Одиноквой (2015) описаны признаки нарушения развития общения у детей раннего возраста с синдромом Дауна. Показано, что у детей данной категории могут задерживаться в проявлении социальные сигналы, такие как зрительный контакт и улыбка. Может отмечаться качественное своеобразие их выражения (лицевая экспрессия может быть невыразительная, улыбка угнетенная и др.), наблюдаться значительная задержка ответов ребенка на обращение матери. Описывается слабая выраженность инициативности младенца в контакте, преобладание реактивных форм над проактивными, а также низкая интенсивность и настойчивость в коммуникации со взрослым [95]. В дальнейших исследованиях показано, как данные особенности приводят к серьезным искажениям внутри коммуникации матери и ребенка – слабость инициативы ребенка в контакте часто принимала формы отказов от взаимодействия и протестного поведения, что вызывало у матерей критику в адрес ребенка и затруднения в построении коммуникации на доступном его уровню развития языке. Матерям зачастую трудно было поддерживать самостоятельную активность ребенка и выстраивать с ним сотрудничество в игре [95].

В рамках развития системы реабилитации глухих детей было показано, что становление «комплекса оживления» сильно зависит от того, как близкие взрослые глухого ребенка выстраивают взаимодействие с учетом необходимости компенсировать отсутствие аудиального канала восприятия. Гуление у глухих детей появляется в том же возрасте, как и у детей слышащих, однако постепенно гуление исчезает и не сменяется лепетом, если со стороны взрослых отсутствуют особые усилия, направленные на его развитие [41].

Рядом исследователей была описана специфика проявления «комплекса оживления» и у детей с РАС в период младенчества [7, 12, 15, 27, 45, 60]. В них отмечались отсутствие или неяркость выражения его компонентов, преимущественно реактивный характер, кратковременность демонстрации; во многих случаях необходимость создания близкими ребенка специальных условий для его стимуляции. Однако не было специальных эмпирических исследований, направленных на тщательное изучение его динамики и определение характеристик, отличающих его становление от закономерностей благополучного психического онтогенеза и особенностей его проявления по сравнению с трудностями, наблюдаемыми при других нарушениях развития.

1.2. Особенности ранних форм взаимодействия с окружением ребенка с РАС

Несмотря на то, что диагноз «Расстройства аутистического спектра» (РАС) ставится ребенку не раньше 2,5 лет, в большинстве клинических и психологических исследований отмечаются характерные особенности психического развития ребенка, которые проявляются еще до конца раннего возраста [8, 12, 13, 24, 26, 27, 49, 60, 61, 62, 92, 123, 172, 192, 218].

Во многих зарубежных исследованиях преобладает представление о том, что эти особенности обнаруживаются, прежде всего, в своеобразии эмоционального и социального развития ребенка после полутора лет [6, 135, 153, 187]. Соответственно и методики по выявлению риска РАС ориентированы в основном на ранний, а не на младенческий возраст [31, 32]. Вместе с тем, в последние два

десятилетия был проведен ряд исследований ранних видеозаписей младших сиблингов детей с аутизмом, представляющих группу повышенного риска по формированию аутистических расстройств [123]. Результаты данных работ подтверждают наличие в младенческом возрасте у детей из этой выборки, которым в дальнейшем был поставлен диагноз РАС, характерных признаков неблагополучия в становлении социальных отношений с окружением. Проявления дефицитарности именно в этой области психического развития рассматриваются в качестве продромальной стадии формирования аутистических расстройств [182, 190, 202, 216].

В психологических и клинических исследованиях представителей отечественной школы, основанных на понимании детского аутизма как искаженного развития, отмечен ряд характеристик аффективного развития, отражающих особый тип аутистического дизонтогенеза [12, 14, 15, 60, 63, 64, 92]. Как отмечает Е.Р. Баенская: «Характерно для аутистического дизонтогенеза стойкое сочетание нарушения активности и чувствительности во взаимодействии с окружающим миром» [12, с. 126]. Эти проблемы имеют системный характер и проявляются в особых отношениях ребенка с ближайшим социальным окружением и с сенсорной средой [15, 34, 64].

Малая активность и особая сензитивность ребенка к сенсорным и социальным стимулам на самых ранних этапах его психического развития может обнаруживаться в дефицитарности первых адаптивных форм поведения – реагирования на воздействия матери и «пристраивание» к ней: невыраженность антиципирующей позы, трудности приспособления к рукам близкого взрослого (чрезмерная пассивность и аморфность, либо отсутствие необходимой пластичности, напряженность, сопротивление) [13]. Проблемы адаптации на первом году жизни могут проявляться и как выраженные нарушения сна, пищевого поведения, недостаточная активность в выражении витальных потребностей, отсутствие сигналов явного реагирования на дискомфортные сенсорные

воздействия, либо, напротив, снижение порога чувствительности к дискомфорту и др. [23, 28, 60, 63, 64, 114].

Уже в первом полугодии у ребенка с РАС могут наблюдаться признаки невыносимости и снижения активности в базовых компонентах его эмоционального взаимодействия с окружающими: зрительном контакте, внимании к лицу близкого человека, адресованной ему улыбке [12, 15]. Эти формы реагирования являются важнейшими составляющими «комплекса оживления».

В норме для младенца человеческое лицо, особенно выразительное и «говорящее», является самым сильным и эмоционально значимым раздражителем. Данные о первичности возникновения улыбки на лицо человека и ее усложнении в течение ранних этапов психического онтогенеза были получены как в экспериментальных исследованиях отечественной психологической школы, позволивших выделить и подробно описать феномен «комплекса оживления», так и в зарубежных работах, посвященных формированию привязанности [2, 3, 40, 51, 70, 71, 75, 85, 97, 119, 122, 124, 141]. В экспериментальном исследовании Р. Шпица (1946), проведенной на выборке 146 детей от 0 до 12 месяцев было установлено, что с 2 до 6 месяцев младенцы реагировали улыбкой на появление лица любого человека (знакомого и незнакомого), а после 6 месяцев в 95% случаев эта реакция наблюдалась только при взаимодействии с близкими и знакомыми взрослыми [126].

Отсутствие выраженного внимания младенца к лицу другого человека, ограниченность, кратковременность, затрудненность визуального контакта отмечается в большинстве исследований, обращенных к анализу ранних этапов развития детей, которым в дальнейшем был поставлен диагноз «ранний детский аутизм» либо «расстройства аутистического спектра» [7, 14, 15, 28, 123, 153]. Однако представления о нижних возрастных границах проявления этих трудностей и их особенностях отличаются у разных авторов. Так, по данным Campbell и др. (2014), а также Wang и др. (2018) нарушение внимания к социальным партнерам, особенно к их лицам, может быть обнаружено у ребенка с формирующимся РАС в

возрасте 6 месяцев [144, 211]. Результаты эмпирического исследования Jones и Klin (2013) показали, что несмотря на то, что направление взгляда младенцев, которые в дальнейшем получили диагноз РАС, на область глаз другого человека присутствовало, уменьшение его длительности отмечалось уже с 2 месяцев [147, 171]. Эти данные были подтверждены в исследовании Bradshaw и др. (2019), обнаруживших феномен сниженного внимания к лицам и голосам окружающих людей у детей с формирующимся аутизмом в возрасте от 2 до 3 месяцев [142].

В исследованиях Masari и др. (2021) были получены данные, уточняющие контекст наибольшего проявления недостаточности внимания детей с аутизмом в младенческом возрасте к лицам окружающих. Авторы отмечают, что это наблюдалось в ситуациях наиболее активного поведения взрослого в непосредственном общении – прямого взгляда в глаза ребенку и речевого обращения к нему. В условиях присутствия только одного из этих компонентов (когда взрослый молча смотрит на ребенка или говорит, не глядя на него) младенец мог дольше удерживать внимание к лицу находящегося рядом человека [146].

Результаты исследований Maestro и др. (2001, 2006) по выявлению ранних признаков РАС с помощью анализа домашних видеозаписей детей и опроса их родителей, проведенных на достаточно большой выборке, позволили авторам сделать вывод о том, что у детей во все выделенные возрастные периоды (от 0 до 6, от 6 до 12, от 12 до 18 месяцев) несоциальное внимание было выше, чем социальное. Преобладающий интерес к несоциальным стимулам отмечался как в группе детей с классическим ранним детским аутизмом, так и в группе детей, в развитии которых к наблюдались признаки регресса, что, по мнению авторов, позволяет поставить под сомнение представления о наличии периода нормального развития при формировании РАС [176, 177, 180].

Особая сензитивность ребенка к социальным стимулам (прежде всего взгляду), создающее специфическое ощущение скользящего или отводимого взгляда, описана в работах отечественных исследователей, основанных на ретроспективном анализе ранних видеозаписей детей с наиболее глубокими

вариантами аутизма [8, 14, 15]. Находясь на руках у матери, такой ребенок не стремился заглянуть ей в лицо, не пытался его исследовать, отворачивался или заводил кверху глаза при сокращении взрослым дистанции общения. Дефицитарность внимания к материнскому лицу затрудняет появление непроизвольной имитации его выражения и возможности эмоционального заражения, которое является начальным этапом формирования «совместно разделенного переживания» [8, 14, 15, 16].

В ряде исследований отмечают особенности проявления улыбки ребенка с формирующимся аутизмом – ее интенсивности, характера направленности. Описаны разные варианты недостаточности ее демонстрации [12, 15, 16, 60]. Так, в исследовании Е.Р. Баенской отмечены варианты отсутствия феномена «заражения улыбкой»; возможности ответной улыбки при отсутствии ее инициации при виде близкого взрослого; задержки в появлении улыбки и кратковременности, слабости ее выраженности. Кроме того, автор описывает, что и «при своем своевременном появлении, улыбка может не использоваться в ситуации социального взаимодействия – не адресоваться близкому человеку, а вызываться другими приятными ребенку сенсорными стимулами (физическим торможением, светом лампы, узором на ковре и т.д.)» [12, с. 87].

Специальные исследования были направлены на выявление особенностей превербальной и невербальной коммуникации у маленьких детей с РАС [156, 160]. Их результаты свидетельствуют о нетипичности у младенцев с аутизмом доречевых вокализаций (в том числе нытья и плача), превербальных звуков (вокальной игры и лепета). Как отмечают авторы, плач часто не приобретал дифференцированного характера, не менялся интонационно; был атипичен в частоте проявлений и длине пауз [156]. Получены данные о значительно меньшем по сравнению с нормой количестве вокализаций [195], дефиците речеподобных вокализаций [145, 147, 194], низком уровне лепета [193].

Эти особенности отмечаются и в более ранних клинических и психологических исследованиях отечественных авторов, в которых анализируется

специфика вокализаций и динамики речевого развития при разных вариантах детского аутизма [13, 27, 46, 60]. В одних случаях отмечалось своевременное появление гуления и лепета, однако они были слабо выражены, редки, однообразны; в других – гуление практически отсутствовало, ограниченный лепет появлялся с большой задержкой. При формировании наиболее тяжелых вариантов аутистического развития в произносимых ребенком повторяющихся звуках и их сочетаниях преобладали неречевые (например, скрип, гудение с закрытым ртом), отсутствовали фонемы родного языка. Такие особенности вокализаций младенца, которые часто сочетались с отсутствием у ребенка плача, сохранялись и в более старшем возрасте [15, 92, 93].

Лепет, даже в случаях его своевременного появления, не стимулировался и не модулировался обращением взрослого или повторением им произнесенных ребенком звуков. Первые слова (в том числе – «мама») чаще не являлись обращениями, не использовались для коммуникации. Отсутствие персональных обращений отмечалось и при менее тяжелом варианте аутистического дизонтогенеза, отличающегося формально ранним речевым развитием [12, 13, 16, 60, 159].

Дефицитарность форм собственного обращения ребенка к взрослому могла проявляться в том, что они не приобретали дифференцированного характера. Так, малыш мог однообразно кричать, хныкать, не усложняя и не меняя интонацию вокализаций (крик не приобретал интонации просьбы, обиды, жалобы) [12, 13, 14].

В ряде зарубежных исследований также отмечается сочетание особых нарушений начальных этапов становления речи у детей с РАС, ограниченности зрительного контакта и задержки появления или отсутствия первых жестов, используемых в целенаправленной коммуникации: просьбы, показывания, указывания, отдавания. Ребенок не пытался привлечь внимание близкого взрослого, не стремился разделить с ним интерес [123, 152, 206, 213, 214, 216]. Отсутствие указательного жеста является одним из наиболее часто называемых ранних маркеров риска формирования РАС. Возможно также его появление в

редуцированном виде, лишенном своей важнейшей смысловой составляющей (ориентации на реакцию взрослого при выражении своего желания) – когда ребенок смотрит на желаемый предмет, протягивает по направлению к нему руку, но при этом не обращается взглядом к взрослому [13, 16, 138, 152].

Большинство авторов отмечают также недостаточную отзывчивость ребенка на обращение, в том числе отсутствие явно выраженного отклика на собственное имя, прослеживания взором направление взгляда взрослого, игнорирование его указательного жеста [13, 14, 16, 123].

В ряде исследований приводятся данные о том, что в возрасте 6-8 месяцев у детей с РАС наблюдаются трудности взаимного сосредоточения внимания ребенка и взрослого не только друг на друге, но и на предмете, что влечет за собой сложность формирования целенаправленных действий [87, 123, 134, 163, 178].

Е.Р. Баенская указывает на то, что «особая сензитивность к зрительному, а в ряде случаев и тактильному контакту, трудности эмоционального заражения, пассивность в первых взаимодействиях с близкими негативно влияют на формирование устойчивых избирательных эмоциональных отношений» – основы развития нормальной привязанности [12, 13, 15]. В случаях более тяжелого варианта аутистических расстройств ребенок не демонстрирует характерного для второго полугодия жизни так называемого «страха чужого» – выраженной эмоциональной реакции настороженности, испуга при попытке вступления с ним в контакт незнакомого человека, свидетельствующей о выделении среди окружающих людей «своих», то есть избирательности, дифференцированности отношений как условия формирования эмоциональной привязанности [1, 66, 71, 75].

Особенности отношений ребенка с РАС с окружением обнаруживаются в младенческом возрасте также в нарушениях чувствительности в восприятии сенсорной среды как проявления гипер- и гипосензитивности в модальностях разных ощущений [60]. Может наблюдаться сочетание снижения чувствительности

и проявление избирательной гиперсензитивности в рамках одной модальности [24, 88].

Особая чувствительность к определенным сенсорным впечатлениям и связанное с этим раннее ограничение их диапазона проявляется одновременно и в другой характерной тенденции развития, проявляющейся у детей уже в младенчестве и усиливающейся в раннем возрасте: чрезмерной сосредоточенности на избирательных раздражителях одной модальности (например, зрительной, слуховой, тактильной). Фиксация на этих однообразных сенсорных впечатлениях, стойкое стремление к их повторному получению представляет собой первые формы стереотипной аутостимуляции ребенка, которая препятствует развитию полноценной исследовательской активности [9, 14, 60, 61, 62].

Таким образом, в большинстве исследований как особенности психического развития детей с РАС в младенческом возрасте выделяются, прежде всего, мало выраженный интерес к социальным стимулам и предпочтение несоциальных; недостаточность реагирования на обращения близких, отсутствие проявления активности в эмоциональном контакте или ее крайняя ограниченность; своеобразие довербальной и невербальной коммуникации и др.

Вместе с тем, при общем в целом взгляде на определение области выявления первых наиболее ярких показателей тенденций аутистического дизонтогенеза, нет единого представления о возможных сроках их максимально раннего обнаружения. Некоторые авторы полагают, что особенности психического развития могут наблюдаться уже в первом полугодии жизни ребенка; однако преимущественно исследования ориентированы на конец младенческого возраста.

В основном в фокус специальных исследований попадали отдельные области психического развития ребенка, проблемы становления которых являются предвестниками формирования клинических симптомов РАС. Анализ определенного аспекта развития или поведения ребенка осуществлялся с помощью различных методов: ретроспективного анализа по результатам опроса родителей; изучения ранних видеозаписей и непосредственного наблюдения за развитием

детей из группы повышенного риска аутистических расстройств – младших сиблингов детей с РАС. Эти различия не могли не повлиять на определение возрастного диапазона, доступного для диагностики ранних маркеров РАС.

1.3. Анализ диагностических методик, ориентированных на выявление наиболее ранних признаков РАС и риска их формирования

Большинство существующих методик по выявлению признаков РАС и риска формирования аутистических расстройств ориентировано на ранний возраст, конец раннего – начало дошкольного возраста ребенка (M-CHAT, CARS, ADIR-R, CHAT, Поведенческий опросник для диагностики аутизма (Autism Behavior Checklist). Методик, разработанных специально для младенческого возраста или применимых для обследования ребенка середины-конца младенческого возраста крайне мало. Существующий диагностический инструментарий может быть разделен на две основные категории:

- **Скрининговые тесты.** Данный вид методик предполагает первичную экспресс-диагностику развития и позволяет определить у ребенка риск по РАС или же его исключить. Скрининговые методики используются не для постановки диагноза, они применяются на начальной ступени выявления проблемы и позволяют по итогам проведения рекомендовать семье получить углубленное диагностическое обследование у врача-психиатра. Поэтому скрининговые тесты могут проводить специалисты широкого направления: врачи непрофильных специальностей (педиатры, детские неврологи), работники специального и общего образования (логопеды, дефектологи, психологи); а также и близкие ребенка. Эти методики адресованы людям, которые регулярно видят младенца и взаимодействуют с ним в различных ситуациях.

- **Структурированное наблюдение за поведением ребенка** (психолого-педагогическая диагностика). Данный вид диагностических методик направлен на непосредственное наблюдение за поведением ребенка и анализ его поведения в структурированной ситуации. В результате наблюдений производится сравнение

полученных данных с показателями нейротипичного поведения и развития детей соответствующей возрастной категории.

Скрининговые диагностические методики для младенцев с РАС

Карта социально-эмоционального развития С. Гринспена [166].

Методика оценивает уровень социально-эмоционального функционирования ребенка и его особенности. Она применима для работы с детьми от 0 до 42 месяцев. Карта используется как самостоятельный инструмент диагностики и входит в набор шкал Бейли, она состоит из 35 вопросов, адресованных родителям ребенка и направленных на определение индивидуального сенсорного профиля ребенка и возможностей его социально-эмоционального развития. Вопросы состоят из блоков и распределены следующим образом:

– первый блок содержит 8 вопросов, которые дают возможность получить информацию о чувствительности ребенка к разным сенсорным раздражителям;

– второй блок содержит вопросы, позволяющие получить представление о возможностях социально-эмоционального развития ребенка, а именно, его внимания, эмоциональных реакций, возможностях эмоциональной регуляции, коммуникативной, в том числе, речевой активности. Вопросы группируются по возрастным интервалам от 0 до 3 месяцев, от 4 до 5 месяцев, от 6 до 9 месяцев, от 10 до 14 месяцев. Всего в этом блоке содержится 9 вопросов, относящихся к младенческому периоду:

- в интервале от 0 до 3 месяцев они позволяют выявить возможности контакта младенца с близким взрослым, наличие у него интереса к лицу взрослого, предметам и звукам окружающей действительности;
- вопросы, адекватные периоду от 4 до 5 месяцев, ориентированы на поиск и измерение позитивного эмоционального отклика ребенка на близкого взрослого в ситуациях, когда он его просто видит и когда взрослый общается и играет с младенцем;

- с 6 до 9 месяцев оцениваются проявления активности и инициативности ребенка в общении: его мимики, звуков, жестов и действий в ситуации взаимодействия с близким взрослым.
- вопросы, относящиеся к последним месяцам периода младенчества, позволяют дать оценку поведения ребенка на адресованные ему действия или жесты взрослого. Они также позволяют оценить активность ребенка внутри последовательных действий при привлечении родителя к игре или демонстрации своих желаний.

На предъявляемые вопросы на выбор даётся 6 вариантов ответа от «не могу сказать» до «делает все время». После заполнения карты суммируется количество ответов по каждому из 6 вариантов. Полученные данные преобразуются в баллы. Ответ «не могу сказать» равняется 0, ответ «делает все время» – 5 баллам. На основании анализа результатов дается оценка соответствию уровня становления социально-эмоционального развития ребенка возрастным нормативам и выделяются его определенные трудности.

Карта социально-эмоционального развития С. Гринспена, безусловно, представляет ценность для получения информации об особенностях раннего аффективного и социального развития ребенка, позволяет фиксировать как наличие или отсутствие достижений ребенка в освоении эмоциональных и социальных отношений, развитии его активности во взаимодействии с окружением, так и проследить последовательность формирования этих отношений. Значимыми для выявления угрозы формирования РАС являются вопросы, позволяющие распознать на ранних этапах младенчества трудности развития эмоционального взаимодействия ребенка с близким взрослым (недостаток ориентации ребенка на эмоциональную реакцию взрослого, его отзывчивости и инициативности в общении).

Важно отметить то, что существует также *Шкала функциональной оценки эмоциональности ребенка (FEAS)*, разработанная С. Гринспеном и Де Ганжи [165]. Данная шкала используется для оценки эмоционального развития детей в возрасте

от 7 месяцев до 4 лет. Она содержит вопросы, позволяющие более подробно проследить развитие на первом году жизни ребенка его интереса к окружающей действительности, возможностей его аффективной саморегуляции; формирование отношений привязанности; двусторонней коммуникации и др. Карта социально-эмоционального развития С. Гринспена и Шкала функциональной оценки эмоциональности ребенка доступны для использования на английском языке. Материал не апробирован для применения в РФ.

Шкала адаптивного поведения Вайнленд (Vineland Adaptive Behavior Scale–VABS) [207].

Возрастные ограничения для применения данной методики отсутствуют; она позволяет оценивать уровень развития адаптивного поведения ребенка и осуществлять мониторинг эффективности психокоррекционных мероприятий. С помощью полуструктурированного интервью осуществляется сбор информации о развитии коммуникации, повседневных житейских навыков, социализации и моторики ребенка. Данные сферы составляют четыре основные шкалы, которые в свою очередь разделяются на субшкалы. В методику включена также шкала дезадаптации, которая оценивает наличие дезадаптивного поведения [50].

Полученные ответы в ходе проведения диагностики оцениваются по трехбалльной шкале (от 0 до 2-х баллов), где:

2 балла – постоянное и преуспевающее совершение действия;

1 балл – освоения действия, но с частичным его выполнением;

0 баллов – эпизодическое выполнение действия или же отсутствие выполнения.

По результатам обследования ответы суммируются и складываются в общий балл. Он указывает на уровень развития ребенка в соответствии со средними показателями возрастной нормы и сформированность навыков по соответствующим сферам. Далее осуществляется анализ развития уровня адаптивного поведения, который может оказаться высоким, нормативным, умеренно низким или средним. Уровень дезадаптивного поведения оценивается как значительный, средний или незначительный.

В младенческом возрасте методика применима для оценки по шкалам коммуникации, социализации и формированию моторных навыков. Шкала дезадаптивного поведения представляет ценность для выявления признаков особых трудностей адаптации на первом году жизни ребенка.

Несмотря на то, что шкала Вайнлейд основана на исследовании большой статистически значимой выборки и имеет высокие показатели надежности, валидности и достоверности, на территории РФ имеются трудности с осуществлением перевода и адаптации методики. Это снижает доступность использования данного диагностического инструментария.

Диагностическая карта аутичного ребенка (Лебединская К.С., Никольская О.С.) [60]. Диагностическая карта применима в работе с детьми от 0 до 2 лет. Она позволяет определять наличие признаков формирования раннего детского аутизма и описывать конкретный вариант нарушения. В ней содержится ряд критериев для осуществления дифференциальной диагностики с другими нарушениями нервно-психического развития у детей раннего возраста. Заполнение карты осуществляется специалистом при сборе клинико-психологического анамнеза ребенка на основании сведений от его родителей. Содержащиеся в карте вопросы дают возможность получить подробные представления об особенностях становления разных сфер психики ребенка. Большая часть вопросов требует достаточно развернутого ответа близкого взрослого ребенка. Специфические признаки аутистического дизонтогенеза выявляются в вегетативно-инстинктивной и аффективной сферах, в области психосоматического развития, в общении, восприятии, моторике, интеллектуальном развитии, игре, речи и социальном поведении.

Диагностическая карта позволяет выявить не только определенные маркеры аутистических расстройств, но и значимые признаки формирования определенного варианта нарушения и индивидуальные особенности ребенка. Благодаря такой специфичности осуществляется как качественная дифференциальная диагностика, так и подбор адекватных форм психологической помощи и медикаментозной

терапии. Таким образом, карта представляет особую ценность как образец системного анализа всех аспектов искаженного дизонтогенеза на ранних этапах развития ребенка, однако, по ряду причин использование карты ограничено. Прежде всего, ее применение требует высокого уровня профессиональной компетентности специалиста, которая должна быть выражена как в умении проводить опрос родителей (большая часть уточняющих вопросов должна формулироваться самим специалистом), так и в навыках качественной интерпретации полученных данных. Кроме того, проведение самого опроса занимает достаточно много времени.

Анкета для родителей по выявлению нарушений психического (психологического) развития, риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста (до 2 лет) [114]. Анкета, рекомендованная для обследования детей от 0 до 2-х лет, направлена на выявление риска нарушения психического развития, включая риск формирования РАС. Методика включает 25 вопросов, обращенных к родителям ребенка, с выбором одного из трех вариантов ответа: «да», «нет», «затрудняюсь ответить». Содержащиеся в анкете вопросы направлены на выяснение возможностей эмоционального контакта с близкими, активности во взаимодействии с окружением, речи, когнитивной сферы, социального взаимодействия, игры, моторики, навыков самообслуживания. Также выясняется наличие или отсутствие особой сенсорной чувствительности и страхов, двигательных стереотипий, необычных увлечений.

Подсчет результата производится в соответствии со специальным ключом, который определяет возможное попадание ребенка в группу риска по развитию РАС. В зависимости от суммы набранных баллов (максимум составляет 12 баллов) родителям могут быть даны следующие рекомендации:

- 1) при набранных 4–8 баллах рекомендуется обратиться к медицинскому (клиническому) психологу для проведения диагностики развития познавательной сферы ребенка, диагностики детско-родительских отношений и др.;

- 2) при набранных 9 и более баллах, указывающих на риск развития РАС, родителям рекомендуется обратиться к детскому врачу-психиатру.

Данная скрининговая анкета имеет простой алгоритм выполнения и не требует значительного времени для проведения и специальной подготовки родителей. Обработка результатов также не является чрезмерно трудоемкой. Более половины вопросов анкеты ориентированы на оценку особенностей развития в младенчестве и охватывают наиболее существенные аспекты развития взаимодействия ребенка с близким взрослым и окружением. Однако часть из них теряет свою информативную значимость, объединяя в себе положения, которые требуют независимого анализа. Например, вопрос: «Фиксирует ли ребенок взгляд на предметах, игрушках или лице взрослого?» содержит две смысловые составляющие и не предполагает однозначного ответа (ребенок может длительно и часто фиксировать взгляд на сенсорно привлекательном для него предмете и при этом практически не обращать внимание на лицо близкого взрослого, в чем, собственно, и проявляется тенденция искаженного развития). Возможность значительно более точной и дифференцированной оценки заложена в *Скрининговой анкете для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста*, созданной позже этими же авторами и содержащей ряд вопросов, ориентированных на младенческий возраст, однако она рекомендована при обследовании детей старше 1,5 лет [113].

Диагностические методики, предполагающие структурированное наблюдение за ребенком.

Часть диагностического инструментария, подходящего для обследования детей младенческого возраста, в дополнение к анкетам содержит такую важную составляющую как фиксация результатов структурированного наблюдения специалиста за свободным поведением ребенка и за возможностями привлечения его в специально организованные взрослым ситуации игрового взаимодействия, коммуникации и исследования окружающего.

Одной из наиболее известных таких зарубежных методик является *Шкала по выявлению аутизма у младенцев – AOSI (Autism Observation Scale for Infants)* [143]. Это методика, направленная на выявление и мониторинг признаков формирования РАС у детей в возрасте 6 -18 месяцев и основанная на полуструктурированном свободном игровом взаимодействии с ребенком. Предполагается, что специалист, проводящий процедуру исследования, имеет опыт работами с младенцами и с детьми с РАС [123, с. 95]. После взаимодействия с ребенком специалист заполняет опросник из 18 пунктов, касающихся социальной коммуникации, переноса навыков и двигательных навыков, направленных на оценку поведения ребенка и кодирует каждый пункт по шкале 0-3, при этом более высокий балл указывает на более атипичное поведение [123, 143]. Оцениваемые типы поведения подразделяются на две группы: основную и дополнительную. Для наблюдения за основной группой поведенческих реакций создаются определенные ситуации, вовлекающие ребенка в игровое взаимодействие со взрослым. Наблюдатель регистрирует, как ребенок следит за предметом при его перемещении в горизонтальной плоскости, переключает внимание с одной игрушки на другую. Оценивается координация рука-глаз, целенаправленность движений, проявления социальной улыбки, особенности лепета, отвлекаемость младенца на обращение по имени, степень дифференцированности реакции на меняющееся выражение лица взрослого. Взрослый отслеживает особенности выражения ребенком интереса к действиям взрослого с игрушкой, их ожидание, попытки имитации, стремление привлечь внимание к своим действиям, выражение удовольствия от совместной игры, способность к чередованию собственных игровых манипуляций с действиями взрослого.

Дополнительно на протяжении всего обследования регистрируются особенности зрительного контакта и нетипичные для нормы проявления в области сенсорной и моторной сфер (чрезмерная поглощенность определенными сенсорными ощущениями в разных модальностях: длительное разглядывание собственных рук, обнюхивание предметов, избирательная сосредоточенность на

тактильных ощущениях от фактуры поверхности игрушек, наличие необычных поз, двигательных стереотипий).

Процедура обследования занимает около 20 минут и происходит за маленьким столом. С одной стороны стола на коленях у матери сидит ребенок, а с другой стороны находится специалист, вовлекающий ребенка во взаимодействие. Если в процессе проведения обследования ребенок по тем или иным причинам испытывает дискомфорт, происходит более активное вовлечение родителя, который под руководством специалиста сам пытается взаимодействовать с младенцем, используя предлагаемый набор игрушек и осуществляя заданные игровые действия. Оценка основной группы типов поведения ребенка осуществляется по шкале от 0 до 3 баллов (0 – демонстрация типичного для нормы поведения; 1 – частичное проявление типичных форм поведения, а также наличие противоречивых поведенческих реакций; 2 – преимущественно нетипичное поведение; 3 – полное отсутствие характерных для нормы поведенческих реакций или крайне нетипичное поведение). Оценка дополнительной группы производится с использованием шкалы от 0 до 2 баллов (0 – преобладание типичного для нормы поведения; 1 – неоднозначность поведенческих реакций; присутствие отдельных типичных проявлений; 2 – преобладание нетипичного поведения. Полученные баллы суммируются, и на основании итогового балла делается вывод о наличии или отсутствии возможного риска формирования аутизма. Данная методика имеет ряд неоспоримых достоинств: она включает в себя подробное и четкое описание процедуры проведения исследования и подсчета результатов; для изучения и оценки типов наблюдаемого поведения выбраны значимые показатели социального и аффективного развития ребенка младенческого и раннего возраст. Отсутствие или своеобразие выделенных для исследования типов поведения в сочетании с характерными проявлениями стереотипной и амбивалентной активности дает представление о специфических трудностях взаимодействия ребенка с окружением, которые характерны искаженному развитию. Особенно значимым является и точное выявление таких компонентов раннего

эмоционального взаимодействия ребенка со взрослым, на основании которых становится возможным развитие диалога: настроенность на контакт, предвкушение удовольствия, построение последовательности реципрокного взаимодействия, отслеживание реакций взрослого и т.д.

Стоит отметить, однако, и некоторые существенные недостатки данной шкалы. Во-первых, при исследовании детей конца младенческого возраста важно изучать, прежде всего, возможности ребенка в ситуации общения и игры с матерью, а не с незнакомым взрослым, так как именно в этот период происходит развитие дифференцированных отношений с близкими взрослыми, избирательности в контактах и формирование эмоциональной привязанности [47, 55, 69]. Авторы методики предлагают обращаться к отслеживанию возможных форм игрового взаимодействия ребенка с близким взрослым только в случае возникновения у ребенка дискомфортных переживаний, что может препятствовать адекватной оценке демонстрируемых им поведенческих реакций. Стоит также отметить, что в данной методике не нашел достаточного отражения такой важнейший маркер угрозы РАС, как особенности сенсорного восприятия ребенка, которые могут быть проявлены в предлагаемых ситуациях игры. Затруднения может вызывать и осуществление оценки повторяющихся форм поведения, которые могут быть как формирующимися стереотипиями, так и проявлениями наблюдаемой еще в этом возрасте и в норме циклической активности.

Первоначально методика была валидизирована на выборках младенцев 6, 12 и 18 месяцев с повышенным риском возникновения РАС (диагноз имелся у сиблинга обследуемого ребенка). Были проведены лонгитюдные диагностические наблюдения за детьми, которые участвовали в обследовании с применением методики ADOS, подтвердившие чувствительность данной шкалы к выявлению ранних признаков РАС [135]. Данная методика, безусловно, вызывает интерес, однако на данный момент она не переведена на русский язык, не адаптирована и не апробирована для применения в России.

Шкалы общения и символического поведения (CSBS– Communication and Symbolic Behavior Scales) [213].

Использование данной шкалы возможно от 6 до 24 месяцев. Методика направлена на осуществление ранней дифференцированной диагностики возможных отклонений в психическом развитии ребенка. Она дает возможность измерять изменения, которые происходят в общении, выразительной речи и в поведении ребенка. Шкалы ориентированы на выявление ранних признаков нарушения коммуникации у детей как с РАС, так и без аутистических расстройств.

Применение данной методики осуществляется, прежде всего, в педиатрической практике. Шкалы представляют собой первую часть диагностического инструментария, который содержит бланк анализа поведения ребенка и анкету по уходу за ним. Материал заполняется специалистом на основании данных наблюдения взаимодействия ребенка с близким взрослым. Шкалы общения используются как в наборе с другими шкалами, так и независимо от других компонентов CSBS. Заполнение первой части опросника длится от 5 до 10 минут. Ответы сопровождаются готовыми вариантами: «еще нет», «иногда», «часто». Шкалы дают возможность увидеть наличие набора ранних предикатов речи – индикаторов последующего речевого развития. В них содержится 24 вопроса, сгруппированных 7 разделами, на которые предлагается дать ответ близкому взрослому ребенку. Результаты позволяют дать оценку возможностей выраженности глазного контакта и эмоций ребенка, коммуникации, жестов, звуков, слогов и слов. Также они позволяют оценить возможности понимания речи и использования объектов при взаимодействии.

При обработке результатов каждому ответу присваивается балл. Ответ «еще нет» равняется нулю баллов, за ответ «иногда» выставляется 1 балл, ответу «часто» присваивается 2 балла. В вопросах, определяющих количественные характеристики речевой активности ребенка, сумма максимальных баллов может равняться 4. Максимальная оценка за тест из 24 вопросов составляет 57 баллов. Семь разделов объединены в группы: теме коммуникации посвящены первые три

раздела, следующие два – речевой активности, а последние два – символическому поведению. В соответствии с возрастом ребенка и количеством полученных баллов при анализе каждой группы определяется наличие или отсутствие риска нарушения развития. Подсчет общего балла позволяет соотнести достижения в развитии коммуникации ребенка с возрастной нормой на момент проведения обследования. Выраженная неравномерность развития ребенка по результатам проведения скрининга дает основания для проведения дальнейшей, более углубленной диагностики.

В контексте определения признаков формирования РАС на первом году жизни важными являются вопросы, ориентированные на:

- оценку выражения ребенком своего эмоционального состояния (плач, проявления радости, удовольствия);
- особенности зрительного контакта (отслеживает ли ребенок внимание взрослого к своей игре; улыбается ли, глядя на взрослого; смотрит ли на него и на показываемую им игрушку);
- характер развития коммуникации (пытается ли ребенок привлечь внимание взрослого к себе и к предмету своего интереса; просит о помощи и др.);
- возникновение простых жестов (указательного, «пока», кивок головой при согласии);
- появление речи: звуков, слогов и первых слов;
- понимания обращенной речи (в том числе реакция на обращение по имени).

На данный момент отсутствует аналогичный отечественный психолого-педагогический инструмент оценки возможностей и особых трудностей ребенка младенческого возраста в моделируемых ситуациях взаимодействия с ним близкого взрослого с целью раннего выявления признаков формирования РАС. Тем не менее, имеют место попытки включения компонентов такого типа обследования в раннюю диагностику. Т.Т. Батышевой с соавторами разработаны особые методические рекомендации для неврологов, педиатров, клинических психологов и других специалистов, консультирующих младенцев, ориентированные на

обследование детей от 3 до 24 месяцев с целью выявления признаков формирования РАС, а также ранних симптомов других нервно-психических заболеваний [25]. Рекомендации включают в себя таблицы сравнения показателей нормативного развития и развития ребенка с РАС на разных возрастных этапах: 3, 6, 12, 18 и 24 месяцев. В каждом возрастном периоде отмечаются достижения и особенности становления определенных сфер психического развития ребенка: в 3 месяца анализируется развитие двигательной сферы, слуха, зрения, социального поведения; в 6 и 12 месяцев к перечисленным областям добавляется оценка развития коммуникации, игры и речи. Авторами описываются «высокоспецифичные симптомы у ребенка в отношении РАС», характерные для каждого возрастного периода. В 3 месяца в качестве таких показателей рассматриваются отсутствие фиксации взгляда на лице матери, непереносимость тактильного контакта и трудности принятия позы на руках у близкого взрослого. В возрасте 6 месяцев авторы выделяют 11 высокоспецифичных симптомов: отсутствие положительного узнавания матери и дифференциации свой-чужой, подражания, проявления гиперсензитивности в слуховой и зрительной модальностях, особенности двигательной активности (в том числе, появление стереотипий). К году выделяется 8 показателей, характеризующих развитие взаимодействия (трудности зрительного контакта, отсутствие реакции на имя, собственного обращения ребенка, указательного жеста, возможности разделить со взрослым переживания, интереса к другим детям), речи, а также повышенной или пониженной чувствительности к звукам, если отсутствуют нарушения слуха.

В ситуации, когда ребенок попадает в группу риска, дальнейший сбор информации осуществляется как через описание симптоматики, наблюдаемой во время осмотра ребенка неврологом и/или педиатром, так и в процессе беседы с родителями. Близким предлагается фиксировать с помощью видеозаписи ситуации взаимодействия с ребенком и примеры его поведения в домашних условиях, когда значимые показатели проявляются наиболее ярко и часто. Это дает возможность осуществлять более тщательный анализ на приеме. Обработка результатов

осуществляется без специального ключа. При наличии высокоспецифичных симптомов РАС специалист относит ребенка к группе риска по данному нарушению развития и дает рекомендации родителям для раннего обращения за помощью к специалистам [24].

Данная разработка предоставляет возможность для специалистов (педиатров и неврологов), к которым чаще всего обращаются родители с ребенком младенческого возраста, с большей вероятностью обнаруживать ранние признаки аутистического дизонтогенеза и своевременно ориентировать семью на необходимость специальной коррекционной помощи. Ценным является и наличие дальнейшего алгоритма направленного динамического наблюдения за младенцем по выделенным показателям: систематический анализ домашних видеозаписей, дополняющих и уточняющих информацию, которую получают специалисты на крайне ограниченном по времени приеме. Использование предлагаемых таблиц в качестве диагностического инструмента осложнено отсутствием в рекомендациях четких инструкций по их применению и анализу полученных данных, но они могут служить основой для прослеживания позитивных и негативных изменений в развитии ребенка на протяжении младенческого возраста. Тем не менее, нельзя полностью согласиться с выделяемым авторами набором маркеров, которые обозначены как высокоспецифичные для расстройств аутистического спектра. Некоторые из них действительно отражают характерные нарушения в развитии взаимодействия ребенка с окружением (например, невыраженность выделения матери, непереносимость тактильного контакта, отсутствие реакции на звук, лепета), но наблюдаются лишь в случаях формирования наиболее тяжелых вариантов аутистического дизонтогенеза. Отметим также, что не все трудности зрительного сосредоточения являются высокоспецифичными для аутизма: показательными являются проблемы в сосредоточении взгляда на лице другого человека и нарушения в формировании разделенного внимания.

Подводя итог анализу диагностических методик, которые применяются для выявления предвестников и первых признаков РАС на ранних этапах развития ребенка, отметим, прежде всего, их немногочисленность.

Большая часть из рассмотренных методик имеет форму анкет и опросников, адресованных родителям и специалистам, и предоставляет возможность ретроспективного анализа выявляемых особенностей развития ребенка. Меньшим числом представлены методики в виде структурированного наблюдения за поведением ребенка как в свободных, так и в специально организованных ситуациях взаимодействия со взрослым. Они содержат вопросы или утверждения, с помощью которых можно выделить существенные для определения тенденций искаженного развития особенности поведения ребенка, специфику развития его психических функций, характер первых трудностей адаптации к окружающей среде, но лишь частично затрагивают младенческий возраст, при этом преимущественно второе полугодие жизни ребенка.

Обнаруженные особенности психического развития младенцев с формирующимся РАС свидетельствуют о нарушении предпосылок становления ранних форм аффективного и социального взаимодействия с окружающим, которые могут проявляться, прежде всего, в недостаточности и своеобразии развития основных компонентов «комплекса оживления».

Выводы по Главе 1

Первые формы аффективного и социального взаимодействия ребенка с окружающим, в которых проявляются характерные особенности поведения младенцев при тенденциях аутистического дизонтогенеза, складываются и развиваются при благополучном развитии в «комплексе оживления».

«Комплекс оживления» – наиболее яркий феномен психического развития младенца первого полугодия жизни, отражающий его возможности в активном восприятии ближайшего окружения и позитивном эмоциональном реагировании на присутствие и общение близких и на несоциальные стимулы, вызывающие

интерес. В классических отечественных исследованиях, посвященных описанию и анализу этой первой сложной формы поведения, доказано, что «комплекс оживления» является важнейшим новообразованием психического онтогенеза, определяющим содержание его ранних этапов как интенсивное развитие непосредственного эмоционального общения. Тщательное многолетнее исследование этого феномена позволили описать его структуру, состоящую из четырех компонентов (зрительного сосредоточения, улыбки, вокализаций и двигательного оживления), определить вклад каждого из них в развитие активного взаимодействия ребенка с внешней средой; раскрыть условия и закономерности его формирования и динамики на протяжении первых месяцев жизни, доказать его ведущую роль в психическом онтогенезе. Определение значимости для психического развития своевременного появления и полноценного функционирования «комплекса оживления» позволило представить его в качестве основного предмета психологической диагностики в первой половине первого года жизни ребенка. Была разработана система оценки проявлений и функционирования комплекса оживления как целостного поведенческого акта: выраженности его компонентов, изменения его структуры в зависимости от характера адаптивной задачи, стоящей перед ребенком; создан алгоритм его эмпирического изучения на последовательных этапах формирования и определены показатели его благополучного развития [117].

Особое внимание своеобразию проявлений «комплекса оживления» уделяется в психолого-педагогических исследованиях по изучению закономерностей раннего развития детей с ОВЗ и определению условий, необходимых для развития ранних форм взаимодействия родителей с ребенком. Описаны в ряде работ его особенности и у детей с аутистическими расстройствами, однако не проводилось специальных эмпирических исследований, позволяющих оценить интенсивность и качество проявления его компонентов, выявить изменения его структуры и функции в процессе развития – специфику, значимую для уточнения и дополнения представлений о закономерностях аутистического

дизонтогенеза и расширения возможностей ранней диагностики угрозы формирования РАС.

Данные отечественных и зарубежных исследований, посвященных описанию начальных признаков РАС и проблеме их раннего выявления, указывают на наличие характерных особенностей психического развития ребенка с аутизмом, которые обнаруживаются уже в младенческом возрасте и проявляются в области взаимодействия ребенка и с социальным и сенсорным окружением. Они выражаются в непродолжительности зрительного контакта, недостаточности внимания к социальным стимулам (в том числе невыраженность интереса к лицу другого человека, реакций на обращение и собственных попыток инициировать общение; слабость выражения социальной улыбки; трудности формирования разделенного внимания); дефицитарность способов невербальной коммуникации, своеобразие и недостаточность вокализаций и лепета, отсутствие первых слов, используемых как средство общения. Особенности восприятия такими детьми сенсорных раздражителей проявляются как нарушения чувствительности в разных модальностях и чрезмерная сосредоточенность на избирательных сенсорных впечатлениях.

Представленные в работах ряда авторов результаты ретроспективного анализа ранних этапов развития детей (по данным опроса родителей и изучения домашних видеозаписей детей в период младенчества) подтверждаются данными, полученными в лонгитюдных исследованиях, основанных на наблюдении и видеосъемке поведения младших сиблингов детей с аутизмом, которым в дальнейшем также был поставлен диагноз РАС. Основным выводом данных исследований является то, что у детей из этой выборки на протяжении всего периода младенчества прослеживаются тенденции предпочтения восприятия несоциальных стимулов социальным. Появление подобных исследований, эмпирически доказывающих наличие маркеров угрозы формирования аутистических расстройств начиная с первых месяцев жизни, позволяет пересмотреть в большей степени распространенное среди специалистов

представление о возможности ее обнаружения ближе к концу младенческого и началу раннего возраста.

Анализ диагностических методик, ориентированных на выявление признаков РАС на ранних этапах развития ребенка, приводит к выводу об их крайней малочисленности. В основном они представлены в виде скрининговых тестов: анкет и опросников для родителей, позволяющих ретроспективно выявить ряд особенностей психического развития ребенка, определяющих его отнесенность к группе риска, в том числе и по формированию аутистических расстройств. Единичны методики, построенные на организации взаимодействия специалиста и родителей с ребенком, в процессе которого происходит анализ его поведения в структурированной ситуации и сравнение полученных данных с показателями нейротипичного развития младенцев. Но данный диагностический инструментарий ориентирован на конец младенческого возраста и в большей степени чувствителен к обнаружению признаков развития тяжелых вариантов РАС.

Таким образом, до настоящего времени остаются нерешенными вопросы о наиболее ранних сроках возможного выявления угрозы формирования РАС и разработки диагностических методик, способных выявить тенденцию искаженного развития на ранних его этапах. Актуальность этих вопросов определила задачу поиска значимых маркеров угрозы РАС с использованием инструментария, способного уловить качественные особенности первых форм активного взаимодействия ребенка с социальным и сенсорным окружением.

ГЛАВА 2. МЕТОД И МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Возможности использования методов видеосъёмки и анализа видеоматериалов в психолого-педагогических исследованиях детей младенческого и раннего возраста

Психологические исследования поведения детей первых лет жизни традиционно происходят исключительно с опорой на метод наблюдения, что связано с особенностями раннего возраста. Использование видеосъёмки и анализа видеозаписей позволяет выводить этот метод на качественно новый уровень [19, 20, 111].

Первые подтвердившие свою эффективность попытки фиксации поведенческих феноменов с помощью киносъёмки и их последующего анализа были предприняты в первой половине XX века. Ещё в 1933 году Р. Шпиц [125, 126] в своих исследованиях детей младенческого возраста предложил метод «экранного анализа» наблюдений одного и того же поведенческого феномена: поведение ребенка записывалось на киноплёнку, а затем с помощью проектора неоднократно воспроизводилось на экране при существенном замедлении скорости, благодаря чему были созданы условия для фиксации и более тщательного изучения ритма движений младенца и изменения выражения его лица [126].

В послевоенные годы, прежде всего в рамках психоаналитической школы, в Европе и Америке с использованием видеосъёмки стали проводиться исследования влияния изоляции и депривации на развитие детей раннего возраста. Созданный Р. Шпицем фильм «Психогенные нарушения у младенцев» (1952) раскрыл психическую реальность жизни детей в домах малютки, приютах и больницах, где они, получая достаточный уход и питание, были лишены полноценного эмоционального общения со взрослыми. Полученный видеоматериал позволил выявить и документально подтвердить у этих младенцев проявления нарушений инстинктивной сферы, когнитивного и моторного развития [125, 126]. В фильмах

Дж. Боулби «Двухлетний ребенок попадает в больницу» и Джеймс и Джойс Робертсонов «Джон» продемонстрированы признаки и динамика нарушений привязанности, и развитие депрессии при длительной депривации общения ребенка с матерью (J. Bowlb, J. Robertson, 1953). Данные материалы не только стали ярким подтверждением теоретических положений, но носили и просветительский характер [141].

Подробный анализ истории становления данного метода представлен в работе Серкиной А.В. Автор пишет: «до 70 годов XX века запись на киноплёнку вызванного матерью поведения ребенка применялась в различных направлениях психологических исследований, при этом усовершенствовался способ оценки материалов наблюдения: от «экранного анализа» к «покадровому», результаты которого фиксировались в протоколах, дневниковых записях, схемах, фотографиях, киноматериалах. В 70-е годы кинокамеру сменила видеокамера, затем – цифровая видеокамера с возможностью осуществления функции «стоп-кадра», практически мгновенного и многократного просмотра отснятого материала с использованием различных технических средств» [112, с. 2].

Одним из наиболее ярких и знаменитых исследований 70-х годов был эксперимент «Неподвижное лицо» (Still face) Э. Троника (1975), в котором фиксировались в форме видеозаписей реакции младенца на внезапное изменение поведения и выражения лица матери. Были выявлены характерные перемены в эмоциональной экспрессии детей при возникновении угрозы в виде холодности и эмоциональной недоступности матери [209]. Данные этого эксперимента внесли вклад в понимание специфики развития младенцев у матерей, страдающих депрессией. Это направление исследований с использованием метода видеосъемки получило продолжение и в более поздних работах [136].

Значительный вклад в направление метода видеосъемки и анализа взаимодействия детей младенческого и раннего возраста в диаде «мать-ребенок» внесли работы когнитивной и социальной психологии 60-70 годов XX века. Так, R. Clark (1985) была создана и стандартизирована диагностическая процедура

оценки психологического взаимодействия в паре «мать-ребенок» – PCERA (The Parent-Child Early Relational Assessment), основанная на анализе 5-минутной видеозаписи игры взрослого с малышом. Видеоматериал оценивается независимыми экспертами по 65 параметрам, сгруппированным в 12 субшкал, которые характеризуют поведение матери, ребёнка и их диадическое взаимодействие. В поведении матери выделяются и анализируются тон голоса, настроение, аффект, стиль взаимодействия и степень вовлеченности в него. В поведении ребенка оцениваются настроение, адаптивность и коммуникативная активность. Данные анализа взаимодействия в диаде «взрослый-ребенок» позволяют характеризовать взаимность контакта, эмоционального качества и коммуникации [112, 148]. Методика R. Clark была успешно применена в отечественных исследованиях взаимодействия взрослых с маленькими детьми с синдромом Дауна, воспитывающихся как в семьях, так и в домах ребенка [96, 112].

Анализ материалов видеозаписей лежит в основе ряда позднее созданных методик: «Оценка эмоций матери и ребенка» (Dyadic Affect Manual) [188]; интерактивной методики анализа видеозаписей взаимодействия матери с младенцем Е.И. Исениной [48]; анализа видеозаписей совместной игры матери и ребенка М.Е. Ланцбург, направленной на оценку вербальных и невербальных средств общения, эмоциональных проявлений его участников и характера их взаимодействия.

Особую ценность приобретает использование видеосъемки и анализа видеозаписей в психолого-педагогическом сопровождении детей первых лет жизни с нарушениями развития и риском их возникновения. Это позволяет сделать более точным и чувствительным инструмент экспресс-диагностики развития, который может способствовать подтверждению или опровержению гипотез, связанных с оценкой и прогнозом отклонений в развитии у ребенка, одновременно раскрывая более широкие возможности для реализации видеосъемки и анализа видеоматериалов в системе ранней помощи детям. Полученные в результате видеосъемки материалы широко используются в ряде социальных и

педагогических программ ранней помощи, направленных на развитие взаимодействия между ребенком и его близкими. В первых из них, созданных в русле психодинамического подхода – «Психотерапия младенца и родителя» [204]; «Кратковременная психотерапия матери и младенца» [151, 173]; «Руководство взаимодействием» [186] и «Тренировка взаимодействия» [161] основным источником информации также являлся анализ записанных на видеопленку эпизодов взаимодействия. Так, например, в основе метода «Тренировка взаимодействия» («Interaction coaching») лежат данные психологии развития, демонстрирующие, что в ходе взаимодействия матери с младенцем – мать регулирует своё поведение в соответствии с сигналами ребенка. Тем самым взрослый модулирует уровень стимуляции ребенка и его возбуждения в соответствии с его текущими возможностями. Анализ видеозаписи взаимодействия в диаде позволяет оценить ключевые параметры коммуникации: ритм партнеров, их вербальную активность и очередность, обмен взглядами, а также синхронность и взаимность ответных реакций участников [112, 161].

Метод «Руководство взаимодействием» [186] позволяет оценить с помощью видеофрагментов игровой процесс общения в диаде «родитель-ребенок». По итогам записи специалист проводит её анализ, а затем наглядно демонстрирует родителю сильные стороны взаимодействия близкого с ребенком (чувствительность, отзывчивость) и слабые мишени. Даёт тем самым рекомендации по изменению поведения, метод имеет терапевтический характер.

Помимо психотерапевтических моделей, ориентированных на улучшение взаимодействия матери и ребенка младенческого и раннего возраста, в современной практике ранней помощи представлены различные социально-педагогические программы и технологии, также активно использующие видеосъемку. Например, метод VIG (Video Interaction Guidance), созданный Г. Бимансом (Нидерланды) в 1980-х годах [140]. Он основан на идее о том, что качественное взаимодействие строится на внимательном отклике взрослого на инициативу ребенка и их совместной способности сосредотачивать внимание на

одном объекте. Автор разработал систему оценки видеозаписей и применил анализ для работы с родительскими группами, направленной на усиление коммуникативной компетентности взрослых. На базе этого подхода была создана программа VHT (Video Home Training), получившая широкое распространение в социальной сфере. Другая программа – ICDP (International Child Development Program) [169] фокусируется на улучшении отношений между взрослым и ребенком и способствует формированию последовательности этапов развития взаимодействия и диалога, преодолению их трудностей, а также показывает возможности применения видеозаписи в работе психологов, педагогов и социальных работников. На анализ взаимодействия матери и ребенка с особенностями в развитии и повышения родительских компетенций направлена методика «отзывчивого взаимодействия» [181], которая применялась в работе с родителями детей с синдромом Дауна.

В современных отечественных исследованиях в области специальной психологии и коррекционной педагогики, разрабатывающих методики и технологии, направленные на развитие взаимодействия взрослого и ребенка, анализ видеоматериалов является одним из основных методов обучения родителей, воспитывающих детей с различными нарушениями развития [99, 101, 104]. Созданы и описаны технологии предупреждения и преодоления трудностей развития общения воспитателей и детей-сирот [39, 100]; преодоления трудностей развития общения матери и ребенка раннего возраста с синдромом Дауна [95, 100]; предупреждения трудностей в развитии общения слепого недоношенного младенца и матери [39, 56, 57, 95, 101, 112]. Использование видеоматериалов по взаимодействию матери и ребенка (его типичных и отличающихся от нормативных форм); понимания характера возможных трудностей взаимодействия с малышом и облегчающих его условий; оценки паттернов поведения взрослого в общении с ребенком, их оценки и выделение наиболее эффективных. Как пишет Серкина А.В.: «С этой целью был создан метод экспертного анализа видеоматериалов взаимодействия матери и ребенка раннего возраста с ОВЗ, где предметом изучения

выступают характеристики коммуникативных действий взрослого и ребенка в их взаимосвязи. Разработанный методический инструментарий включает экспериментально апробированные процедуры сбора, обработки и анализа взаимодействия детей с близкими взрослыми с использованием видеосъемки; общую для всех категорий детей квалификационную сетку – перечень типичных форм коммуникативного поведения детей младенческого и раннего возраста и их близких взрослых и систему параметров оценки их характеристик» [54, 100, 112, с. 3].

В последнее время домашние архивы развития младенцев становятся всё более востребованным объектом научного анализа. Видеоматериалы позволяют проводить лонгитюдные исследования разных аспектов становления психической деятельности и социального поведения детей в естественных условиях. Как указывает Серкина А.В.: «примером сбора информации в естественных домашних условиях с применением видеосъемки в течение длительного периода времени может служить разработанная в отечественной психолингвистике специализированная методика анализа домашних видеозаписей, позволяющая дать качественную и количественную оценку линиям голосового развития ребенка и его поведения в онтогенезе. Для понимания того, каким образом голосовые знаки приобретают черты звучащей вокруг речи и входят в общий поведенческий репертуар маленького ребенка, проводилось сопоставление голосовых проявлений младенца с формами его поведения» [29, 112, с. 2, 121].

Накопленный опыт применения метода анализа видеоматериала позволяет определить его несомненные достоинства, отмечаемые большинством исследователей. Видеозапись представляет собой важный источник информации при наблюдении за эпизодами деятельности, которые обычно могут быть упущены как мимолетные. В отличие от других визуальных методов, таких как заметки во время наблюдения и фотографии, использование видео обеспечивает развернутую во времени запись, фиксируя информацию как о самом наблюдаемом феномене или проявлениях поведения по мере того, как они развиваются, так и условиях, в

которых они возникают. Кроме того, в отличие от классических методов сбора информации, видеозапись позволяет многократно возвращаться к анализу исходного материала наблюдения, пересматривать видео различными способами, например, изменяя скорость воспроизведения, со звуком или без него, что расширяет исследовательские возможности [150]. Становится доступным последовательный детальный анализ поведения, мимики и жестов ребенка; повторного просмотра важных, с точки зрения исследователя, фрагментов видеозаписи; отслеживания динамики развития ребенка; а также в большей степени обеспечивается возможность экспертного изучения эмпирических данных [112].

Качественно исследуемые видеоматериалы, по мнению большинства исследователей, могут рассматриваться как документы, наряду с историями развития детей, клиническими записями, протоколами поведения и анамнестическими данными, позволяющие делать более объективным заключение о ходе развития ребенка [19, 20].

Вместе с тем, обсуждая возможности использования видеосъемки и анализа готовых видеозаписей, некоторые авторы указывают на определенные сложности этого метода, связанные с насыщенностью получаемого материала огромным количеством аудиовизуальных данных и необходимостью выбора расстояния съемки, степени включения контекста наблюдаемых действий ребенка и его отслеживания, то есть неизбежностью избирательного взгляда исследователя, опосредованного видеокамерой, на изучаемый феномен [19, 112, 155, 170].

Несмотря на достаточно длительный период интенсивного использования в исследованиях видеосъемки и доказательства ее уникальных возможностей, стремление методологического оформления ее применения отмечается лишь последние двадцать лет [19, 20, 170, 210, 217]. Активная разработка вопросов методологии использования видеосъемки для анализа феноменов развития ребенка была предпринята в рамках интернационального сотрудничества исследователей из Австралии, Новой Зеландии, Китая, Мексики, Швеции и США. Результаты этой

работы, представленные в сборнике статей «Visual Methodologies and Digital Tools for Researching with Young Children» (2014), позволили сформулировать теоретические основы использования цифровых визуальных инструментов с позиций культурно-исторического подхода. Авторы доказывают необходимость более целостного, динамичного и этически приемлемого взгляда на исследования развития ребенка в различных культурных контекстах. Подчеркивается, что методология при исследовании детского развития должна строиться на основе понимания целостности поведения ребенка, а видеозаписи позволяют регистрировать эту целостность [162].

Таким образом, видеосъемка обладает рядом значимых преимуществ как при исследовании закономерностей развития и поведения детей младенческого и раннего возраста, так и в практической деятельности психологов и педагогов. К ним относится уникальная возможность фиксировать и анализировать мимолетные движения, невербальные реакции и игру ребенка, доступ к многократным просмотрам материала, повышение достоверности результатов наблюдения и многое другое. При этом необходимо учитывать зависимость продуктивности использования предоставляемых видеосъемкой преимуществ от избранной методологии проведения исследования и последующего анализа материала.

2.2. Использование видеозаписей ранних этапов развития ребенка в исследованиях детей с РАС

Видеозаписи ранних этапов развития детей активно используются в зарубежных клинических исследованиях для изучения процессов возникновения расстройств аутистического спектра [164, 189, 221, 222]. Данные исследования в большей степени характеризуются направленностью на выявление ранних признаков характерных для аутистических расстройств поведенческих симптомов, например, особых движений и жестов [182], особенностей ходьбы [158].

На протяжении последних десятилетий наблюдается растущий интерес исследователей к домашним видеозаписям первого-второго года жизни детей,

которым в конце раннего возраста был поставлен диагноз РАС. Несмотря на многочисленные ограничения, исследования этих материалов доказали свою научную ценность, как дающие возможность ретроспективного выявления особенностей психического развития ребенка задолго до постановки клинического диагноза.

В исследованиях группы ученых из Сан-Франциско в конце 70-х годов прошлого века [183, 184, 185, 201] были проанализированы домашние фильмы, снятые в период младенчества детей, у которых позже был диагностирован аутизм. Особое внимание исследователями уделялось оценке взаимодействия матери с ребенком, а также выявлению в поведении младенца ранних симптомов нарушения развития. Н. Massie описал возможные продромальные признаки детского аутистического психоза (термин, используемый на момент исследования в психиатрии), наблюдаемые уже в первые три месяца жизни ребенка. К ним были отнесены сниженные показатели активности, тонуса и слежения за людьми и предметами. Сравнительный анализ взаимодействия в диаде «взрослый-ребенок» в случаях общения матери с ребенком с РАС и с его здоровым сиблингом, показал, что в первом случае мать значительно реже, чем во втором, выстраивала зрительный контакт с ребенком, когда он находился у нее на руках [184].

Группа ученых из Турского университета провела ряд исследований домашних видеозаписей: сначала, с опорой на шкалу ранних симптомов РАС, выявлялись особенности поведения детей, затем в фокусе внимания было формирование у них ранних навыков (жестов, подражания, совместного внимания) [132, 138, 139, 196, 220]. В работе Бернанд с соавт. (2006), посвященной анализу жестикуляции детей от 12 до 36 месяцев, с помощью материалов видеозаписей было доказано общее снижение жестовой активности детей с аутизмом в сравнении со здоровыми детьми, а также обнаружены специфические особенности развития у детей с РАС шести категорий жестов. Это исследование, по мнению авторов, позволяет выявлять возможные варианты развития внутри группы детей с РАС [139, с. 259].

Исследователи из Вашингтона попытались усовершенствовать методологические основы исследования с помощью стандартизации возраста детей и сравнения с выборкой детей с нарушениями интеллектуального развития [189, 190, 212]. Результаты проведенных ретроспективных исследований позволили обнаружить различия в развитии детей с РАС и с нарушением интеллекта в возрасте 1 года: младенцы с формирующимся аутистическим расстройством реже смотрели на других и реагировали на обращение к себе по имени. Сходными для обеих групп детей особенностями оказалось более редкое использование жестов и исследование предметов, которые держит в руках другие люди, более частое совершение повторяющихся движений [189, с. 249].

В исследованиях на аналогичной выборке, проведенных в Северной Каролине G. T. Baranek (1999); S. E. Colgan с коллегами (2006), была введена система кодирования социального, аффективного и сенсомоторного поведения, игры с объектами и жестов [133, 149]. Исследование, посвященное особенностям игры младенцев от 9 до 12 месяцев с предметами, способствовало разработке инструмента анализа домашних видеозаписей (G. T. Baranek et al., 2005). Полученные результаты показали возможности использования технологии компьютерного кодирования при применении методов ретроспективного анализа видео [133].

Исследователи Пизанского университета провели анализ появления симптомов РАС с помощью изучения домашних видеороликов на больших выборках с различными условиями контроля (сравнение с данными опроса родителей и видеозаписями поведения нейротипичных детей аналогичных возрастных категорий). Результаты исследования трех возрастных групп (от 0 до 6, от 6 до 12, от 12 до 18 месяцев) позволили авторам сделать вывод о том, что у детей с аутизмом несоциальное внимание выше, чем социальное во все возрастные периоды [176, 177, 178, 180].

Видеозаписи позволяют фиксировать и изучать сложные изменения во взаимодействии матери и ребенка с РАС, начиная с первых дней его жизни, а также

анализировать динамику его развития в сравнении с группами детей с иными нарушениями. Авторы, использовавшие в своих исследованиях материал видеозаписей, пришли к заключению, что сопоставление их результатов с данными, полученными в проспективных исследованиях, позволяет получать наиболее полную картину и искать ответы на вопросы о механизмах, формах и путях развития аутистических расстройств [202].

2.3. Разработка методики ретроспективного изучения «комплекса оживления» по видеозаписям поведения детей младенческого возраста

2.3.1. Классическая методика изучения «комплекса оживления»: процедура и параметры оценки

В проведенном нами эмпирическом исследовании в качестве базовой была использована методика экспериментального изучения «комплекса оживления», входящая в состав комплекса методик «Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет», созданного Е.О. Смирновой, Л.Н. Галигузовой, Т.В. Ермоловой, С.Ю. Мещеряковой и направленного на качественную оценку и контроль актуального психического развития ребенка [117]. Диагностический инструментарий, разработанный авторами для измерения проявлений «комплекса оживления» и дающий возможность своевременного выявления признаков задержки и отклонений в психическом развитии, был создан на основе обширного эмпирического материала, включающего результаты лонгитюдных, формирующих и сравнительных исследований младенцев, воспитывающихся в разных условиях: семьях, яслях и в домах ребенка.

Теоретической основой методики являются положения культурно-исторической концепции психического развития Л. С. Выготского, развиваемые в теории ведущей деятельности А. Н. Леонтьева, представления о периодизации психического развития Д. Б. Эльконина и концепция генезиса общения ребенка со взрослыми М. И. Лисиной [37, 65, 68, 117, с. 4, 131]. Общение ребенка со взрослым

и его ведущая деятельность в каждом возрастном периоде рассматриваются как определяющие факторы психического онтогенеза, а уровень их развития становится предметом психологической диагностики. Созданный в рамках метода структурированного наблюдения инструментарий направлен «на диагностику развития не отдельных психических функций, а целостных форм психической активности, в которых реализуется и развивается личность ребенка, начиная с самых ранних этапов его жизни» [117, с. 3].

В комплект методики входит подробный алгоритм обследования, описание диагностических ситуаций с измеряемыми параметрами, шкалы оценки, протоколы для регистрации данных и рекомендации по написанию заключения [117].

Диагностическая методика оценивает поведение младенца первого полугодия жизни по двум линиям развития: взаимодействие в диаде «взрослый-ребенок» и познавательная активность младенца. Для оценки уровня развития ситуативно-личностного общения выделяются следующие параметры: инициативность ребенка в общении, его чувствительность к воздействиям взрослого и средства общения. Параметр «инициативность в общении» характеризует стремление младенца привлечь к себе внимание взрослого и продлить общение и выражается в том, что ребенок проявляет «комплекс оживления», предвосхищая воздействия взрослого, когда взрослый пассивен в общении или прекращает его. Параметр «чувствительность ребенка к коммуникативным воздействиям взрослого» характеризует готовность младенца воспринять проявления внимания и доброжелательности со стороны взрослого, его показателями являются замирание и сосредоточенность на взрослом; положительное отношение (ответные положительные эмоциональные реакции, проявляемые в улыбке, двигательном оживлении, вокализации); а также перестройка состава КО и изменение интенсивности его компонентов в зависимости от поведения взрослого – его активности, степени близости в контакте (например, более интенсивное двигательное оживление при дистантном общении).

Третий параметр «средства общения» характеризует степень овладения младенцем коммуникативными средствами, его показателями являются количество и выраженность компонентов «комплекса оживления», используемых ребенком в общении [117].

Оценка развития уровня общения у младенца первого полугодия жизни, по мнению авторов методики, возможна с учетом совокупности характеристик «комплекса оживления» в ситуациях, различающихся степенью коммуникативной активности взрослого в общении с малышом и соответственно «коммуникативной задачей», возникающей перед ребенком. Поэтому диагностическая процедура предполагает организацию трех ситуаций. В первой ситуации «Пассивный взрослый» основной коммуникативной задачей младенца является привлечение к себе внимание взрослого, стремление побудить его к общению, поэтому здесь ярче всего проявляется инициативность ребенка. В процедуре проведения данной диагностической пробы взрослый находится рядом с ребенком, повернув к нему лицо, но первые 20-30 секунд не смотрит ему в глаза, не вступает в общение, не улыбается, не разговаривает, делая вид, что его внимание привлечено к чему-то другому, выжидая, когда младенец проявит инициативу. Поведение ребенка фиксируется в протоколе. Если ребенок начинает проявлять комплекс оживления с нарастающей интенсивностью (все сильнее размахивая ручками, громче вскрикивая и др.), взрослый сразу отвечает на призыв малыша улыбкой и ласковыми словами, то есть переходит ко второй диагностической ситуации «Чистое общение». Ее целью является выявление параметров общения при коммуникативной активности взрослого. Поэтому здесь фиксируется и оценивается, прежде всего, чувствительность младенца к воздействиям взрослого. Процедура проведения этой диагностической пробы представляет собой чередование периодов активных воздействий взрослого и пауз. В период активных воздействий взрослый обращается к ребенку с улыбкой, глядя в глаза, ласково называет его по имени, побуждает сказать «агу» и т. д. Во время паузы взрослый ожидает воздействий со стороны младенца, сразу отвечая на них. Авторы

отмечают, что для диагностики уровня развития общения у младенцев старше 2 месяцев этих двух ситуаций обычно бывает достаточно. Для более маленьких детей или в тех случаях, когда ребенок не реагирует на воздействия взрослого, необходимо организовать ситуацию «Общение на руках у взрослого» (ситуация 3), позволяющую выявить чувствительность ребенка и параметры общения при максимальной коммуникативной активности взрослого (взгляд в глаза, обращение к малышу с выразительной мимикой и ласковой интонацией, приближение и удаление своего лица) [117].

Данные диагностической процедуры заносятся в протокол и оцениваются на основе разработанных «Шкалы оценки выраженности компонентов комплекса оживления» и «Шкалы оценки параметров общения». Степень проявления каждого из четырех компонентов КО (зрительного сосредоточения, улыбки, двигательного оживления, вокализации) исчисляется системой баллов:

- 0 – проявления отсутствуют;
- 1 – проявления выражаются слабо;
- 2 – проявления представлены средне;
- 3 – проявления яркие, выражены интенсивно.

Более подробно оценочная система представлена в приведенных ниже таблицах 1 и 2.

Таблица 1. Шкала оценки выраженности компонентов комплекса оживления

Компоненты комплекса оживления	Критерии оценки компонентов	Баллы
Сосредоточение	Отсутствует: рассеянный, блуждающий взгляд	0
	Слабое: Кратковременное неполное замирание, взгляд на взрослого	1
	Среднее: неполное замирание со взглядом на лицо или глаза взрослого	2
	Сильное: полное замирание, длительный сосредоточенный взгляд в глаза взрослого	3
Улыбка	Отсутствует:	0
	Слабая:	1

	кратковременная улыбка без размыкания губ, со покойной мимикой Средняя: улыбка с размыканием губ, довольным выражением лица, но без оживленной мимики Ярко выраженная: длительная улыбка с размыканием губ, оживленной мимикой, радостным взглядом; смех	2 3
Двигательное оживление	Отсутствует: Слабое: повороты головы, слабые эпизодические движения ручками или ножками Среднее: вскидывание ручек, сгибание ножек, повороты на бок Сильное: энергичные многократные шагающие движения ногами, вскидывание ручек, вовлечение в движение корпуса	0 1 2 3
Вокализация	Отсутствуют Слабая: тихий однократный голосовой звук Средняя: эпизодические голосовые звуки Сильная: многократные разнообразные голосовые звуки, радостные призывные вскрики	0 1 2 3

Таблица 2. Шкала оценки параметров общения в первом полугодии жизни

Параметры общения	Критерии оценки параметров	Баллы
Инициативность: определяется в ситуации «пассивный взрослый»	Отсутствует: ребенок не проявляет интереса к взрослому или пассивно ожидает обращения	0
	Слабая: ребенок однократно проявляет КО, затем отвлекается и теряет интерес ко взрослому	1
	Средняя: ребенок эпизодически проявляет КО, в промежутках отвлекается	2
	Высокая: ребенок многократно или непрерывно проявляет КО, отвлечения отсутствуют	3
Чувствительность к воздействиям взрослого: определяется в ситуациях «Чистое общение» и «Общение на руках у взрослого»,	Отсутствует: ребенок ни в одной из ситуаций не проявляет КО в ответ на воздействия взрослого	0
	Слабая: ребенок однократно проявляет КО, затем отвлекается и теряет интерес ко взрослому	1
	Средняя:	2

а также при сопоставлении КО во всех 3 ситуациях	ребенок изредка проявляет КО в ответ на обращения взрослого, некоторые воздействия оставляет без внимания Высокая: ребенок проявляет КО на любое воздействие взрослого; интенсивность КО выше при пассивности взрослого (ребенок затихает при воздействии взросло и оживляется во время каждой паузы); состав КО у ребенка различен в разных ситуациях общения	3
Средства общения (определяются по характеристикам компонентов КО)	Отсутствует: ребенок ни в одной пробе не проявляет КО Обедненный репертуар коммуникативных средств: в составе КО стабильно отсутствует 1 и более компонентов во всех 3 пробах Недостаточность владения средствами общения: в составе КО присутствуют все 4 компонента, но при этом максимальное значение выраженности 1 или более компонентов равно 1 баллу Достаточный уровень владения средствами общения: в составе КО у ребенка присутствуют все 4 компонента, но при этом каждый достигает выраженности не менее 2 баллов	0 1 2 3

На основе проведенной диагностики формулируется заключение, характеризующее уровень развития инициативности, коммуникативной чувствительности и разнообразие используемых средств общения. Данные оцениваются как высокие, средние, слабые или отсутствующие реакции. Уровень развития общения младенца первого полугодия жизни оценивается как нормальный, задержанный или глубоко задержанный с указанием отсутствующих или слабовыраженных параметров комплекса оживления. Отсутствие или низкий уровень инициативности в возрасте до 3 месяцев считается нормой, затем рассматривается как показатель задержки в развитии общения [117].

В случаях снижения нормативных показателей авторами рекомендуется проанализировать, какие именно компоненты «комплекса оживления» представлены слабо, и сопоставить характеристики КО, проявляющиеся в ситуации восприятия предметов с его характеристиками при общении со взрослыми. Средняя степень выраженности положительных эмоций отмечается,

когда их максимальная оценка во всех пробах равна 2 баллам, высокая степень — если хотя бы в одной из проб значения улыбки, двигательного оживления или вокализаций достигают 3 балла. Диагностическая методика включает описание структурированных ситуаций оценки взаимодействия поведения младенца, рассчитанных на применение методики профессиональным психологом. Диагностика проводится в знакомой для ребенка обстановке, в эмоционально комфортной для него ситуации. Главную роль в ситуации общения с младенцем исполняет близкий взрослый, а специалист анализирует ситуацию развития ребенка в соответствии с экспертной оценкой [117].

2.3.2. Адаптация методики изучения «комплекса оживления» к формату ретроспективного анализа домашних видеозаписей ребёнка в период младенчества

Необходимость модификации методики оценки проявлений «комплекса оживления» была вызвана тем, что данные о нем у детей с РАС могли быть получены только путём ретроспективного анализа историй развития детей, собранных в результате структурированных бесед с родителями, их анкетирования и изучения видеозаписей, относящихся к младенческому периоду, в котором он формируется. Это связано, прежде всего, со временем обращения за помощью родителей детей с РАС и постановкой диагноза (преимущественно после 2,5 лет). Использование метода ретроспективного анализа домашних видеозаписей ребенка первого года жизни, сделанных часто задолго не только до постановки медицинского диагноза, но и до возникновения беспокойства близких по поводу особенностей поведения ребенка и осознания наличия проблем его психического развития, позволяло получить более полную и достоверную информацию о наличии специфики его ранних этапов. Поэтому анализ видеозаписей, отражающих демонстрацию младенцем КО, был выбран в качестве основного метода в нашем исследовании, что определило неизбежные ограничения и дополнения в применении классической методики изучения комплекса.

При ее адаптации к формату анализа видеозаписей в неизменном виде использовалась шкала четырехбалльной (от 0 до 3) оценки выраженности компонентов «комплекса оживления» (как по отношению к человеку, так и по отношению к предмету); также соблюдался временной интервал длительности наблюдения за проявлениями КО, предложенный Е.О. Смирновой (2-3 минуты) [117].

Как и в классической методике, для оценки проявлений компонентов «комплекса оживления» рассматривались две разные ситуации: присутствие в поле зрения ребенка другого человека и объекта, вызывающего у него интерес и положительную эмоциональную реакцию. Однако обращение к формату анализа полученного от родителей массива видеозаписей не позволяло соблюдать классический алгоритм проведения диагностической процедуры с соблюдением очередности этапов, отличающихся по степени активности взрослого, находящегося перед ребенком. Анализировались все эпизоды проявления КО на человека, демонстрирующего разную по интенсивности, качеству и содержанию активность по отношению к малышу (пассивное присутствие, выразительное невербальное и вербальное общение, использование каких-то индивидуальных, особых способов привлечения внимания), что фиксировалось в протоколе (подробные примеры представлены в главе 3).

Из «Шкалы оценки параметров общения» были использованы ее основные показатели, которые отмечались в протоколе для качественного анализа проявлений КО, но не подлежали оценке в баллах, так как она в классической методике предполагает четко и последовательно организованное поведение взрослого в ситуации общения с малышом.

В ситуации проявления КО на несоциальный объект оценивалась выраженность реакций оживления ребенка не на определенный набор последовательно предъявляемых игрушек и предметов, а на разнообразные сенсорные стимулы, по отношению к которым он проявлял интерес и положительный эмоциональный отклик (в том числе, разные игрушки – как

обычные, так и движущиеся, интерактивные; предметы обихода; светящаяся лампа и др.). В связи с этим в адаптированный вариант методики было введено обозначение «сенсорный стимул» вместо исходного «предмет».

Одной из важнейших задач нашего исследования было проследить за динамикой развития отдельных компонентов «комплекса оживления» и изменением его целостной структуры с момента начала его проявления до периода максимально интенсивного выражения. Поэтому в методику был добавлен специально разработанный бланк для фиксирования результатов оценки выраженности компонентов КО как по отношению к человеку, так и сенсорному стимулу во всех рассматриваемых фрагментах видеозаписей на протяжении периода от 2 до 6 месяцев (пример такого заполненного бланка представлен в *Приложении 3*). Также же был включен бланк, в котором фиксировалась частота эпизодов выраженного проявления КО в двух временных срезах: 2-3 мес. и 4-5 месяцев, соответствующих началу его активной демонстрации и моменту его наиболее яркого проявления (*Таблица 12, 13*). Для возможности такого сравнительного анализа были определены требования к отбору видеоматериала – обязательном наличии в его массиве в указанных возрастных диапазонах у каждого ребенка эпизодов проявления КО в ситуациях реагирования на человека и несоциальный стимул.

Выводы по Главе 2

Анализ истории и возможностей применения метода наблюдения с использованием видеозаписей показывает, что он стал важнейшим компонентом психолого-педагогической диагностики, ориентированной на ранний возраст, и продолжает совершенствоваться. Данные, полученные с помощью метода анализа видеозаписей, существенно обогащают эмпирический материал в современных исследованиях ранних этапов психического онтогенеза и характера взаимодействия близких взрослых с ребенком; дополняют и уточняют теоретические представления о закономерностях раннего благополучного и

нарушенного психического развития ребенка. Все большую распространенность и разработанность этот метод приобретает в семейно-ориентированной практике, особенно в направлениях помощи родителям детей с ОВЗ младенческого и раннего возраста и детей из группы риска.

Особую значимость, прежде всего, для качественной дифференциальной диагностики и оценки динамики развития, имеет изучение домашних видеозаписей в период младенчества детей с РАС, родители которых обращаются за помощью к специалистам чаще в конце раннего возраста.

В качестве базовой методики проведенного эмпирического исследования использовалась разработанная в отечественной научной психологической школе Е.О. Смирновой с соавт. методика экспериментального изучения «комплекса оживления» – наиболее яркого и сложного поведения младенца в первом полугодии жизни, демонстрирующего возможности ребенка во взаимодействии с ближайшим окружением. Для ретроспективного изучения «комплекса оживления» у детей с РАС по фрагментам домашних видеозаписей была проведена ее адаптация, связанная с определенными ограничениями ее использования в таком формате и соблюдения заданной в классическом варианте строго структурированной процедуры исследования. Были определены ситуации оценки позитивного реагирования ребенка на человека и на сенсорный стимул; сформулированы критерии отбора фрагментов видеоматериала; созданы дополнительные бланки оценки выраженности компонентов КО и их динамики. В исходной форме, предложенной авторами классической методики, были использованы сами показатели проявления компонентов комплекса, система их балльной оценки, и допустимый временной интервал отслеживания каждого из анализируемых эпизодов его демонстрации.

ГЛАВА 3. АПРОБАЦИЯ АДАПТИРОВАННОЙ МЕТОДИКИ ИЗУЧЕНИЯ «КОМПЛЕКСА ОЖИВЛЕНИЯ» У ДЕТЕЙ С РАС

3.1. Этапы и условия реализации эмпирического исследования

Процедура проведенного эмпирического исследования включала в себя следующие этапы:

1. Определение выборки исследования;
2. Опрос родителей, обследование детей и анализ их анамнестических данных; сбор массива их домашних видеозаписей, относящихся к младенческому возрасту;
3. Определение критериев отбора видеоматериала и его систематизация в соответствии с задачами исследования;
4. Экспертная качественная и количественная оценка компонентов КО по видеозаписям у каждого ребенка с фиксацией результатов в протоколах в соответствии с балльной системой оценки по адаптированной методике изучения «комплекса оживления», сопоставление полученных данных и их оформление в сводные таблицы.
5. Качественный анализ полученных данных, их статистическая обработка и интерпретация результатов.

3.2. Описание выборки исследования

Цель и задачи исследования позволили сформулировать основания для определения выборки детей: ее составили группа детей с РАС и сравнительные группы детей с нормативным развитием и детей с задержкой психоречевого развития (ЗПРР). Массив домашних видеозаписей этих детей в период первой половины младенчества (с 2 до 6 месяцев), сделанные близкими ребенка задолго до обращения родителей к специалистам и постановки диагноза в случаях

нарушенного развития, стал основным материалом для эмпирического исследования.

Выборку исследования составили 85 детей (57 мальчиков и 28 девочек): 35 детей с расстройствами аутистического спектра (29 мальчиков, 6 девочек), 25 детей с нейротипичным развитием (8 мальчиков и 17 девочек), 25 детей с задержкой психоречевого развития (20 мальчиков, 5 девочек). Возраст детей, родители которых предоставили для изучения их домашние видеозаписи, сделанные в младенческом возрасте ребенка, варьировал в каждой группе от 2 до 5 лет.

Дети с РАС были обозначены как группа 1, дети с нейротипичным развитием – группа 2, дети с задержкой психоречевого развития – группа 3.

Включение группы нейротипичных детей (группа 2) в исследование объясняется необходимостью сопоставления данных исследования с помощью классической методики изучения комплекса оживления и при применении её адаптированного варианта.

Выбор группы детей с задержкой психоречевого развития был связан с тем, что именно с этой категорией нарушенного развития чаще всего возникает проблема дифференциальной диагностики в раннем возрасте у детей с РАС раннего возраста.

Все дети с РАС и с задержкой психоречевого развития предварительно были обследованы психологом, дефектологом, логопедом, психиатром или неврологом и имели на момент отбора видеозаписей подтвержденный медицинский диагноз.

Все испытуемые *1 группы – дети с расстройствами аутистического спектра (РАС)* – имели верифицированный медицинский диагноз по МКБ-10, шифр F84.0/01/02, относящийся к рубрике «Общие расстройства психологического (психического) развития»: детский аутизм (F84.0), детский аутизм и аутистическое расстройство, обусловленное органическим заболеванием головного мозга (F84.01); детский аутизм вследствие других причин (включающее: аутистическое расстройство; инфантильный аутизм; инфантильный психоз; синдром Каннера) (F84.02). Диагноз этим детям был установлен в разное время в период от 2,5 до 5

лет профильным специалистом – врачом-психиатром на базе медицинских учреждений.

Дети из этой группы до начала исследования видеозаписей прошли психолого-педагогическую диагностику, в ходе которой у всех были отмечены выраженные трудности эмоционального контакта, нарушения социального взаимодействия, ограниченный, стереотипный набор интересов и действий, особенности речи или ее отсутствие.

У испытуемых **2 группы (дети с нейротипичным развитием)** отсутствовали неврологические и психиатрические диагнозы, все дети имели 1 группу здоровья. На момент сбора видеоматериала и проведения обследования они имели развернутую фразовую речь, вступали в диалог с близким взрослым и со специалистом; демонстрировали активные, соответствующие возрасту формы взаимодействия с социальным и сенсорным окружением.

Все испытуемые **3 группы – дети с задержкой психоречевого развития (ЗПРР)** – имели верифицированный медицинский диагноз по МКБ-10, шифр F80.1/9, относящийся к рубрике «Расстройства психологического развития». Диагнозы детям данной группы были установлены в возрасте 2-4 лет профильным специалистом – врачом-неврологом на базе медицинских учреждений. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ) описывает группу «Расстройства психологического развития» как отражающую отставание психического и/или речевого развития от возрастной нормы [74]. В данную группу вошли дети с расстройством экспрессивной речи (F80.1) и с расстройством развития речи и языка неуточненным (F80.9). В ходе психолого-педагогического обследования у этих детей обнаруживалась задержка психического развития разной степени выраженности, при этом отмечались заинтересованность в социальном и игровом взаимодействии, активное использование жестов и других невербальных средств коммуникации во время общения.

Примеры с описанием статуса детей разных групп на диагностическом обследовании и данных по более ранним этапам их психического развития представлены в *Приложении 2*.

3.3. Сбор и подготовка видеоматериалов для анализа проявлений «комплекса оживления» ребенка

Родители, которые согласились предоставить видеоматериал из семейных архивов, получили инструкцию подготовить максимальный объём видеозаписей ребенка в период от 2 до 6 месяцев без самостоятельного отбора контента. Видеозаписи передавались как на внешних носителях (жесткие диски, флэш карты), так и отправлялись в электронном виде (системы облачных хранилищ, мессенджеры).

Критериями отбора материала для экспертной оценки было их соответствие следующим требованиям:

- отнесенность видеозаписей к периоду развития ребенка от 2 до 6 полных месяцев первого года жизни;
- наличие в отбираемых видеофрагментах записи поведения ребенка в двух разных ситуациях:
 - проявления оживления, активности, позитивных эмоций младенца при нахождении близкого человека в его поле зрения (при разной степени и форме включенности в общение с ребенком);
 - спонтанная положительная реакция ребенка на какой-то заинтересовавший его объект ближнего окружения, сенсорный раздражитель (игрушку, предмет обихода, саму видеокамеру и др.), т.е. несоциальный стимул;
- длительность каждого видео-эпизода – 2-3 минуты;
- допустимость выраженности отдельных компонентов КО при отсутствии его полноценного состава.

На человека	Выраженность сосредоточения	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	1
	Выраженность улыбки	0	1	1	1	2	2	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0
	Выраженность двигательного оживления	3	3	1	3	3	3	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2
	Выраженность вокализации	0	2	0	2	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0
На сенсорный раздражитель	Выраженность сосредоточения	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Выраженность улыбки	2	1	1	2	2	1	0	0	0	0	0	1	2	1	0	1
	Выраженность двигательного оживления	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3
	Выраженность вокализации	1	2	1	1	0	1	1	0	2	2	0	0	2	0	1	1

Аналогичные бланки были заполнены по всем детям из исследуемых групп (данные частично представлены в *Приложении 3*).

В процессе наблюдения за проявлениями «комплекса оживления» у детей с РАС обнаружилось их качественное своеобразие:

- зрительное сосредоточение на лице человека отличалось непродолжительностью, не наблюдалась характерная для благополучного развития младенца реакция замирания;
- в большинстве случаев отмечалась слабость выражения и кратковременность улыбки, редкость размыкания губ как в ситуациях реагирования на человека, так и на привлекающий внимание ребенка предмет или игрушку. В группах сравнения ситуация общения младенца, в отличие от ситуации восприятия

им сенсорного раздражителя, сопровождалась демонстрацией длительной улыбки с размыканием губ, оживленной мимикой, радостным взглядом и смехом, что соответствует описанию характерного для нормы поведения младенца в классическом исследовании «комплекса оживления»;

- в двигательной активности чаще отмечались слабые движения рук и ног, отсутствовали характерные для нейротипичного ребенка энергичные многократные шагающие движения ног, вскидывание ручек и вовлечение в движение корпуса. В некоторых случаях в реагировании ребенка на привлекающий его внимание сенсорный стимул наблюдались необычные циклические движения, напряжение одной части тела, которое могло длительно сохраняться. Подобные реакции, возможно, свидетельствуют о начале формирования двигательных стереотипий, интенсивно проявляющихся в раннем возрасте ребенка.
- вокализации в ситуации общения и при восприятии интересующего предмета не имели выраженных различий и имели слабое проявление (тихий звук, редкость и краткость появления голосовых реакций). При нейротипичном развитии в ситуации взаимодействия с человеком, как свидетельствуют результаты проведенных ранее исследований [76], в отличие от ситуаций восприятия игрушки, ребенок многократно издает разнообразные звуки, в том числе имитирует звуки, произносимые партнером, радостные призывные вскрикивания.

Во всех случаях меньшая активность младенца, демонстрируемая как выразительность и длительность проявления всех компонентов «комплекса оживления», наблюдалась в ситуациях взаимодействия со взрослым. В наибольшей степени эти отличия касались таких показателей как улыбка и вокализации, преобладающая интенсивность выражения которых отмечается как статистически значимая в классических исследованиях КО, проведенных на выборке младенцев с нормативным развитием [76].

По каждому наблюдаемому случаю были получены усредненные индивидуальные данные выраженности компонентов КО в двух анализируемых ситуациях (расчёт производился с помощью вычисления среднего показателя).

Часть данных по анализу 35 случаев из группы детей с РАС представлены в таблице 4.

Таблица 4. Средний балл проявления компонентов КО у детей с РАС в возрасте 2-6 месяцев

Тип ситуации реагирования	Компонент комплекса оживления	Случай/средний балл									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
На человека	Сосредоточение	1,3	2	1,9	1,3	1,6	2,4	2,5	1,5	1,7	1,5
	Улыбка	1,2	1,7	1,4	0,7	0,6	0,9	2,1	1,2	1	1,6
	Двигательное оживление	1,3	1,8	1,1	2	1,5	2	2	1,8	1,9	1,7
	Вокализация	2,1	1,3	1,2	0,8	1,4	1	1,6	1,3	1,5	0,7
На сенсорный стимул	Сосредоточение	2,8	2,6	1,8	1	2,5	3	3	2,5	2,8	2
	Улыбка	0,4	0,3	1,4	0	0	0,3	0	0,5	0,8	2
	Двигательное оживление	2,1	2,1	1,4	2	2	2,6	1,5	1,8	2	3
	Вокализация	1,3	1,4	1,6	1	1	1,1	1	1,2	1	1

Приведенные в таблице усредненные индивидуальные данные подтверждают описанные выше характеристики отдельных компонентов «комплекса оживления» у детей с РАС и соотношение степени их выраженности в разного типа ситуациях.

Для доказательства особенностей проявлений КО у детей с РАС были проанализированы фрагменты видеозаписей, относящиеся к периоду 2-6 месяцев, детей групп 2 и 3, расчёты, представлены в таблицах 5, 6.

Таблица 5. Средний балл проявления компонентов КО у детей с нейротипичным развитием в возрасте 2-6 месяцев

		Случай/средний балл

Тип ситуации реагирования	Компонент комплекса оживления	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		На человека	Сосредоточение	3	3	3	2,9	3	3	3	3
	Улыбка	2,9	1,9	2,7	2,5	2,8	3	2,4	2,5	1,6	2,2
	Двигательное оживление	3	3	3	2,9	3	3	3	3	3	3
	Вокализация	2,5	2,1	1,2	2,6	1,6	2,5	2,1	2,1	2,1	1,3
На сенсорный стимул	Сосредоточение	3	3	3	3	3	2,6	3	3	3	3
	Улыбка	1,3	0,2	0,8	0,5	0,1	0,1	0,4	0,1	0,1	0,2
	Двигательное оживление	3	3	2,9	2,7	3	2,5	2,7	3	2,6	3
	Вокализация	2,1	0,2	0,4	0,1	0,1	0,5	1,2	0,5	0,6	1,8

Таблица 6. Средний балл проявления компонентов КО у детей с ЗПРР в возрасте 2-6 месяцев

Тип ситуации реагирования	Компонент комплекса оживления	Случай/средний балл									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
На человека	Сосредоточение	3	2,4	3	3	2,9	3	2,7	3	3	2,8
	Улыбка	2,8	2,4	2,8	2,5	2,5	2,5	2	2,2	1,6	2,4
	Двигательное оживление	3	2,4	2,8	2,8	2,7	2,7	2,7	2,8	2,5	2,5
	Вокализация	1,7	2,4	2,2	0,9	1,7	1,4	2,7	2,2	2,5	2,5
На сенсорный стимул	Сосредоточение	2,7	3	3	3	3	3	3	3	2,8	2,8
	Улыбка	0,2	0,4	0,7	2,4	0,2	0,4	1,8	0,3	0,1	0,3
	Двигательное оживление	3	3	2,8	2,6	2,8	2,7	2,8	2,7	2,3	2,7
	Вокализация	0,7	2,6	0,4	0,4	0,2	2	0,4	1,1	0,7	1

Из анализа средних данных видно, что в группе 2 наиболее выраженные реакции наблюдаются на человека, слабые же представлены ответом на сенсорный

стимул, разница видна в показателях улыбки и вокализации в восприятии несоциального стимула. Аналогичные реакции наблюдались в группе 3. Группа 1 (РАС) проявляет наименьшую интенсивность реакций во всех компонентах, в наибольшей степени – улыбки и вокализации на человека.

На основании выставленных оценок были подсчитаны суммарные средние баллы по группам, представленные на рисунках 1 и 2.

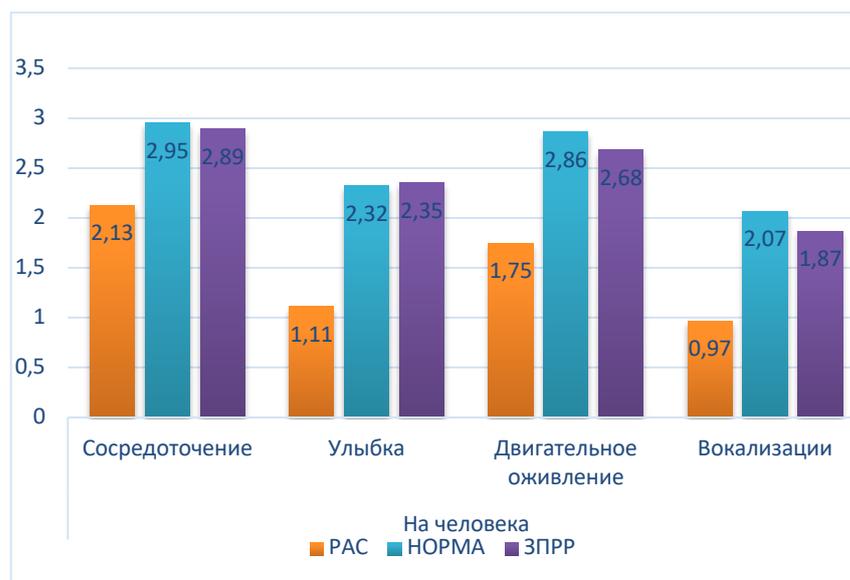


Рис. 1. Средние значения выраженности компонентов «комплекса оживления» у младенцев 2-6 месяцев в ситуации взаимодействия с человеком.

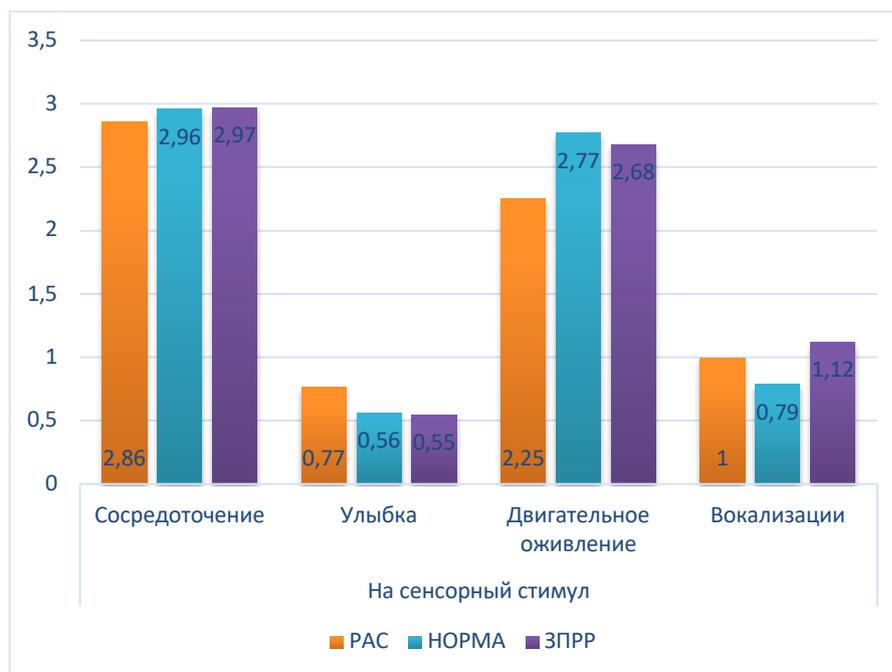


Рис. 2. Средние значения выраженности компонентов «комплекса оживления» у младенцев 2-6 месяцев в ситуации взаимодействия с сенсорным стимулом.

Сопоставление усредненных данных позволило констатировать, что показатели всех компонентов КО в ситуации социального стимулирования у детей с РАС меньше, чем в группах сравнения: в наибольшей степени снижены показатели проявлений улыбки и вокализаций; в меньшей – зрительного сосредоточения.

В реакциях на сенсорный стимул у детей всех групп меняется соотношение выраженности компонентов в целостной структуре КО (превалирование баллов по компонентам «сосредоточение» и «двигательное оживление»). Особенности реагирования детей группы 1 (РАС) видны при сравнении показателей улыбки и вокализаций в ситуациях восприятия человека и сенсорного стимула – между ними отсутствуют значимые различия, тогда как в группах 2 и 3 наблюдалось явное преобладание выраженности этих компонентов в условиях социальной стимуляции.

Общие суммарные баллы по каждой группе выражаются на рисунке 3.

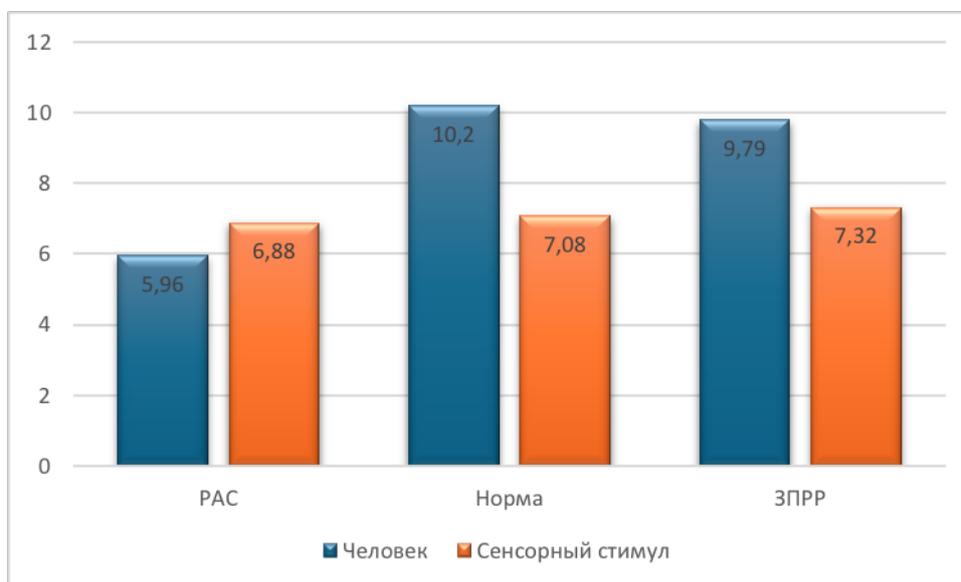


Рис. 3 Суммарный балл выраженности компонентов «комплекса оживления» в трех группах в ситуации взаимодействия с человеком и сенсорным стимулом.

В группе 1 отмечается снижение демонстрации «комплекса оживления», в большей степени по отношению к человеку, в незначительной – к сенсорному

стимулу. Отмечается выраженное отличие в соотношении проявлений КО к социальному и сенсорному стимулу: в группах сравнения выражено преобладание реакций на человека, у детей с РАС незначительно преобладает интерес к несоциальным раздражителям.

С целью проверки достоверности результатов была проведена их статистическая обработка. Проверка данных на нормальность распределения (вычисление асимметрии и эксцесса и их стандартных ошибок, критерий Шапиро-Уилка) показала, что полученные результаты не соответствуют нормальному типу распределения, что предполагает применение непараметрических критериев обработки результатов. Для независимых выборок (межгрупповые различия по группам детей ¹) применялся U-критерий Манна-Уитни (далее – U), для зависимых выборок (внутригрупповые различия в реакциях на объект²) – критерий Т-Вилкоксона (далее – T).

Межгрупповые различия

Сравнивались данные проявления компонентов комплекса оживления – *Сосредоточение, Улыбка, Двигательное оживление, Вокализация*. Анализ межгрупповых различий подтвердил, что наиболее интенсивно реагируют на внешние стимулы дети группы 2, промежуточно – группы 3, тогда как дети группы 1 демонстрируют минимальную выраженность реакций на человека и сенсорные стимулы (см. Приложение 5). Эти различия можно представить следующей «формулой»:

НОРМА > ЗППР > РАС.

Было рассмотрено 8 показателей (4 связаны с реакцией на человека, 4 – на сенсорный раздражитель) и 24 возможных различия между группами (Приложение 7). Пример межгруппового различия по компоненту «Улыбка» в разных ситуациях представлен ниже (табл. 7, 8).

¹ Например, различия между группами 1 и 2 по компоненту «Сосредоточение» на человека и т.п. сравнения.

² Например, различия в сосредоточении на человека и на предмет у детей с РАС и т.п. сравнения.

Таблица 7. Различия в средних баллах между группами детей по компоненту «Улыбка» на человека.

Группы	Разница средних значений	U-критерий Манна-Уитни	Z-критерий	p-value
НОРМА-ЗППР	-0,03	303,5000	0,1649	0,8690
НОРМА-РАС	1,20	42,0000	-5,9227	0,0000
ЗППР-РАС	1,23	12,0000	-6,3725	0,0000

Таблица 8. Различия в средних баллах между группами детей по компоненту «Улыбка» на сенсорный стимул.

Группы	Разница средних значений	U-критерий Манна-Уитни	Z-критерий	p-value
НОРМА-ЗППР	0,01	266,0000	0,8925	0,3721
НОРМА-РАС	-0,21	334,0000	1,5444	0,1225
ЗППР-РАС	-0,22	286,5000	2,2566	0,0240

Среди полученных средних значений выраженности компонентов КО соотношение $\text{НОРМА} > \text{ЗППР} > \text{РАС}$ нарушается только в 6 случаях (см. п. 7.1.2, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.4 Приложения 7). Эти различия не показали статистическую значимость: максимальная величина расхождения составила -0.34 балла в показателе *Вокализация* на сенсорные стимулы у детей группы 2 (ниже) и 3 (выше) (см. п. 7.2.4 Приложения 7).

По всем анализируемым компонентам КО *подтверждена* статистическая значимость более низких показателей у детей с РАС по сравнению с группами 2 и 3 (различия в диапазоне от 0,82 до 1,20 баллов). Наиболее значимые различия по компонентам «вокализация» и «улыбка» отмечались в ситуации реагирования на человека ($U, p < 0,0001$).

Внутригрупповые различия

Оценка выраженности КО в группах позволила установить, что дети с ЗППР имеют более сходные с группой НОРМА проявления компонентов КО на человека и на сенсорный стимул, чем с детьми с РАС. Среди групп 2 и 3 не было различий статистической значимости по всем компонентам, только по параметру

Двигательного оживления в ситуации взаимодействия с человеком (см. п. 7.1.3 Приложения 7³). При этом различия в выражении КО наблюдались между детьми групп 3 и 1. В большинстве случаев различия оказались статистически значимыми (см. Приложение 7, 8).

Схематично эти различия между группами можно представить так:

НОРМА<-->ЗППР<----->РАС

Различия выражения КО в группах сравнения в реакции на социальный и несоциальный стимул представлены в таблице 9, 10, 11.

Таблица 9. Различия в средних баллах
в реакциях на человека и сенсорный стимул у детей с РАС

Компоненты комплекса оживления	Разница средних значений ЧЕЛОВЕК- СЕНС. СТИМУЛ	T-критерий Вилкоксона	Z-критерий	p-value
Сосредоточение	-0,73	13,0000	4,7796	0,0000
Улыбка	0,34	152,0000	2,6698	0,0076
Двиг. оживл.	-0,50	108,5000	3,3823	0,0007
Вокализация	-0,02	229,5000	0,3625	0,7170

Таблица 10. Различия в средних баллах
в реакциях на человека и сенсорный стимул у нейротипичных детей

Компоненты Комплекса Оживления	Разница средних значений ЧЕЛОВЕК-СЕНС. СТИМУЛ	T-критерий Вилкоксона	Z-критерий	p-value
Сосредоточение	0,00	38,5000	0,0392	0,9687
Улыбка	1,75	0,0000	4,3724	0,0000
Двиг. оживл.	0,09	62,0000	1,3280	0,1842
Вокализация	1,29	2,0000	4,3186	0,0000

³ Следует отметить, что величина этого превышения незначительна – 0,18 балла.

Таблица 11. Различия в средних баллах
в реакциях на человека и сенсорный стимул у детей с ЗПРР

Компоненты комплекса оживления	Разница средних значений ЧЕЛОВЕК-СЕНС. СТИМУЛ	T-критерий Вилкоксона	Z-критерий	p-value
Сосредоточение	-0,08	25,5000	2,1976	0,0280
Улыбка	1,79	0,0000	4,3724	0,0000
Двиг. оживл.	0,01	136,0000	0,0608	0,9515
Вокализация	0,75	24,0000	3,7266	0,0002

Нейротипичные дети и дети с ЗПРР продемонстрировали сходный профиль проявления компонентов КО на человека и на сенсорный стимул. В обеих группах не было значимых различий по показателям сосредоточения и двигательного оживления; высокую статистическую значимость ($U, p < 0,0001$) имело различие по компонентам «улыбка» (превышение показателей реагирования на человека на 1,75 в группе 2 и на 1,79 баллов в группе 3) и «вокализация» (более высокие показатели на социальный стимул на 1,29 и 0,75 баллов в группах 2 и 3 соответственно).

У детей с РАС наблюдалась, напротив, более интенсивная выраженность компонентов «сосредоточение» (на 0,73 балла; $T, p < 0,0001$) и «двигательное оживление» (на 0,5 балла; $T, p < 0,001$) на сенсорный стимул. Отсутствовали значимые различия в показателях вокализации при реагировании на человека и несоциальный стимул. По компоненту «улыбка» различие составляло 0,34 балла ($T, p < 0,01$).

3.4.2. Анализ динамики выражения «комплекса оживления» на протяжении первого полугодия жизни младенцев в исследуемых группах

Был также проведен *сравнительный анализ динамики выраженного КО в исследуемых группах* по двум параметрам: количеству детей из каждой группы с

показателями компонентов КО не менее 2 баллов (число случаев с достаточной выраженностью комплекса) и числу эпизодов его проявления в каждом случае. Оценка осуществлялась в двух временных срезах: 2-3 и 4-5 месяцев (начало и завершение максимального выражения КО).

Полученные данные сравнения в процентном соотношении по первому параметру представлены в табл. 12.

Таблица 12. Число случаев с достаточной выраженностью «комплекса оживления».

	На человека		На сенсорный стимул	
	2-3 мес.	4-5 мес.	2-3 мес.	4-5 мес.
ГРУППА 1 (РАС)	54%	20%	20%	31%
ГРУППА 2 (НОРМА)	92%	96%	20%	16%
ГРУППА 3 (ЗПРР)	92%	96%	8%	12%

В 2-3 месяца только у 54 % детей с РАС были зафиксированы эпизоды выраженного проявления КО на человека; а к 4-5 мес. отмечалось значительное уменьшение этих случаев (в 2,7 раза). В группах 2 и 3 наблюдалась противоположная тенденция – исходно высокие показатели числа случаев достаточной выраженности компонентов КО продолжали увеличиваться. В видеозаписях детей с РАС с изначально слабыми проявлениями КО (показатели компонентов меньше 2 баллов) не было обнаружено ни одного случая интенсификации его проявлений в более поздние сроки.

Выраженные реакции оживления на сенсорный стимул во всех группах в начальный период отмечались реже, чем на человека. К 4-5 мес. число случаев ее демонстрации среди детей с РАС и с ЗПРР увеличилось, что не наблюдалось у детей с нормативным развитием. При этом только в группе детей с РАС был зафиксирован рост числа детей, у которых интенсивность проявления КО на сенсорный раздражитель превысила показатели реагирования на человека.

В качестве иллюстрации приведем примеры демонстрации КО у детей исследуемых групп.

Мальчик Э. Группа I(РАС). Реакция на человека.

2 мес. Мальчик лежит на спине, сосёт соску и смотрит на взрослого. Мать убирает соску изо рта младенца. У Э. появляются лёгкая улыбка и вокализация. Мать прикасается пальцем к подбородку малыша и открывает ему рот. Младенцу это нравится, он начинает совершать танцующие движения ручками и ножками. Широко открывает рот и вокализирует. Затем отводит взгляд в сторону. Мама начинает разговаривать с Э., ритмично распевая слова. Э. вновь смотрит на мать, улыбается и отводит взгляд. Мама дотрагивается до его щечек и поет чуть громче. Э. вновь смотрит на мать, семенит ручками и ножками, широко улыбается, начинает активно вокализовать, повизгивает. Вокализация усиливается, когда мама поглаживает щеки малыша.

5 мес. Мальчик лежит на спине. Игрет громкая ритмичная музыка. Перед мальчиком танцует отец. Ребенок замирает, широко открывает рот, улыбается, начинает заливисто смеяться. Папа движется, мальчик смотрит на него, демонстрирует выраженное двигательное оживление. Взрослый приближается к ребенку и касается его живота двумя руками, делает мальчику щекотку. Мальчик смеется, затем отводит глаза в сторону. Отец выполняет цокающие движения, чтобы Э. посмотрел на него, ребенок не смотрит. Взрослый берет малыша за ножки, динамично двигает ими под музыку, Э. нравятся движения, он вновь смотрит на отца, у ребенка появляется на лице легкая улыбка, затем он вновь отводит взгляд.

Реакция на сенсорный стимул

3 мес. Э. лежит на спине в детской кроватке. Напротив ребенка находится телевизор, там играет музыкальная сказка «Колобок». Э. смотрит на экран, начинает двигать ручками и ножками, улыбается и начинает вокализовать. В мультфильме меняется песенка. Э. пристально смотрит на экран. Сосредоточение длится 20 секунд, затем Э. семенит ножками и двигает ручками, отводит взгляд от экрана, ещё активнее демонстрирует двигательное

оживление, улыбается в потолок, визжит, вокализирует и вновь поворачивается к экрану.

5 мес. Лежит на животе, смотрит на подвешенный мобиль, на котором есть зеркальце и другие яркие колечки-погремушки. Мальчик сосредотачивается и двигателью оживляется. Э. двигает головой из стороны в сторону и начинает залихватисто смеяться, этот смех продолжается на протяжении 25 секунд, затем мальчик взвизгивает, смотрит на потолок и улыбается. К Э. ласковым голосом обращается мать. Мальчик мимолетно смотрит на неё, слегка приподнимает уголки губ, сразу отворачивается и вновь начинает интенсивно раскачиваться, радуясь сенсорным впечатлениям.

Девочка К. Группа 2 (НОРМА). Реакция на человека.

3 мес. Лежит на спине, смотрит на мать на протяжении 15 секунд. Взрослый молчит. К. продолжает смотреть на мать, к взгляду добавляет кряхтения, её ножки и ручки начинают двигаться, и К. расплывается в улыбке. Потом замолкает, продолжая смотреть на взрослого. Лежит спокойно 4 секунды, вновь оживляется и замолкает. Мать говорит: «А кто это у меня общаться хочет? Это моя К.». К. сосредоточена и слушает голос взрослого, мать замолкает. Тогда К. ещё активнее начинает двигать конечностями, расплывается в улыбке и, кряхтя, повизгивает, вокализирует.

5 мес. Лежит на спине, замерла и смотрит на мать. Взрослый ласково произносит: «Ой, кто это?». Девочка улыбается, двигателью оживляется, как бы подпрыгивая на месте от интенсивных движений, и визжит. Взрослый смеется, девочка замирает и слушает мать. «Ой, это К. Куда это она бежит?» - комментирует взрослый. Девочка сосредоточенно смотрит и слушает комментарий, взрослый замолкает, возникает пауза, затем К. начинает двигаться ещё интенсивнее. Девочка расплывается в улыбке, визжит в три раза громче, вокализирует и вновь замирает, чтобы услышать комментарий взрослого. Цикл взаимодействия повторяется.

Реакция на сенсорный стимул

3 мес. Девочка лежит на спине в люльке в машине, спинка и голова немного приподняты. Перед К. висит игрушка. К. внимательно смотрит на неё, замирает, гулит, начинает шевелить ручками и ножками, в результате чего игрушка начинает раскачиваться. Девочке это нравится, и ее вокализация и движения ручками становятся более выраженными. Ручкой К. ударяет по игрушке, раздаётся звук. К. сосредотачивается и смотрит. Мать комментирует происходящее: «Кто это так радуется играм? Моя К.». Девочка сильнее оживляется: на лице появляется улыбка, движения ручек становятся вновь размашистыми, вокализация усиливается. Девочка вновь ударяет ручкой по игрушке, демонстрирует удовольствие от происходящего и активно вокализует.

5 мес. На ногах у девочки надеты длинные носки в виде зебры с шуршащим эффектом. Девочка лежит на спине, её ножки подняты, и она сосредоточенно смотрит на них. К. начинает стучать ножкой о ножку, трясёт ручками и смотрит на ножки. Девочка замирает, останавливается, затем вновь начинает стучать ножками и наблюдать за ними. Рядом находится мать. После второго цикла взрослый начинает смеяться, девочка останавливает ножки, переводит взгляд на взрослого и улыбается в ответ на смех матери.

Мальчик А. Группа 3 (ЗППР). Реакция на человека.

3 мес. Лежит на спине, пристально смотрит на мать, шевелит ручками и ножками. Мать ласково произносит «агу-агу-агу», замолкает. А. не отводит от матери глаз, широко улыбается, начинает активнее шевелить ручками и ножками, издаёт вокализацию. Цикл взаимодействия повторяется вновь.

5 мес. А. лежит на спине, пристально смотрит на мать, слушает её обращения, широко улыбается и в ответ активно вокализует. При обращении взрослого замолкает, улыбается, динамично перебирает ручками и ножками. В момент паузы вновь начинает вокализировать, голос становится более звонким и

громким, появляются радостные призывные вскрики. На протяжении всего анализируемого видеоклипа у мальчика А. наблюдается широкая улыбка, разнообразные голосовые звуки и реакции, двигательное оживление и пристальный, сосредоточенный на близком взрослом взгляд.

Реакция на сенсорный стимул

3 мес. Лежит на спине в люльке, спина и голова А. чуть приподняты. Мать держит в руках погремушку, говорит: «Смотри, какая лиса» и начинает трясти погремушкой из стороны в сторону. А. внимательно смотрит на мать, затем на погремушку, затем снова на мать. Взрослый начинает двигать погремушкой из стороны в сторону. А. сосредотачивает внимание на объекте, его ручки и ножки начинают двигаться. Мать говорит: «На, скорее, держи эту лисоньку». А. берет предмет в ручку, издает кряхтение и вокализацию. Мама комментирует: «Ой какая лисоньку у А.». Мальчик активно вокализует, переводит взгляд на мать и расплывается в улыбке.

5 мес. Лежит на спине и смотрит на подвесной мобиль в кроватке. Он сосредоточен, активно передвигает ручками и ножками, улыбка отсутствует, мимика выражает напряжение. Мальчик внимательно наблюдает за игрушкой и размахистыми движениями рук иногда ударяет по ней. Спустя 30 секунд ребенок переводит взгляд на близкого взрослого, у мальчика появляется широкая улыбка, обращенная к матери, ребенок слушает голос (мать выражает похвалу его игре), пристально смотрит на мать и начинает вокализовать ей в ответ.

В первом примере видно, что в КО ребенка могут присутствовать все его компоненты, но по отношению к сенсорному стимулу (мультфильму, игрушке-мобиле) они проявляются интенсивнее (ярче и продолжительнее) и возникают спонтанно. В ситуации реагирования на близкого взрослого ребенок демонстрирует невыносимость в зрительном контакте, слабость улыбки и вокализации, сам не инициирует общение и резко прерывает его цикл; реагирует на обращение взрослого только при дополнительной сенсорной стимуляции (прикосновение к щечкам, щекотка, ритмичное движение ножками малыша, пение,

танец перед ребенком). В 5 мес. – большая сосредоточенность на сенсорном раздражителе; по отношению к нему возникают смех и вокализации. Если в 3 мес., получая приятное сенсорное впечатление, ребенок бросал взгляд на маму, то в 5 мес. он не пытается увидеть реакцию взрослого, а смотрит в потолок или раскачивается, слабо реагирует на обращение.

В двух следующих примерах полноценный состав КО отмечается уже в 3 мес. У обеих детей КО развивается по «правильному» сценарию: дети наиболее выразительны и активны в эмоциональном контакте, поддерживают его цикличность, ожидая реакции взрослого или его обращения, иницируя его самостоятельно; при взаимодействии с мамой интенсивно проявляют позитивные эмоции, внимательно слушают ее речь, вокализируют и пытаются подражать. При проявлении КО на сенсорный стимул больше сосредоточены, издают кряхтение, наблюдается двигательное оживление, но при этом не упускают взрослого из своего поля зрения, стремясь поделиться впечатлениями и получить ответную реакцию.

Изменения частоты эпизодов выраженного проявления КО в анализируемых случаях представлены в таблице 13.

Таблица 13. Частота эпизодов с выраженной демонстрацией «комплекса оживления».

	На человека		На сенсорный стимул	
	2-3 мес.	4-5 мес.	2-3 мес.	4-5 мес.
ГРУППА 1 (РАС)	57%	37%	20%	49%
ГРУППА 2 (НОРМА)	58%	85%	40%	33%
ГРУППА 3 (ЗПРР)	57%	76%	33%	44%

Из приведенных в таблице данных видно, что на начальных этапах становления КО существенных различий в частоте эпизодов его демонстрации на человека в разных группах выявлено не было, но уже к 4-5 мес. в группе детей с

РАС отмечалось её снижение на 20%, а у детей в группах сравнения значительное возрастание.

Частота эпизодов выраженного реагирования на несоциальный стимул во всех случаях в 2-3 месяца была меньше, чем на человека. К концу формирования КО в группах 1 и 3 наблюдался её рост, не отмечаемый в группе 2, однако только у детей с РАС частота проявления КО на сенсорный стимул значительно увеличилась (почти в 2,5 раза) и стала больше, чем на социальный.

Таким образом, эмпирическое изучение последовательных эпизодов становления «комплекса оживления» позволило уточнить особенности проявления его компонентов у детей с аутистическими расстройствами и проследить закономерности его развития. Получили статистическое подтверждение значимые различия в демонстрации КО у детей с РАС по сравнению с детьми с нормативным и задержанным развитием, которые максимально обнаруживались в ситуации восприятия человека и характеризовались отсутствием в ней более выраженных вокализаций и улыбки. Выявлена специфическая тенденция увеличения дефицита проявления коммуникативных компонентов КО к концу его формирования.

3.5. Интерпретация результатов эмпирического исследования

Методологически обоснованный выбор диагностического инструментария для изучения «комплекса оживления» (в качестве основной была применена авторская адаптация классической методики оценки проявлений КО) и определение состава выборки исследования предоставили возможность сравнительного анализа показателей проявлений КО у детей с РАС, с нейротипичным развитием и с ЗППР.

Статистически достоверной оказалась меньшая интенсивность выражения у детей с РАС всех компонентов КО по сравнению с детьми других групп. В наибольшей степени эти отличия касались показателей улыбки и вокализации в ситуации реагирования на человека. При этом только у детей с аутизмом отсутствовала разница между интенсивностью проявления этих компонентов на

социальные и сенсорные стимулы. Это специфическое сочетание не наблюдалось ни у одного ребенка с ЗПРР и нейротипичным развитием; в обеих группах сравнения значения по этим показателям существенно преобладали в ситуациях реагирования на человека, что соответствует статистически подтвержденным данным классических исследований КО, проведенных на выборке младенцев с благополучным развитием [81].

Отмечаемые во многих случаях у детей с РАС неполный состав КО, меньшие продолжительность демонстрации и выразительность его компонентов, их преимущественно реактивный характер, свидетельствующие о сниженной активности во взаимодействии с окружением, характерны не только для данного типа нарушения развития. Подобные проявления дефицитарности КО описаны у детей с ОВЗ других категорий [56, 95, 103].

Специфической для детей с аутизмом представляется особая динамика КО во время периода его формирования. Как показали результаты исследования, в 2-3 месяца в 47% случаев у детей с РАС отмечались сниженные показатели выраженности компонентов КО на человека (по четырехбалльной системе оценке – 1 – 0 баллов); в 53% случаев в видеозаписях наблюдался хотя бы один эпизод, в котором показатели были выше. При таких исходно разных возможностях детей, к 4-5 месяцам во всех случаях наблюдалась общая тенденция – не происходило возрастание интенсивности проявлений КО в ситуации социального взаимодействия, наоборот, наблюдалось резкое снижение или сохранение низких показателей коммуникативных компонентов комплекса. При этом больше, чем в два раза увеличилось число детей, демонстрирующих выраженный КО на сенсорный стимул.

В группах сравнения наблюдалась иная картина: у 92 % детей с нейротипичным развитием и с ЗПРР показатели КО еще на начальном этапе его формирования соответствовали 2-3 баллам, а к 4-5 месяцам – уже у 96 %.

На основании приведенных данных можно заключить, что при угрозе формирования аутистических расстройств КО не выполняет свою основную

функцию эмоционального общения с близкими, а проявляется преимущественно как выражение удовольствия от сенсорной стимуляции и проявления к ней избирательного интереса. В дальнейшем он может становиться частью стереотипной аутоstimуляции ребенка, которая препятствует развитию активного взаимодействия с окружением и замещает его адаптивные формы (прежде всего, общение, исследовательскую активность). Эти особые тенденции, проявляемые в динамике КО у детей с РАС, свидетельствуют о признаках искаженного развития.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование было посвящено одной из наиболее актуальных проблем развития системы коррекционной помощи детям с РАС – раннего выявления риска формирования аутистических расстройств и возможности максимально раннего начала специального психологического сопровождения ребенка и его семьи.

Анализ данных отечественных и зарубежных теоретических и эмпирических исследований ранних этапов психического развития детей с аутизмом показывает, что особые признаки нарушения взаимодействия ребенка с окружением могут быть обнаружены уже в младенческом возрасте в сопоставлении и целостной оценке проявлений его отзывчивости, чувствительности и активности в отношениях с социальным окружением и сенсорной средой. Первой сложной формой поведения, раскрывающей эти возможности ребенка, является «комплекс оживления», поэтому мы выбрали именно этот феномен в качестве предмета специального анализа и поставили задачи эмпирического исследования его структуры, динамики в процессе формирования и сравнения проявлений КО у детей с формирующимся РАС, с нейротипичным и задержанным развитием.

Для решения исследовательских задач была разработана методологическая основа, включающая адаптацию диагностического инструментария оценки «комплекса оживления» к формату ретроспективного анализа домашних видеозаписей детей в младенческом возрасте. В качестве базовой методики использовалась «Диагностика психического развития от рождения до 3 лет» Е.О. Смирновой и соавторов (2005). Разработанный инструментарий был апробирован на трех группах детей: с клинически подтвержденным диагнозом РАС, с ЗППР и с нейротипичным развитием.

Проведенное эмпирическое исследование позволило впервые провести в формате изучения домашних видеозаписей детей в период младенчества сравнительный анализ качественных и количественных характеристик «комплекса оживления» у детей с РАС, с нейротипичным и задержанным развитием; выявить

статистически значимые отличия ($p < 0.01$) в проявлениях компонентов КО у детей с аутизмом и специфику их динамики в процессе его формирования.

Анализ последовательных эпизодов демонстрации «комплекса оживления» в возрастном интервале 2-6 месяцев позволил уточнить особенности выражения КО у детей с РАС, описанные отечественными исследователями, и эмпирические данные о характере проявления его отдельных составляющих, полученные в ряде зарубежных исследований.

Сравнение показателей выраженности компонентов КО и их соотношения в структуре комплекса на этапах начала его демонстрации и наиболее яркого проявления позволило проследить формирование тенденций искаженного развития. Полученные данные подтверждают и дополняют теоретические представления о его закономерностях.

Таким образом, в результате проведенного исследования были решены основные поставленные задачи и подтверждена гипотеза, что отражено в следующих **выводах**:

1. Результаты проведенного эмпирического исследования подтверждают возможность определения риска развития расстройств аутистического спектра в период формирования и наиболее полного проявления «комплекса оживления».
2. Ранние признаки формирования аутистических расстройств могут быть выявлены в результате анализа компонентов «комплекса оживления» ребенка и их динамики в ходе его развития. Специфика становления КО у детей с РАС обнаруживается при сопоставлении выраженности проявления всех его составляющих на человека и на привлекательный для ребенка сенсорный стимул.
3. Сравнительный анализ показателей компонентов КО и их соотношения в структуре комплекса у детей с РАС, нейротипичным развитием и ЗПРР позволил выделить у детей с аутизмом следующие особенности, имеющие статистическую значимость:

- меньшую интенсивность выражения всех компонентов КО, которая в наибольшей степени проявляется в ситуации восприятия человека и в дефицитности коммуникативных составляющих комплекса;
 - отсутствие значимых различий в проявлениях улыбки и вокализаций по отношению к человеку и сенсорному стимулу.
4. Сравнение показателей КО в начале и завершении периода его максимального проявления позволило увидеть при формировании РАС тенденцию, противоположную той, которая наблюдалась у всех детей с нейротипичным и задержанным развитием: в ситуации социального взаимодействия не происходило возрастание интенсивности проявлений коммуникативных компонентов комплекса, напротив, наблюдались ее уменьшение или стагнация на исходно сниженном уровне. Одновременно увеличивалась частота выраженных проявлений КО по отношению к сенсорным раздражителям.
 5. Изменение пропорций выраженности компонентов КО по отношению к человеку и сенсорному стимулу в процессе его формирования у ребенка с РАС свидетельствует об отсутствии развития его основной функции – первой формы активного эмоционального общения и социального взаимодействия младенца с окружающими. КО проявляется в большей степени как избирательное выражение интереса к сенсорным впечатлениям и их позитивное переживание.
 6. Полученные результаты исследования позволяют заключить, что особенности проявления КО в его динамике у детей с формирующимся РАС могут служить ранним маркером искажения психического развития.

Перспективным продолжением исследования представляется изучение закономерностей формирования «комплекса оживления» у детей с РАС на более широкой выборке, более объемном материале видеозаписей, анализ которых

позволит уточнить возможные варианты начала проявления искажения развития и выявить последствия разной степени дефицитарности становления КО.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдеева, Н.Н. Развитие образа себя и привязанностей у детей от рождения до трех лет в семье и доме ребенка / Н.Н. Авдеева, Н.А. Хаймовская. – М.: Смысл, 2003. – 152 с.
2. Авдеева, Н.Н. Особенности психической активности ребенка первого года жизни / Н.Н. Авдеева, С.Ю. Мещерякова // Мозг и поведение младенца – М.: ИПАН, 1993. – С. 167-219.
3. Авдеева, Н.Н. Этапы развития общения с взрослым на 1 году жизни / Н.Н. Авдеева, С.Ю. Мещерякова // Общение и развитие психики. – М.: АПН СССР, 1986. – С. 72-82.
4. Айвазян, Е.Б. Культурно-исторический подход к исследованию психического развития слепых детей раннего возраста: автореф. дис. ...д-ра. психол. наук / Е.Б. Айвазян. – М., 2022. – 48 с.
5. Айвазян, Е.Б. Исследование общения взрослого и ребенка первых лет жизни с ограниченными возможностями здоровья: методический инструментарий / Е.Б. Айвазян, Т.П. Кудрина, Г.Ю. Одинокова, Ю.А. Разенкова, Е.В. Орлова //Альманах института коррекционной педагогики. – 2018. – №. 32. – С. 17-33.
6. Аппе, Ф. Введение в психологическую теорию аутизма / Ф. Аппе. – М.: Теревинф, 2006. – 216 с.
7. Аршатская, О.С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся детском аутизме / О.С. Аршатская //Дефектология. – 2005. – Т. 2. – С. 46-56.
8. Аршатская, О.С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся синдроме детского аутизма: дис... канд. психол. наук / О.С. Аршатская – Москва, 2005. – 256 с.
9. Аутизм и расстройства аутистического спектра: диагностика и коррекционная помощь: учебник для вузов / О.С. Никольская и др.– Москва: Юрайт, 2024. – 295 с.

- 10.Баенская, Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст) / Е.Р. Баенская. – Москва: Теревинф, 2009. – 112 с.
- 11.Баенская, Е.Р. Закономерности раннего эмоционального развития в норме / Е.Р. Баенская //Альманах Института коррекционной педагогики. – 2014. – №. 19. – С. 8-15.
- 12.Баенская, Е.Р. Нарушение аффективного развития ребенка в раннем возрасте как условие формирования детского аутизма: дисс... д-ра психол. наук / Е.Р. Баенская. – М.: ГНУ ИКП РАО. – 2008. – 240 с.
- 13.Баенская, Е.Р. Особенности раннего аффективного развития детей с аутизмом / Е.Р. Баенская // РГБ ОД. – Москва, 2000. – Т. 61. – С. 1-19.
- 14.Баенская, Е.Р. Особенности раннего аффективного развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет / Е.Р. Баенская // Дефектология. – Москва, 1995. – № 5. – С.76-83.
- 15.Баенская, Е.Р. Особенности раннего развития детей с аутизмом: дисс... канд. психол. наук / Е.Р. Баенская. – М., 2000. – 142 с.
- 16.Баенская, Е.Р. Ранняя диагностика и коррекция РАС в русле эмоционально-смыслового подхода / Е.Р. Баенская // Аутизм и нарушения развития. – Москва, 2017. – Т. 15. – № 2. – С. 32–37.
- 17.Баенская, Е.Р. Психологическая помощь при ранних нарушениях эмоционального развития / Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг – М.: Полиграф сервис, 2001. – 156 с.
- 18.Баженова, О.В. Диагностика психического развития детей первого года жизни / О.В. Баженова – М., 1986 – 78 с.
- 19.Бардышевская, М.К. Видеосъемка как методический прием в диагностике и коррекции аффективно-поведенческого развития детей / М.К. Бардышевская //Вопросы психологии. – М., 2021. – Т. 67. – №. 5. – С. 157-171.
- 20.Бардышевская, М.К. Видеосъемка развития и анализ видеозаписей в детской клинической психологии. Видео в работе с детьми по методу АПК в

- клинической психологии: учебно-методическое пособие для студентов, обучающихся по специальностям «Психология», «Педагогика», «Дефектология», «Детская психиатрия» / М.К. Бардышевская – Москва: Издательство Московского университета, 2023. – 143 с.
21. Бардышевская, М.К. Аффективно-поведенческие комплексы. Наблюдение, оценка и развитие / М.К. Бардышевская – Москва: Издательство Московского университета, 2020. – 574 с.
22. Бардышевская, М.К. Компенсаторные формы поведения детей 3-6 лет, воспитывающихся в доме ребенка: Дисс. канд. психол. наук. / М.К. Бардышевская. – М., 1995. – 221 с.
23. Бардышевская, М.К. Диагностика эмоциональных нарушений у детей / М.К. Бардышевская, В.В. Лебединский. – Litres, – 2021.
24. Бардышевская, М.К. Диагностика эмоциональных нарушений у детей: Учебное пособие / М.К. Бардышевская, В.В. Лебединский. – М: УМК «Психология», 2003. – 316 с.
25. Батышева, Т.Т. Ранняя диагностика расстройств аутистического спектра в практике детского психоневролога: методические рекомендации / Т.Т. Батышева // Методические рекомендации. – М., 2014. – 24 с.
26. Башина, В.М. Ранняя детская шизофрения: (Статика и динамика) / В.М. Башина – М.: Медицина, 1980. – 248 с.
27. Башина, В.М. Аутизм в детстве / В.М. Башина, Н.В. Симашкова – М.: Медицина, 1999. – Т. 236. – С. 101.
28. Башина, В.М. Ранний детский аутизм / В.М. Башина // Исцеление: Альманах. – М., 1993. – С. 154-165.
29. Белова, С.С. Использование видеонаблюдения для выявления скрытых процессов предречевого развития младенца / С.С. Белова, В.Н. Носуленко, Т.Н. Ушакова // Экспериментальная психология. – 2016. – Т.9. – № 2. – С. 66-81.

30. Беркун, А.В. Ранние признаки детского аутизма в период младенчества / А.В. Беркун // Дефектология. 2018 -№ 4. – С. 67-75.
31. Беркун, А.В. Выявление признаков формирования РАС в период младенчества. Обзор диагностического инструментария (Сообщение 1) / А.В. Беркун, Е.Р. Баенская – М.: Дефектология. 2021. – № 1. – С. 49-57.
32. Беркун, А.В. Выявление признаков формирования РАС в период младенчества. Обзор диагностического инструментария (Сообщение 2) / А.В. Беркун, Е.Р. Баенская – М.: Дефектология. 2021. – № 4. – С. 3-12.
33. Беркун, А.В. Ранняя диагностика аутистических расстройств у детей первых лет жизни в рамках медико-психолого-педагогического сопровождения: анализ двух случаев из практики / А.В. Беркун, М.В. Иванов, Н.В. Симашкова // Альманах Института коррекционной педагогики. – Альманах № 48 – 2022. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-48/early-diagnosis-of-autistic-disorders-in-children-of-the-first-years-of-life-as-part-of-medical,-psychological-and-pedagogical-support-an-analysis-of-two-cases-from-practice> (Дата обращения: 09.09.2024)
34. Веденина, М.Ю. Особенности психического развития детей с аутизмом / М.Ю. Веденина, О.С. Никольская // Альманах Института коррекционной педагогики. – Альманах №18 – 2014. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/osobennosti-psihicheskogo-razvitija-detej-s-146> (Дата обращения: 25.12.2024)
35. Винарская, Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии: Периодика раннего развития. Эмоцион. предпосылки освоения яз. : Кн. для логопеда / Е. Н. Винарская. – М.: Просвещение, 1987. – 159 с.
36. Выготский, Л.С. Психология развития ребенка / Л.С. Выготский – М.: Эксмо, 2003. – 512 с.
37. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: в 6-ти томах. Том 3. Проблемы развития психики / Л.С. Выготский; под ред. [и с послесл.] А.М. Матюшкина. – Москва: Педагогика, 1983. – 368 с.

38. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: в 6-ти томах. Том 4. Детская психология / Л.С. Выготский; под ред., [с послесл. и коммент.] Д.Б. Эльконина. – Москва: Педагогика, 1984. – 432 с.
39. Выродова, И.А. Обучение воспитателей личностно-ориентированному взаимодействию с младенцами-сиротами в условиях специализированного дома ребенка: дис. ... канд. пед. наук / И.А. Выродова – М., 2009. – 235 с.
40. Годовникова, Д.Б. Особенности реакций младенцев на «физические» и «социальные» раздражители / Д.Б. Годовникова // Вопросы психологии. – 1969. – № 6. – С. 79-89.
41. Гончарова, Е.Л. «Точка запуска» новых слуховых возможностей и спонтанного развития речи ребенка после кохlearной имплантации / Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина // Альманах Института коррекционной педагогики. Альманах №24 2016 URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-24/launch-point-of-new-auditory-capabilities-and-spontaneous-development-of-the-childs-speech-after-cochlear-implantation> (Дата обращения: 03.09.2025)
42. Горюнова, А.В. Начальные проявления психических заболеваний у детей грудного и раннего возраста/ А.В. Горюнова и др. // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – Т. 5. – №. 1. – С. 155-156.
43. Гращенкова, Н.С. Развитие способности к общению у дошкольников с расстройствами аутистического спектра в групповых коммуникативных играх «лицом к лицу» [Электронный ресурс] / Н.С. Гращенкова, М.М. Либлинг // Клиническая и специальная психология. – 2021. – Т. 10. – № 1. – С. 15–35. DOI: 10.17759/cpse.2021100102
44. Гринспен, С. На ты с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления / С. Гринспен, С. Уидер – 4-е изд. – М.: Теревинф, 2016. – 512 с.
45. Гусева, И.Е. История раннего развития аутичного ребенка (первый год жизни) / И.Е. Гусева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2009. – №2. – С. 73-80.

46. Додзина, О.Б. Психологические характеристики речевого развития детей с аутизмом / О.Б. Додзина // Дефектология: научно-методический журнал / Ред. Н.Н. Малофеев, А.Б. Меньков. – 2004. – №6 – С. 44-53.
47. Запорожец, А.В. Развитие общения у дошкольников / А.В. Запорожец, М.И. Лисина // под ред. А.В. Запорожца. – 1974. – 288 с.
48. Исенина, Е.И. Интерактивная методика анализа видеозаписей взаимодействия матери с младенцем / И.Е. Исенина, Т.И. Барановская // Методики диагностики и развития родительской сферы в перинатальном периоде, младенчестве и раннем возрасте: Учебное пособие для студентов и слушателей программ повышения квалификации / Сост. М.Е. Ланцбург. – М.: МГППУ, 2008.
49. Каган, В. Е. Аутизм у детей / В.Е. Каган – Л.: Медицина, 1981. – 190 с.
50. Калмыкова Н.Ю. Психодиагностическая дифференциация вариантов развития дошкольников с расстройствами аутистического спектра: автореф. дис.... канд. психол. наук. / Н.Ю. Калмыкова – М.: 2022. – 25 с.
51. Кистяковская, М.Ю. О стимулах, вызывающих положительные эмоции у ребенка на первых месяцах жизни/ М.Ю. Кистяковская // Вопросы психологии. 1995. – С. 129-141.
52. Козловская, Г.В. Определение отклонений в психическом развитии детей раннего возраста: психодиагностический тест «Гном» / Г.В. Козловская, М.А. Калинина, А.В. Горюнова. – М.: МГИУ, 2012. – 89 с.
53. Корницкая, С.В. Влияние содержания общения на отношение детей раннего возраста к взрослым / С.В. Корницкая // Вопросы психологии. – 1973. – №. 4. – С. 65-70.
54. Кошечкина, Т.В. Технологии раннего речевого развития детей с особыми образовательными потребностями: Методическое пособие для педагогов по вопросам комплексного психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ [Электронный ресурс] /Т.В. Кошечкина, Ю.А. Разенкова – М.: ФГБНУ «ИКП РАО», 2021. – 63 с.

55. Крайг, Г. Психология развития / Г. Крайг – Питер, 2000. – 988 с.
56. Кудрина, Т.П. Комплекс оживления у слепых недоношенных младенцев / Т.П. Кудрина // Альманах Казанского федерального университета. – 2017. – С. 145-150.
57. Кудрина, Т.П. Преодоление трудностей в развитии общения матери и слепого младенца: дис. ... канд. пед. наук / Т.П. Кудрина – М., 2016. – 140 с.
58. Кудрина, Т.П. Уникальный феномен младенчества в фокусе внимания науки. Изучение особенностей «комплекса оживления» у слепых детей. Сообщение I / Т.П. Кудрина, Е.Б. Айвазян, Ю.А. Разенкова // Дефектология. – 2024. – № 5. – С. 15-23.
59. Лазарев, М.Л. Воздействие психологических факторов на физическое здоровье детей: дис... канд. психол. наук / М.Л. Лазарев – Москва, 1997. – 169 с.
60. Лебединская, К.С., Никольская, О.С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления / К.С. Лебединская, О.С. Никольская – М.: Просвещение, 1991. – 96 с.
61. Лебединский, В.В. Аутизм как модель эмоционального дизонтогенеза / В.В. Лебединский // Психология аномального ребенка. Хрестоматия / ред. В.В. Лебединский, М.К. Бардышевская – М: "ЧеРо", 2002. – Т.2.– С. 486-493.
62. Лебединский, В.В. Аутизм как модель эмоционального дизонтогенеза / В.В. Лебединский // Вестник Московского университета. Серия 14. – 1996. – № 2. – С. 1823.
63. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей / В.В. Лебединский – М.: Академия, – 2003.
64. Лебединский, В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг – М.: Изд. Московского университета. – 1990. – 197 с.
65. Леонтьев, А.Н. Проблемы развития психики / А.Н. Леонтьев – М.: Изд. «Смысл» – 2020 – 882 с.

- 66.Лисина, М.И. Общение и речь: развитие речи у детей в общении со взрослыми / М.И. Лисина – Педагогика. – 1985.
- 67.Лисина, М.И. Влияние общения со взрослым на развитие ребенка первого полугодия жизни / М.И. Лисина // Развитие общения у дошкольников/Под ред. А.В. Запорожца, М.И. Лисиной. М. – 1974. – 288 с.
- 68.Лисина, М.И. Возникновение и развитие непосредственно-эмоционального общения с взрослыми у детей первого полугодия жизни / М.И. Лисина // Развитие общения у дошкольников / Под ред. А.В. Запорожца и М.И. Лисиной. – М.: Педагогика. – 1974. – 288 с.
- 69.Лисина, М.И. Формирование личности ребенка в общении / М.И. Лисина – СПб.: Питер, 2009. – 318 с.
- 70.Лисина, М.И. Влияние содержания общения со взрослым на отношение к нему ребенка / М.И. Лисина, С.В. Корницкая // Общение и его влияние на развитие психики дошкольника/Ред.-сост. М.И. Лисина. М. – 1974. – С. 59-78.
- 71.Лисина, М.И. Проблемы онтогенеза общения / М. И. Лисина / Науч. – исслед. ин-т общей и педагогической психологии Акад. пед. наук СССР. – М.: Педагогика, 1986. – 144 с.
- 72.Лорд, К. ADOS–2. План диагностического обследования при аутизме. Изд. 2-е: руководство / К. Лорд, М. Раттер, П. ДиЛаворе, С. Ризи, К. Готэм, С. Бишоп, Р. Лайстер, У. Гатри / пер. на русский язык, и адаптация А. Сорокина, Е. Давыдовой, К. Салимовой при участии Е. Пшеничной – Western Psychological Services; Giunti O.S., 2016. – С. 38-44.
- 73.Лубовский, В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В.И. Лубовский. – М.: Педагогика, 1989. – 104 с.
- 74.Мазитова, Г.Х. О развитии взаимоотношений с окружающими взрослыми у младенцев / Г.Х. Мазитова //Экспериментальные исследования по проблемам общей, социальной психологии и дифференциальной психофизиологии. Под ред. Э.А. Голубевой, В.Б. Ольшанского. – 1976. – С. 15-31.

- 75.Мазитова, Г.Х. Развитие дифференцированных взаимоотношений с окружающими взрослыми у младенца: автореф. дис... канд. психол. наук / Г.Х. Мазитова. – Москва, 1977. – 22 с.
- 76.Майес, С.Д. CASD. Опросник расстройств аутистического спектра / С.Д. Майес / Пер. с англ. Е. Литвиненко – Western Psychological Services; Giunti O.S., 2015. – 47 с.
- 77.Малофеев, Н.Н. Ранняя помощь – приоритет современной коррекционной педагогики: из опыта работы Института коррекционной педагогики Российской академии образования / Н.Н. Малофеев // Дефектология. – 2003. – №. 4. – С. 7-11.
- 78.Малофеев, Н.Н. Концепция развития образования детей с ОВЗ: основные положения / Н.Н. Малофеев // Альманах Института коррекционной педагогики. Альманах №36 – 2019. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-36/the-concept-of-development-of-education-of-children-with-disabilities> (Дата обращения: 11.01.2025)
- 79.Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10) / Всемирная организация здравоохранения // Версия ICD-10: 2019 <https://icd.who.int/browse10/2019/en> [Электронный ресурс] (дата обращения 10.09.2024).
- 80.Мещерякова-Замогильная, С.Ю. Психологический анализ «комплекса оживления» у младенцев: дис... канд. психол. наук / С.Ю. Мещерякова-Замогильная. – М. – 1979.
- 81.Мещерякова, С.Ю. Особенности «комплекса оживления» у младенцев при воздействии предметов и общения со взрослыми / С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. – 1975. – №. 5. – С. 81-89.
- 82.Мещерякова, С.Ю. Психология младенчества с позиции концепции М.И. Лисиной / С.Ю. Мещерякова // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2009. – Т. 2. – №. 2. – С. 41-51.

83. Мещерякова, С.Ю. Ребенок младенческого возраста / С.Ю. Мещерякова Н.Н. Авдеева, Л.М. Царегородцева // Психическое развитие воспитанников детского дома/Под ред. И.В. Дубровиной, А.Г. Рузской. – М.: Педагогика. – 1990. – С. 23-99.
84. Мнухин, С.С. О синдроме «раннего детского аутизма» или синдроме Каннера у детей / С.С. Мнухин, А.Е. Зеленецкая, Д.Н. Исаев // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. –1967. – № 10 – С. 1501-1506.
85. Мухамедрахимов, Р.Ж. Формы взаимодействия матери и младенца / Р.Ж. Мухамедрахимов // Вопросы психологии. – 1994. – №. 6. – С. 16-25.
86. Мухамедрахимов, Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие / Р.Ж. Мухамедрахимов – СПб.: Изд-во СПб. Ун-та, 2001. – 288 с.
87. Никитина, Ю.В. Механизмы формирования аутистического синдрома в пренатальном и раннем постнатальном развитии / Ю.В. Никитина // Аутизм и нарушения развития. 2017. – Том 15. – № 2. – С. 65–79.
88. Никольская, О.С. Аутичный ребенок: пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг – М.: Теревинф, 2018. – 288 с.
89. Никольская, О.С. Аффективная сфера как система организации сознания и поведения при нормальном и аномальном развитии: дис... д-ра психол. наук / О.С. Никольская – Москва, 1999. – 389 с.
90. Никольская, О.С. Аффективная сфера как система смыслов, организующих сознание и поведение человека: монография / О.С. Никольская // Министерство просвещения Российской Федерации, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение "Институт коррекционной педагогики Российской академии образования". – Москва: Наука, 2020. – 438 с.
91. Никольская, О.С. Взгляд на расстройства аутистического спектра с позиций отечественной дефектологии: логика дизонтогенеза и основы коррекционной помощи / О.С. Никольская // Альманах Института коррекционной педагогики. Альманах № 48 – 2022. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac->

48/a-look-at-autism-spectrum-disorders-from-the-standpoint-of-domestic-defectology-the-logic-of-dysontogenesis-and-the-basics-of-corrective-care (Дата обращения: 02.04.2023)

92. Никольская, О.С. Особенности психического развития и психологической коррекции детей с ранним детским аутизмом. Дис... канд. психол. наук / О.С. Никольская – М., 1985. – 208 с.
93. Никольская, О.С. Дети и подростки с аутизмом / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, И.А. Костин, М.Ю. Веденина, А.В. Аршатский, О.С. Аршатская // Психологическое сопровождение. – М.: Теревинф, 2005. – 224 с.
94. Общие расстройства психологического развития (F84.0/01/02) // Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) // URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4429>
95. Одиноква, Г.Ю. Выявление и преодоление неблагополучия в развитии общения матери и ребенка раннего возраста с синдромом Дауна: дис. ... канд. пед. Наук / Г.Ю. Одиноква – М., 2015. – 185 с.
96. Пальмов, О.И. Психическое развитие детей с синдромом Дауна в процессе раннего вмешательства: автореф. дис. ...канд. психол. наук / О.И. Пальмов – СПб., 2006. – 25 с.
97. Плотникова, А.Л. Социально-психологическое исследование коммуникативного поведения младенцев первого полугодия жизни: дис... канд. психол. наук / А.Л. Плотникова – 2006. – 179 с.
98. Поляков, Ю.Ф. Развитие инициативности у детей первого года жизни в условиях материнской депривации / Ю.Ф. Поляков, К.В. Солоед // Вопросы психологии — 2000. – №. 4. – С. 9-18.
99. Разенкова, Ю.А. Научные исследования Института коррекционной педагогики в области ранней помощи ребенку с ограниченными возможностями здоровья и его семье. Сообщение 1 / Ю.А. Разенкова // Дефектология. – 2015. – №. 3. – С. 18-28.

100. Разенкова, Ю.А. Об идеологических противоречиях в отечественной практике ранней помощи / Ю.А. Разенкова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2017. – №. 4. – С. 3-8.
101. Разенкова, Ю.А. Сопровождение проблемного ребенка и его семьи в системе ранней помощи. Диагностика и коррекция развития / Ю.А. Разенкова и др. – Litres, 2020.
102. Разенкова, Ю.А. Оценка развития общения ребенка первых лет жизни с различными ограничениями в состоянии здоровья с близкими взрослыми: методическое пособие [Электронный ресурс] / Ю.А. Разенкова. – М.: ФГБНУ «ИКП РАО», 2021. – 77 с.
103. Разенкова, Ю.А. Предупреждение и преодоление трудностей развития общения у детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья: дис... доктора пед. Наук / Ю.А. Разенкова – М., – 2009. – 207 с.
104. Разенкова, Ю.А. Система ранней помощи: поиск основных векторов развития / Ю.А. Разенкова. – М.: Карапуз, 2011. – 90 с.
105. Раттер, М. ADI–R. Интервью для диагностики аутизма: руководство / М. Раттер, Э. Куто, К. Лорд // перевод на русский язык и адаптация О. Донец, А. Моховикова, Д. Переверзевой, А. Сорокина / под ред. А. Сорокина: Western Psychological Services; Giunti O.S., 2014. – 122 с.
106. Римашевская, Н.В. Начальные проявления психических расстройств у детей раннего возраста (от 0 до 3 лет) / Н.В. Римашевская // Материалы IV конгресса педиатров России: Охрана психического здоровья детей и подростков – М.: Союз педиатров России, 1998. – 181 с.
107. Роджерс, С. Дж. Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом: Как в процессе повседневного взаимодействия научить ребенка играть, общаться и учиться / С.Дж. Роджерс, Дж. Доусон, Л.А. Висмара // пер. с англ. В. Дегтяревой – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2016. – 416 с.
108. Розенгард-Пупко, Г.Л. Речь и развитие восприятия в раннем возрасте / Г. Л. Розенгард-Пупко. – Москва: Изд-во АПН РСФСР – 1963. – 199 с.

109. Розенгарт-Пупко, Г.Л. Формирование речи у детей раннего возраста / Г.Л. Розенгарт-Пупко – Изд-во АПН РСФСР, 1963. – 96 с.
110. Рuzская, А.Г. Развитие психики ребенка в общении со взрослыми и сверстниками: сборник научных трудов / А. Г. Рuzская // АПН СССР, НИИ общей и педагогической психологии; [А. Г. Рuzская (отв. ред.) и др.]. – Москва: АПН СССР, 1990. –166 с.
111. Рыскина, В.Л. Видеотехнологии в социально-педагогической и психологической работе / В.Л. Рыскина [Электронный ресурс] URL: <http://www.psy.su/feed/2215/>.
112. Серкина, А.В. Возможности использования метода видеонаблюдения в решении исследовательских и прикладных задач ранней помощи / А.В. Серкина //Альманах Института коррекционной педагогики. – 2018. – №. 32. – С. 1-16.
113. Симашкова, Н.В. и др. Скрининг риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста (данные по 9 регионам России в 2017-2019 гг.) / Н.В. Симашкова и др. // Журнал неврологии и психиатрии имени СС Корсакова. – 2020. – Т. 120. – №. 11. – С. 79-86.
114. Симашкова, Н.В. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / Н.В. Симашкова и др. // под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 288 с.
115. Симашкова, Н.В. Расстройства аутистического спектра у детей: научно-практическое руководство / Н.В. Симашкова, Т.П. Ключник, Л.П. Якупова и др. / под редакцией Н.В. Симашковой. – Москва: Авторская акад., 2013. – 263 с.
116. Симеонова, К.С. Психологический анализ становления предметно-манипулятивной деятельности у младенца: автореф. дис. ... канд. психол. наук / К.С. Симеонова – 1993. – 20 с.

117. Смирнова, Е. О. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет / Е.О. Смирнова, Л.Н. Галигузова, Т.В. Ермолова, С.Ю. Мещерякова – М.: МГППУ, 2002. – 128 с.
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. – 2016. – Т. 21. – № 3. – С. 7–15.
119. Сорокина, А.И. Развитие эмоций в общении со взрослыми у детей первого года жизни: автореф. дис. ... канд. психол. наук / А.И. Сорокина – М., 1987. – 19 с.
120. Стерн, Д. Межличностный мир ребенка. Взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития / Д. Стерн // С.-П.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа. – 2006. – 376 с.
121. Ушакова Т.Н. Истоки психолингвистического развития младенца первого года жизни / Т.Н. Ушакова, С.С. Белова // Вопросы психолингвистики. – 2015. – №. 26. – С. 182-196.
122. Фигурин, Н.Л. Этапы развития поведения детей в возрасте от рождения до одного года / Н.Л. Фигурин, М.П. Денисова. – М.: Медгиз, 1949. – 104 с.
123. Чаварска, К. Расстройства аутистического спектра в первые годы жизни. Исследование, оценка и лечение / К. Чаварска, Ф.Р. Волкмар – М.: ИД Городец, 2022. – 576 с.
124. Чудинова, Е.В. Возникновение знаковой функции сознания на первом году жизни (сравнительный анализ улыбки и плача): автореф. дис. ... канд. психол. наук / Е.В. Чудинова. – 1986. – 23 с.
125. Шпиц, Р.А. Психоанализ раннего детского возраста / Р.А. Шпиц – Издательство Пер Сэ, 2001. – 159 с.
126. Шпиц, Р.А. Первый год жизни / Р.А. Шпиц, У. Коблинер – М.: Академический Проект, 2006. – 352 с.

127. Щелованов, Н.М. О воспитании в домах младенца / Н.М. Щелованов // «Вопросы материнства и младенчества» – № 13 – 1938. – С. 4-18.
128. Щелованов, Н.М. Воспитание детей раннего возраста в детских учреждениях / Н.М. Щелованов, Н.И. Аксарина – Москва: Медгиз, 1960. – 37 с.
129. Щелованов, Н.М. Развитие и воспитание ребенка от рождения до трех лет / Н.М. Щелованов – Москва: Просвещение, 1965. – 183 с.
130. Эльконин, Б.Д. Избранные психологические труды: [детская и педагогическая психология] / Д.Б. Эльконин. – Москва: Педагогика, 1989. – 560 с.
131. Эльконин, Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте / Д.Б. Эльконин. // Вопросы психологии. – 1971. – № 4 – С. 6-21.
132. Adrien, J.L. et al. Blind ratings of early symptoms of autism based upon family home movies / J.L. Adrien et al. // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 1993. – Т. 32. – №. 3. – P. 617-626.
133. Baranek, G.T. Autism during infancy: A retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9–12 months of age / G.T. Baranek // Journal of autism and developmental disorders. – 1999. – Т. 29. – P.213-224.
134. Baranek, G.T. Object play in infants with autism: Methodological issues in retrospective video analysis / G.T. Baranek et al. // The American journal of occupational therapy. – 2005. – Т. 59. – №. 1. – P. 20-30.
135. Baron-Cohen, S. Autism: the facts. / S. Baron-Cohen, P. Bolton // N.Y.: Oxford University Press, 1993. – 113 p.
136. Beebe, B. Maternal postpartum depressive symptoms and 4-month mother–infant interaction / B. Beebe et al. // Psychoanalytic Psychology. – 2012. – Т. 29. – №. 4. – P. 383 - 407.
137. Berkun, A.V. Possibilities of Studying the “Revival Complex” in the Early Diagnosis of Autism Spectrum Disorders and the Identification of the Risk of Their

- Formation / A.V. Berkun, E.R. Baenskaya // Educational Management and Special Educational Needs. – Cham: Springer Nature Switzerland, 2024. – P. 47-56.
138. Bernard, J.L. Etude des gestes conventionnels chez des enfants autistes à partir d'une analyse de films familiaux / J.L Bernard et al. // Devenir. – 2002. – T. 14. – №. 3. – P. 265-281.
139. Bernard, J.L. Evolution de la fréquence des gestes chez des garçons avec autisme âgés de 1 à 3 ans par analyse de vidéos familiales / J.L.Bernard et al. // Devenir. – 2006. – T. 18. – №. 3. – P. 245-261.
140. Biemans H. Video home training: theory method and organization of SPIN / H. Biemans // International seminar for innovative institutions. Ryswijk: Ministry of Welfare, Health and Culture. – 1990. – C. 96-112.
141. Bowlby, J., Robertson, J. A two-year-old goes to hospital / J. Bowlby, J. Robertson // – 1953.
142. Bradshaw, J. Early emergence of discrepancy in adaptive behavior and cognitive skills in toddlers with autism spectrum disorder / J. Bradshaw et al. // Autism. – 2019. – T. 23. – №. 6. – P. 1485-1496.
143. Bryson, S.E. The Autism Observation Scale for Infants: scale development and reliability data / S.E. Bryson et al. // Journal of autism and developmental disorders. – 2008. – T. 38. – P. 731-738.
144. Campbell, D.J. Early generalized overgrowth in autism spectrum disorder: Prevalence rates, gender effects, and clinical outcomes. / D.J. Campbell, J. Chang, K. Chawarska // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2014 – 53 (10), – P.1063-1073.
145. Chawarska, K. Automatic Attention Cueing Through Eye Movement in 2-Year-Old Children With Autism / K. Chawarska, A. Klin, F. Volkmar // Child Development, 2003 – 74 (4), – P.1108-1122.
146. Chawarska, K. Decreased spontaneous attention to social scenes in 6-month-old infants later diagnosed with autism spectrum disorders / K. Chawarska, S. Macari, F. Shic // Biological psychiatry. – 2013. – T. 74. – №. 3. – P. 195-203.

147. Chawarska, K. Limited Attentional Bias for Faces in Toddlers With Autism Spectrum Disorders / K. Chawarska, F. Volkmar, A. Klin // *JAMA Psychiatry* 2010 – 67, – P.178-185.
148. Clark R. Parent-child early relational assessment / Clark R. // *Educational and Psychological Measurement*. – 1985. – 34 p.
149. Colgan, S.E. Analysis of social interaction gestures in infants with autism / S.E. Colgan et al. // *Child Neuropsychology*. – 2006. – T. 12. – №. 4-5. – P. 307-319.
150. Cowan, K. Visualising young children's play: exploring multimodal transcription of video-recorded interaction / K. Cowan // – UCL (University College London), – 2018.
151. Cramer B. Mother to Daughter / B. Cramer // *The Handbook of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy: New directions in integrative treatment*. – 1995. – T. 2. – C. 373.
152. Dawson, G. Early social attention impairments in autism: social orienting, joint attention, and attention to distress / G. Dawson et al // *Developmental psychology*. – 2004. – T. 40. – №. 2. – P. 271.
153. Dawson, G. Arousel, Attention, and Socioemotional Impairments of Individual with Autism / G. Dawson, A. Levy // *Autism: Nature, Diagnosis & Treatment*. / Ed. G. Dawson. N.Y.- L.: The Guilford press, 1989. – P. 49-74.
154. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013.
155. Duranti, A. Transcripts, like shadows on a wall / A. Duranti // *Mind, Culture, and Activity*. – 2006. – T. 13. – №. 4. – P. 301-310.
156. English, M.S. Perception of cry characteristics in 1-month-old infants later diagnosed with autism spectrum disorder / M.S. English et al. // *Journal of autism and developmental disorders*. – 2019. – T. 49. – P. 834-844.
157. Epanchin, B.C. Emotional problems of childhood and adolescence: A multidisciplinary perspective / B.C. Epanchin, J.L. Paul // (No Title). – 1987.

158. Esposito, G. Analysis of unsupported gait in toddlers with autism / G. Esposito et al. // *Brain and development*. – 2011. – Т. 33. – №. 5. – P. 367-373.
159. Esposito, G. Componential deconstruction of infant distress vocalizations via tree-based models: A study of cry in autism spectrum disorder and typical development / G. Esposito et al. // *Research in Developmental Disabilities*. – 2013. – Т. 34. – №. 9. – P. 2717-2724.
160. Esposito, G. Understanding early communication signals in autism: a study of the perception of infants' cry / G. Esposito, P. Venuti // *Journal of Intellectual Disability Research*. – 2010. – Т. 54. – №. 3. – P. 216-223.
161. Field T. Affective displays of high-risk infants during early interactions / T. Field // *Emotion and early interaction*. – Routledge, 1982. – С. 101-125.
162. Fler, M. Visual methodologies and digital tools for researching with young children: Transforming visibility / M. Fler, A. Ridgway // *Springer Science & Business Media*, 2013. – Т. 10.
163. Gillberg C. Autism under age 3 years: a clinical study of 28 cases referred for autistic symptoms in infancy / C. Gillberg, S. Ehlers, H. Schaumann, G. Jakobsson, SO. Dahlgren, et al. // *J Child Psychol Psychiatry*. 1990;31(6):921–34.
164. Goldberg, W.A. Brief report: Early social communication behaviors in the younger siblings of children with autism / W.A. Goldberg et al. // *Journal of autism and developmental disorders*. – 2005. – Т. 35. – P. 657-664.
165. Greenspan, S.I. The Functional Emotional Assessment Scale (FEAS): For Infancy & Early Childhood / S.I. Greenspan, G. DeGangi, S. Wieder // *Interdisciplinary Council on Development & Learning Disorders*, 2001.
166. Greenspan, S. Social-emotional growth chart. A screening questionnaire for infants and young children / S. Greenspan // *Harcourt Assessment, Inc.* 2004. [Электронный ресурс]. URL: <https://chhs.fresnostate.edu/ccci/documents/01.29.16%20Social-Emotional%20Growth%20Chart.pdf> (дата обращения: 13.09.2024).

167. Harrison P.L. Adaptive Behavior Assessment System – Second Edition / P.L. Harrison, T. Oakland // *Journal of Psychoeducational Assessment*, 2004, 22, p. 367–373. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
168. Heath. Video in qualitative research / C. Heath, P. Luff, J. Hindmarsh – 2009.
169. Hundeide K. ICDP–et relasjonsorientert og empatibasert program. I MW Kreuter & NR Jensen (Red.), " / K. Hundeide // *Family Support*": empowerment af forældre i internationalt perspektiv. – 2005. – C. 241-258.
170. Jewitt, C. An introduction to using video for research / C. Jewitt – 2012.
171. Jones, W. Attention to eyes is present but in decline in 2–6 month-old infants later diagnosed with autism/ W. Jones, A. Klin // *Nature*. – 2013. – T. 504. – №. 7480. – P. 427-431.
172. Kanner, L. Autistic disturbances of affective contact / L. Kanner et al. // *Nervous child*. – 1943. – T. 2. – №. 3. – P. 217-250.
173. Lebovici, S. La mère, le nourrisson et le psychanalyste / S. Lebovici, S. Stoleru // *Les interactions précoces*. Le Centurion. Paris. – 1983.
174. Lutz, J. *Psiquiatia Infantil*. Trad. de C. Romero. Gredos, Madrid 1968, 390 p., 24 cm. *Seminarios Sobre Los Ministerios En La Iglesia*, 14(36), – P. 631.
175. Macari, S. Context-specific dyadic attention vulnerabilities during the first year in infants later developing autism spectrum disorder / S. Macari et al // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2021. – T. 60. – №. 1. – P. 166-175.
176. Maestro, S. A view to regressive autism through home movies. Is early development really normal? / S. Maestro et al. // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2006. – T. 113. – №. 1. – P. 68-72.
177. Maestro, S. Attentional skills during the first 6 months of age in autism spectrum disorder / S. Maestro et al. // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2002. – T. 41. – №. 10. – P. 1239-1245.
178. Maestro, S. Course of autism signs in the first year of life / S. Maestro et al. // *Psychopathology*. – 2005. – T. 38. – №. 1. – P. 26-31.

179. Maestro, S. Early behavioral development in autistic children: the first 2 years of life through home movies / S. Maestro et al // *Psychopathology*. – 2001. – T. 34. – №. 3. – P. 147-152.
180. Maestro, S. How young children treat objects and people: an empirical study of the first year of life in autism / S. Maestro et al // *Child psychiatry and human development*. – 2005. – T. 35. – P. 383-396.
181. Mahoney, G. Relationship-focused early intervention with children with pervasive developmental disorders and other disabilities: A comparative study/ G. Mahone, F. Perales // *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. – 2005. – T. 26. – №. 2. – C. 77-85.
182. Mars, A.E. Symptoms of pervasive developmental disorders as observed in prediagnostic home videos of infants and toddlers / A.E. Mars, J.E. Mauk, P.W. Dowrick // *The Journal of pediatrics*. – 1998. – T. 132. – №. 3. – P. 500-504.
183. Massie, H.N. Patterns of mother-infant behavior and subsequent childhood psychosis: A research and case report / H.N. Massie // *Child Psychiatry and Human Development*. – 1977. – T. 7. – P. 211-230.
184. Massie, H.N. The early natural history of childhood psychosis / H.N. Massie // *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. – 1975. – T. 14. – №. 4. – P. 683-707.
185. Massie, H.N. The early natural history of childhood psychosis: Ten cases studied by analysis of family home movies of the infancies of the children / H.N. Massie // *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. – 1978. – T. 17. – №. 1. – P. 29-45.
186. McDonough S. Interaction guidance / S. McDonough // *Treating parent–infant relationship problems: Strategies for intervention*. – 2004. – C. 79-96.
187. Mundy, P. The theoretical implications of joint-attention deficits in autism / P. Mundy, M. Sigman // *Development and psychopathology*. – 1989. – T. 1. – №. 3. – P. 173-183.

188. Osofsky J.D. Dyadic Affect Manual / J.D. Osofsky., R. J. Muhamedrahimov, B. A. Hammer // Unpublished manuscript. – 1998. – C. 355-362.
189. Osterling, J.A. Early recognition of 1-year-old infants with autism spectrum disorder versus mental retardation / J.A. Osterling, G. Dawson, J. A. Munson // Development and psychopathology. – 2002. – T. 14. – №. 2. – P. 239-251.
190. Osterling, J. Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes / J. Osterling, G. Dawson // Journal of autism and developmental disorders. – 1994. – T. 24. – №. 3. – P. 247-257.
191. Ozonoff, S. Recurrence risk for autism spectrum disorders: a Baby Siblings Research Consortium study / S. Ozonoff et al. // Pediatrics. – 2011. – T. 128. – №. 3. – P. e488-e495.
192. Park, C. The Siege: A Family's Journey Into the World of an Autistic Child / C. Park // Boston: Bac Bay Books. – 1982. – 352 p.
193. Patten, E. Vocal patterns in infants with autism spectrum disorder: Canonical babbling status and vocalization frequency / E. Patten et al. // Journal of autism and developmental disorders. – 2014. – T. 44. – P. 2413-2428.
194. Paul, R. Out of the mouths of babes: Vocal production in infant siblings of children with ASD / R. Paul et al. // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2011. – T. 52. – №. 5. – P. 588-598.
195. Plumb, A.M. Vocalization development in toddlers with autism spectrum disorder / A.M. Plumb, A. M. Wetherby, A. M. – 2013.
196. Receveur, C. et al. Interaction and imitation deficits from infancy to 4 years of age in children with autism: A pilot study based on videotapes / C. Receveur et al. //Autism. – 2005. – T. 9. – №. 1. – P. 69-82.
197. Ridgway, A.F. Video capture of symbolic activity in toddler initiated play / A.F. Ridgway //Video Journal of Education and Pedagogy. – 2018. – T. 3. – №. 1. – P. 1-14.

198. Ridgway, A. Visual narrative methodology in educational research with babies: Triadic play in babies' room / A. Ridgway, L. Li, G. Quiñones // Video Journal of Education and Pedagogy. – 2016. – T. 1. – №. 1. – P. 1-18.
199. Rimland, B. Infantile autism. / B. Rimland // N.Y.: Appleton-Century-Crofts, 1964.
200. Robins, D.L. The Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) / D.L. Robins., D. Fein, M. Barton, 1999.
201. Rosenthal, J. A comparison of cognitive development in normal and psychotic children in the first two years of life from home movies/ J. Rosenthal, H. Massie, K. Wulff // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 1980. – T. 10. – №. 4. – P. 433-444.
202. Saint-Georges, C. What studies of family home movies can teach us about autistic infants: A literature review / C. Saint-Georges et al. // Research in Autism Spectrum Disorders. – 2010. – T. 4. – №. 3. – P. 355-366.
203. Schopler, E. The Childhood Autism Rating Scale (CARS). / E. Schopler, R. Reichler, B. Renner // Los Angeles: Western Psychological Services, 1988.
204. Shapiro, V. Infant-parent psychotherapy on behalf of a child in a critical nutritional state / V. Shapiro, S. Fraiberg, E. Adelson // The Psychoanalytic Study of the Child. – 1976. – T. 31. – №. 1. – C. 461-491.
205. Shic, F. Speech disturbs face scanning in 6-month-old infants who develop autism spectrum disorder / F. Shic, S. Macari, K. Chawarska // Biological psychiatry. – 2014. – T. 75. – №. 3. – P. 231-237.
206. Shumway, S. Communicative acts of children with autism spectrum disorders in the second year of life. / S. Shumway, A. Wetherby // M. – 2009.
207. Sparrow, S.S. Diagnostic uses of the vineland adaptive behavior scales / S.S. Sparrow, D.V. Cicchetti // Journal of Pediatric Psychology. – 1985. – T. 10. – №. 2. – P. 215-225.
208. Still Face. Experiment by E. Tronick. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=YTTSXc6sARg>

209. Tronick, E. Emotions and emotional communication / E. Tronick // *American Psychologist*. 1989. – 44(2). – P. 112-119.
210. Wagner-Willi, M. Video Analysis: Methodology and Methods. *Multidimensional Analysis of Video-Data.* / M. Wagner-Willi, H. Knoblauch, B. Schnettler, J. Raab, H.-G. Soeffner (Eds.) // Frankfurt: Peter Lang. – 2006. – P. 143–153
211. Wang, Q. Operationalizing atypical gaze in toddlers with autism spectrum disorders: a cohesion-based approach / Q. Wang et al. // *Molecular autism*. – 2018. – T. 9. – P. 1-9.
212. Werner, E. Validation of the phenomenon of autistic regression using home videotapes / E. Werner, G. Dawson // *Archives of general psychiatry*. – 2005. – T. 62. – №. 8. – P. 889-895.
213. Wetherby, A.M. Validity and reliability of the communication and symbolic behavior scales developmental profile with very young children / A.M. Wetherby et al. – 2002.
214. Wetherby, A.M. Enhancing language and communication development in autism spectrum disorders: Assessment and intervention guidelines / A.M. Wetherby, B.M. Prizant // *Autism Spectrum Disorders* – Routledge, 2004. – P. 334-372.
215. Wetherby, A.M. Communication and symbolic behavior scales / A.M. Wetherby, B.M. Prizant, M. Barry – 1990.
216. Wetherby, A.M. Communicative, social/affective, and symbolic profiles of young children with autism and pervasive developmental disorders/ A.M. Wetherby, B.M. Prizant, T.A. Hutchinson // *American Journal of Speech-Language Pathology*. – 1998. – T. 7. – №. 2. – P. 79-91.
217. Wiles, R. Visual ethics: Ethical issues in visual research. / R. Wiles et al. – 2008.

218. Wing, L. The prevalence of early childhood autism: comparison of administrative and epidemiological studies/ L. Wing et al. // *Psychological medicine*. – 1976. – T. 6. – №. 1. – P. 89-100.
219. Yang S., Vineland adaptive behavior scales: II profile of young children with autism spectrum disorder / S. Yang, J.M. Paynter, L. Gilmore // *Journal of autism and developmental disorders*. – 2016. – T. 46. – P. 64-73.
220. Zakian, A. et al. Signes précoces de l'autisme et films familiaux: une nouvelle étude par cotuteurs informés et non informés du diagnostic / A. Zakian et al. // *L'Encéphale (Paris)*. – 2000. – T. 26. – №. 2. – P. 38-44.
221. Zappella, M. What do home videos tell us about early motor and socio-communicative behaviours in children with autistic features during the second year of life—An exploratory study / M. Zappella, et al. // *Early human development*. – 2015. – T. 91. – №. 10. – P. 569-575.
222. Zwaigenbaum L. Early Identification of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. / L. Zwaigenbaum, M.L. Bauman, D. Fein // *Pediatrics*. 2015. Vol.136, P.10– 40. doi:10.1542/peds.2014-3667c.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Сбор анамнестических данных. Группа 3

Бланк фиксации данных о развитии ребенка на первом и втором годах жизни

В каком возрасте возникло беспокойство, что с ребенком что-то не так?

В каком возрасте ребенку установлен диагноз?

В каком возрасте получена первая консультация врача по профилю проблемы?

В каком возрасте получена первая консультация специалиста психолого-педагогической помощи (дефектолога, логопеда, психолога)?

Какой по счёту была беременность и как она протекала?

Роды (срок, как, оценка по Апгар)

Сон на первом году жизни (легко ли ребенок установил режим сна и бодрствования? Как часто просыпался ночью? Крепкий и продолжительный был ли сон?):

Сон на втором году жизни (легко ли ребенок продолжал соблюдать режим сна и бодрствования? Как часто просыпался ночью? Крепкий и продолжительный был ли сон?):

Аппетит:

- грудное вскармливание (было ли до до какого возраста. Как активно ребенок брал грудь?)

на 1-ом мес. маме почалась
вскармливание грудью, - не получалась с 1-го
мес. жизни - ИВ

- ввод прикорма (легко ли давался? Были ли трудности с вводом некоторых блюд?)

Ввели пюре из овощей с пюре вводимое консервы. Пюре кусочками не принимал.

- принимал ли ребенок соску?

да

Удобно ли было кормить ребенка/держать на руках

да

Заболевания (имелись ли на первом и втором году жизни? Какие? Как часто?)

нет

Моторное развитие (указать, возраст, в котором ребенок освоил навык):

- Держать головку - с 2 мес.
- Переворачиваться - с 3-4 мес.
- Сидеть - 1 год 3 мес.
- Стоять - 7 мес.
- Ползать - 7 мес.
- Ходить за ручку - 1 год 1 мес.
- Ходить самостоятельно - 1 год 2 мес.

Речевое развитие (указать, возраст, в котором ребенок освоил навык и активное ли было проявление):

- Гуление - 3 мес.
- Лепет - 11 мес.
- Первые слова (какие?) - нет. Только в 2 года
- Коммуникативные жесты: да-нет, привет-пока - в 2 года
- Фразы - нет
- Указательный жест - нет (до сих пор не появился)

Эмоциональное развитие (указать, возраст, в котором ребенок освоил навык и активное ли было проявление):

- Зрительный контакт - *был достигнут с 2-х месяцев. Фокус на лицах взрослых.*
- Улыбка - *в 1 мес.*
- Комплекс оживления (замирал ли ребенок/улыбался ли/вокализировал при виде близкого взрослого. Было ли это проявление активным и с какого возраста появилось) - *не активно, был.*
- Привлекал ли ребенок к себе внимания/требовал ли общения от близкого взрослого - *нет*
- Любил ли ребенок сидеть на руках - *нет*
- Выделение мамы - *с 2 лет*
- Страх чужих - *нет.*
- Эмоциональные игры (ладушки, в ямку бух, сорока-белобока). Любил ли играть/играл ли? - *не активно*
- Подходы на ручки (подходил ли ребенок жалеться на ручки к близкому взрослому и если да, с какого возраста?) - *с 2 лет*
- Привязанность (следовал ли за близким взрослым и если да, с какого возраста?) - *с 2 лет*

Страхи (наблюдались ли, в каком возрасте):

- Бытовых приборов - *нет*
- Новых игрушек/одежды - *нет*
- Тактильных ощущений - *нет*
- Другое - *плачет все же при заходе солнца (с 12.5 мес). Страх гирьки с 12.5 мес.*

Культурно-гигиенические навыки и навыки самообслуживания (как ребенок осваивал процедуры, в каком возрасте)

- Еда ложкой - *нет*
- Питье из чашки - *нет*
- Горшок - *нет (страх с 12.5 мес)*
- Раздевание - *нет.*
- Доступно ли было ребенку выполнение простых инструкций на втором году жизни («выброси мусор», «неси бутылочку», «снимай шапку») -

нет

(Доступно ли ребенку подражание на первом/втором году жизни (покажи, как птички полетели или покажи, как ехала машина или покажи, какой ты большой или покажи, как мишка ножкой топ) и если да, с какого возраста – *нет*

Наблюдались ли в развитии потери навыков – *нет*

(Наблюдаются ли у ребенка странные движения и действия, с какого возраста:

- Кружения - *нет*
- Бег по кругу - *с 12 мес.*
- Игры с пальчиками - *с 12 мес.*
- Зажмуривания глаз - *—*
- Ходьба на цыпочках - *с 12 мес (шлепки)*
- Потряхивания руками рук - *нет*
- Иное - *кружение и шлепки с 12 мес.*

Легко ли ребенок успокаивался во время взаимодействия

- Первый год жизни - *да*
- Второй год жизни - *нет*

Как ребенок реагировал на других детей:

- (• на первом году жизни *нет*
- на втором году жизни *нет*

Бланк фиксации данных о развитии ребенка на первом и втором годах жизни

1. Возникало ли у Вас беспокойство о развитии ребенка?

нет

Если нет – вопросы 2-5 следует пропустить.

2. В каком возрасте возникло беспокойство, что с ребенком что-то не так?

—

3. В каком возрасте ребенку установлен диагноз?

—

4. В каком возрасте получена первая консультация врача по профилю проблемы?

—

5. В каком возрасте получена первая консультация специалиста психолого-педагогической помощи (дефектолога, логопеда, психолога)?

—

6. Какой по счёту была беременность и как она протекала?

2 беременность / нормально

7. Роды (срок, как, оценка по Апгар)

в срок, не кесарево (норма)

8. Сон на первом году жизни (легко ли ребенок установил режим сна и бодрствования? Как часто просыпался ночью? Крепкий и продолжительный был ли сон?)

*Нормально (по шкале Апгар)
(сариелу
бреду)*

9. Сон на втором году жизни (легко ли ребенок продолжал соблюдать режим сна и бодрствования? Как часто просыпался ночью?

Крепкий и продолжительный был ли сон?)

*Нормально
12.11.*

10. Аппетит:

- грудное вскармливание (было/нет, до какого возраста. Как активно ребенок брал грудь?) *было 1 мес / не активно но тут же по воле ребенка, а из-за особенностей сосков мамы*
- ввод прикорма (легко ли давался? Были ли трудности с вводом некоторых блюд?) *нет.*
- принимал ли ребенок соску? *да*

11. Удобно ли было кормить ребенка/держать на руках

12. Заболевания (имелись ли на первом и втором году жизни? Какие? Как часто?) *нет.*

13. Моторное развитие (указать, возраст, в котором ребенок освоил навык):

- Держать головку - *1 мес.*
- Переворачиваться - *3 мес*
- Сидеть - *8 мес*
- Стоять - *10 мес*
- Ползать - *6 мес*
- Ходить за ручку - *нет в 1 год*
- Ходить самостоятельно - *в 1,1 мес*

14. Речевое развитие (указать, возраст, в котором ребенок освоил навык и активное ли было проявление):

- Гуление - *3-4 мес*
- Лепет - *6-7 мес*
- Первые слова (какие?) - *в 11 мес*
- Коммуникативные жесты: да-нет, привет-пока - *да, с 11 мес.*

- Фразы - *1,6 мес*
- Указательный жест - *6 мес*

15. Эмоциональное развитие (указать, возраст, в котором ребенок освоил навык и активное ли было проявление):

- Зрительный контакт - *3 всегда*
- Улыбка -
- Комплекс оживления (замирал ли ребенок/улыбался ли/вокализировал при виде близкого взрослого. Было ли это проявление активным и с какого возраста появилось) - *да*
- Привлекал ли ребенок к себе внимания/требовал ли общения от близкого взрослого -
- Любил ли ребенок сидеть на руках - *да*
- Выделение мамы - *да*
- Страх чужих - *да*
- Эмоциональные игры (ладушки, в ямку бух, сорока-белобока). Любил ли играть/играл ли? - *всегда*
- Подходы на ручки (подходил ли ребенок жалеться на ручки к близкому взрослому и если да, с какого возраста?) - *да в 1 год*
- Привязанность (следовал ли за близким взрослым и если да, с какого возраста?) - *да*

16. Страхи (наблюдались ли, в каком возрасте):

- Бытовых приборов - *нет*
- Новых игрушек/одежды - *нет/нет*
- Тактильных ощущений - *нет / только подрасставание*
- Другое -

17. Культурно-гигиенические навыки и навыки самообслуживания (как ребенок осваивал процедуры, в каком возрасте)

- Еда ложкой - *после 2х*
- Питье из чашки - *после 2х*
- Горшок - *после 2х*

- Раздевание - *после 2х*

18. Доступно ли было ребенку выполнение простых инструкций на втором году жизни («выброси мусор», «неси бутылочку», «снимай шапку») – *да / да / да*

19. Доступно ли ребенку подражание на первом/втором году жизни (покажи, как птички полетели или покажи, как ехала машина или покажи, какой ты большой или покажи, как мишка ножкой топ) и если да, с какого возраста – *с 1 года*

20. Наблюдались ли в развитии потери навыков – *нет*

21. Наблюдаются ли у ребенка странные движения и действия, с какого возраста:

- Кружения -
- Бег по кругу -
- Игры с пальчиками -
- Зажмуривания глаз -
- Ходьба на цыпочках -
- Потряхивания руками рук -
- Иное –

нет

22. Легко ли ребенок успокаивался во время взаимодействия

- Первый год жизни - *да*
- Второй год жизни – *да*

23. Как ребенок реагировал на других детей:

- на первом году жизни
- на втором году жизни */ боится*

Сбор анамнестических данных. Группа 3

Бланк фиксации данных о развитии ребенка на первом и втором годах жизни

1. Возникло ли у Вас беспокойство о развитии ребенка?

Если нет – вопросы 2-5 следует пропустить.

2. В каком возрасте возникло беспокойство, что с ребенком что-то не так и что именно казалось не типичным? 2 года

3. В каком возрасте ребенку установлен диагноз?

не установлен

4. В каком возрасте получена первая консультация врача по профилю проблемы? 3,3 года

5. В каком возрасте получена первая консультация специалиста психолого-педагогической помощи (дефектолога, логопеда, психолога)? 3 года

6. Какой по счёту была беременность и как она протекала? 2-я
1 триместр - угроза прерывания (несколько)

7. Роды (срок, как, оценка по Апгар) - роды 2-е, 40 нед, естественные
срочные 7/8

8. Сон на первом году жизни (легко ли ребенок установил режим сна и бодрствования? Как часто просыпался ночью? Крепкий и продолжительный был ли сон?) Режим бодрств. и сна установлен. Легко, спал ночью с 4 мес (с 23:00 - 6:00), ночью не просыпался (если только в период прорез. зубов или простудн. забол.)

9. Сон на втором году жизни (легко ли ребенок продолжал соблюдать режим сна и бодрствования? Как часто просыпался ночью?

Крепкий и продолжительный был ли сон?)

Да, сон был такой же, без проблем. Режим дня четкий.

10. Аппетит:

- грудное вскармливание (было/нет, до какого возраста. Как активно ребенок брал грудь?) Да, до 1,4 мес., брал грудь активно, ел с аппетитом и по требованию.
- ввод прикорма (легко ли давался? Были ли трудности с вводом некоторых блюд?) 7 мес.; да, хорошо, без сложностей. Говорю только после года и без аппетита, но потом всё хорошо.
- принимал ли ребенок соску? нет

11. Удобно ли было кормить ребенка/держать на руках

Да

12. Заболевания (имелись ли на первом и втором году жизни? Какие?

Как часто?) Простудные, часто, при любой смене климата.

13. Моторное развитие (указать, возраст, в котором ребенок освоил навык):

- Держать головку - 1 - 1,5 мес.
- Переворачиваться - 6 мес.
- Сидеть - 7 мес.
- Стоять - 9 мес.
- Ползать - 7,5 мес.
- Ходить за ручку - 10 мес.
- Ходить самостоятельно - 11 мес - 1 год.

14. Речевое развитие (указать, возраст, в котором ребенок освоил навык и активное ли было проявление):

- Гуление - } по возрасту
- лепет - }
- Первые слова (какие?) - мама, мамочка, 8-9 мес.
- Коммуникативные жесты: да-нет, привет-пока - 7-9 мес.

- Фразы - *мало, 1,5 г.*
- Указательный жест - *1,2 - 1,5 г. м.*

15. Эмоциональное развитие (указать, возраст, в котором ребенок

освоил навык и активное ли было проявление): *все по возрасту без задержек.*

- Зрительный контакт - *да*
- Улыбка - *да*
- Комплекс оживления (замирал ли ребенок/улыбался ли/вокализировал при виде близкого взрослого. Было ли это проявление активным и с какого возраста появилось) - *да*
- Привлекал ли ребенок к себе внимания/требовал ли общения от близкого взрослого - *да*
- Любил ли ребенок сидеть на руках - *да*
- Выделение мамы - *да*
- Страх чужих - *никогда, мало*
- Эмоциональные игры (ладушки, в ямку бух, сорока-белобока). Любил ли играть/играл ли? - *с 7 мес., да, очень*
- Подходы на ручки (подходил ли ребенок жалеться на ручки к близкому взрослому и если да, с какого возраста?) - *да, с 1,2 года*
- Привязанность (следовал ли за близким взрослым и если да, с какого возраста?) - *да*

16. Страхи (наблюдались ли, в каком возрасте):

- Бытовых приборов - *нет*
- Новых игрушек/одежды - *нет, с 2-х лет иногда не нравилась новая обувь, но быстро прошло*
- Тактильных ощущений - *нет*
- Другое —

17. Культурно-гигиенические навыки и навыки самообслуживания

(как ребенок осваивал процедуры, в каком возрасте)

- Еда ложкой - *начал проявлять интерес сам к 1,2, 1,2 - 3 мес - сам.*
- Питье из чашки - *1,5 г.*
- Горшок - *сначала 1,2 мес., потом 2,5 г.*

Приложение Б

Описание детей исследуемых групп

Описание выборки детей группы 1: расстройства аутистического спектра

Пример 1: Мальчик О., 2 года 6 месяцев.

Диагноз: РАС (F.84.02)

Наблюдения во время первичного приема: Вход в помещение с плачем. После того, как увидел игровое пространство, успокоился. Интересуется игрушками: берет фигурки по интересам, выполняет ими однообразные и стереотипно повторяемые действия. В игровое взаимодействие не пускает, на комментарии со стороны взрослого не реагирует. Речевая регуляция затруднена. Может переключить внимание, если взрослый предлагает предмет из сферы интересов ребенка: книга с любимыми героями из мультфильма, фигурки, продолжающие ряд героев. Зрительный контакт затруднен, мимолетен. В речи присутствуют лепетные слова, в речевом потоке редко можно разобрать отдельные слова, относящиеся к игровой ситуации. Присутствует оральное обследование предметов.

Анамнез: Ребенок от экстракорпорального оплодотворения. Третья беременность, первые роды. Без патологии, путем планового Кесарева сечения. Оценка по шкале Апгар 9 баллов.

На первом году спал хорошо. Был на грудном вскармливании, которое продолжается до настоящего времени. Грудь сосал активно. Прикорм со второго полугодия жизни вводился без трудностей. С 1-го месяца жизни улыбался, не всегда адресно, с 3 месяцев ускользающе смотрел на мать, оживлялся, при оживлении наблюдалась слабая вокализация. Речевое развитие: гуление с 3 месяцев, лепет с 6 месяцев. В 11 месяцев появились первые слова: *papa* и *иди*, не обращенные к людям. Пополнения словаря новыми словами не происходило. До

настоящего времени не произносил направленных слов. С 1 года 9 месяцев появилось непонятное говорение на «тарабарском» языке.

Стадии моторного развития развивались следующим образом: держание головы – 1 месяц, перевороты – с 2 месяцев, ползание с 4,5 месяцев, стояние у опоры с 7 месяцев, самостоятельное сидение с 8,5 месяцев, в это же время мальчик стал ходить за ручку, в 9 месяцев освоил самостоятельную ходьбу.

С 6 месяцев у ребенка появился сильный страх перед мухами. В это же время появилась реакция на резкие звуки. Страх чужих людей не отмечался. Указательного жеста не было.

Навыки самообслуживания формировались с трудом: с 2 лет ребенок стал есть ложкой, в 2 года 5 месяцев разрешил посадить себя на горшок (с 1,6 кричал при виде горшка).

С 1,5 лет посещает дошкольное учреждение, однако детей не замечает и не взаимодействует с ними. В основных режимных моментах участвует. Имеет трудности с приемом пищи внутри учреждения – выраженную избирательность.

В 1 год 6 месяцев ребенок стал меньше смотреть близким взрослым в глаза. В это же время появилось зажмуривание глаз и мальчик стал часто бегать по кругу. Появились трудности с ночным засыпанием. В 1 год 7 месяцев перенес отит.

Пример 2: Девочка М., 4 года 5 месяцев.

Наблюдения во время первичного приема: На вход в помещение реагирует криком, затем плачем. Через 10 минут успокаивается, начинает рассматривать игрушки на полке. К близкому взрослому за утешением в момент расстройств не подходит. Берет игрушки с полки из любимого мультфильма «Маша и Медведь». Садится за стол и начинает стереотипно проговаривать фразы за героев из мультфильма. Не даёт прервать свою деятельность. На прерывание реагирует криком. Глазному контакту мало доступна. Не поддерживает диалог, несмотря на имеющиеся речевые возможности (овладение фразовой речью).

Анамнез: Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне токсикоза. Имело место возникновение ретрохоральной гематомы у матери. Роды

самостоятельные, в срок, с использованием вакуумной стимуляции плода. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов.

С рождения на искусственном вскармливании. Сосание активное. Спала в период младенчества спокойно, с длительным уходом в сон. Дневной сон только во время прогулки, на свежем воздухе и в коляске. Соску брала. Прикорм без особенностей, но с узким рационом до 3 лет в связи с аллергическими реакциями.

Стадии моторного развития: поползла (5 месяцев), села (4,5 месяца), встал у опоры (6 месяцев), пошла самостоятельно (10 месяцев).

Речевое развитие: агуканье, гуление, лепет – в срок, первые слова в 8 месяцев («папа идёт» на приход отца с работы). В 1,1 фраза: «ой, кошка пробежала», «пойдём на маленькую площадку». Речь использовалась в основном как комментарий, не было персональных обращений, не развивался диалог. Указательный жест появился в 10 месяцев, но при показе девочка не смотрела на взрослого. С младенчества не всегда оборачивалась на голос близкого взрослого, не всегда откликалась на имя, в глаза смотрела редко, чаще при повышении голоса взрослого или необычной интонации. В свою игру с предметами не впускала. Страх чужих был отмечен на пожилую женщину соседку в очках с громким голосом, высокого роста. Наблюдались трудности с адаптацией к автокреслу: длительное время не могла привыкнуть (2 года), отталкивала близких взрослых, кричала, плакала. Любила залезать на высоту, трудно было уговорить спуститься.

С 1,5 лет наблюдались шаблонные фразы (из мультфильмов, песен, книжек, ярких жизненных ситуаций), использовала в контексте происходящего, при этом произвольной коммуникативной речи было минимально.

С детьми к контакту на втором году жизни не стремилась, на третьем году активно избегала ситуаций утренников.

Нравились предметы с колесами: роликовые коньки, самокаты, велосипеды, машины и пр. В 1,5 года каталась на самокате самостоятельно. С близким взрослым впечатлениями не делилась. Могла увлечься прогулкой по улице, идти, не держа в

поле зрения близкого взрослого. С 1,5 лет увлеклась книгами, с большим интересом слушала чтение, побуждала взрослого читать. Привязанность к матери была выражена следующим образом: мать как будто и не нужна, но при этом было важно, чтобы была (со слов матери). Формирование навыков самообслуживания происходило с задержкой.

Описание выборки детей группы 2: нейротипичное развитие.

Пример 1: Мальчик В., 2 года 7 месяцев.

Диагноз: отсутствует.

Наблюдения во время первичного приема: Ребенок поздоровался с психологом в коридоре, последовал вместе с мамой за психологом и на вопрос: «во что ты любишь играть?» В. стал перечислять игры и игрушки, в которые играл последнее время. Мальчик оглядел игровое пространство, но не увидев машин на полках, посмотрел на маму и произнес: «хочу играть в машины». Психолог выдвинула коробку с машинами. Мальчик выразил радостное оживление и стал доставать машины из коробки по одной, внимательно разглядывая их и называя. По завершении исследования коробки у В. получилась куча с машинами на ковре. В. округлил глаза на кучу и стал расставлять машинки в ряд, по одной, комментировать при этом свои действия и озвучивать шум мотора у машин. На вопрос психолога: «Куда машины едут?», ребенок ответил: «на мойку». Мама дала комментарий того, что вчера сын ездил на мойку с супругом и ему был интересен этот процесс. Психолог предложила взять пульверизатор и пену, чтобы поиграть в мойку. Мальчик выразил радость. В. стал с интересом поливать пеной машины, мыть, а затем вытирать их. Мальчик комментировал происходящее, привлекал внимание близкого взрослого к тому, как играет. Ребенок был увлечен данной игрой 15 минут. Далее В. подошёл к маме и попросил у нее попить, а затем продолжил игру с машинами.

Анамнез: Ребенок от 2 беременности, протекавшей без особенностей, с непродолжительным токсикозом в первый триместр. Роды в срок, самостоятельные. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов.

С рождения и до 11 месяцев ребенок принимал грудное вскармливание. Вовремя принимал прикорм, без особенностей. Сосание груди активное. В. хорошо спал. По нормам прибавлял в весе и в росте.

Стадии моторного развития: ползание (7 месяцев), сел (7 месяцев), встал у опоры (9 месяцев), пошёл самостоятельно (12 месяцев).

Речевое развитие: агуканье, гуление – в срок, лепет – активный, с 6 месяцев, первые слова – 13 месяцев (мама, папа, баба, Диня, дай, ака (пока), киса). Указательный жест с 9 месяцев, жесты «нет», «да», «пока» – с 10 месяцев. Страх чужих был отмечен в 9 месяцев. Формирование навыков самообслуживания по возрасту. С 1,6 В. посещает группу кратковременного пребывания в саду, адаптация проходила без особенностей.

Пример 2: Девочка П., 4 года 3 месяца.

Диагноз: отсутствует.

Наблюдения во время первичного приема: Ребенок зашёл в комнату на приглашение поиграть раньше близкого взрослого. При этом девочка смотрела на реакцию матери и ожидала разрешения пройти в игровую. На вопрос о том, во что П. любит играть, девочка ответила: «Я люблю играть с пони». Психолог достала коробку с игрушками, в которой находились пони, и девочка эмоционально ярко на это отреагировала. П. выбрала себе трех героев, обозначив их членами семьи девочки: мама, папа, я. П. оглядела игровую и увидев домик и коробку с мебелью на стеллаже, попросила эти игрушки у психолога. После чего девочка стала обустривать дом для пони, комментируя развернуто то, что происходит в данный момент: «Вот кроватьку я поставлю тут, рядом с кроватькой мамы и папы». Затем девочка приняла предложение психолога приготовить для пони еду, с интересом стала лепить разные колбаски и блинчики. П. рассказала о том, что любит есть сама

и что ела перед приходом; расставила тарелочки для пони и, комментируя происходящее накормила их, затем уложила спать в кроватки.

Анамнез: Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей, с непродолжительным токсикозом в первый триместр. Роды в срок, самостоятельные. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов.

С рождения девочка принимала грудное вскармливание, с 3 месяцев мать перевела ребенка на искусственное вскармливание по причине удобства для матери. Сосание активное. Сон хороший. П. без проблем принимала прикорм, по нормам прибавляла в весе.

Стадии моторного развития: ползание (6 месяцев), села (6 месяцев), встала у опоры (8 месяцев), пошла самостоятельно (11,5 месяцев).

Речевое развитие: агуканье, гуление – в срок, лепет – активный, с 6 месяцев, первые слова – 12 месяцев (мама, папа, баба, деда, дай, ка-ка (пока), Зей (имя собаки Джей). Указательный жест, жесты «нет» и «да» – с 9 месяцев. «Страх чужих» был отмечен в 8 месяцев. Формирование навыков самообслуживания по возрасту.

Описание выборки детей группы 3: задержка психоречевого развития.

Пример 1: Мальчик В., 2 года.

Диагноз: ЗПРР (F.80.9)

Наблюдения во время первичного приема: Ребенок зашёл в комнату вслед за мамой. Мама села на стул, мальчик прижался к ней, поглядывая робко на психолога. После привлечения к эмоциональному контакту В. поднял голову, улыбнулся, заинтересовался предложенными игрушками (машинки и горки). В. стал наблюдать за тем, как психолог катает машинку с горки, отошёл от мамы, стал выполнять показанные ребенку действия с машинкой. В момент кульминации игры (когда машинка скатывалась вниз) В. улыбался, оборачивал взгляд на маму, улыбался ещё более выразительно в ответ на её улыбку и возвращался к действию. Спустя 2 минуты после начала игры встал, пошёл исследовать игровое пространство. Мальчик получал удовольствие от перемещения в новом месте,

особенно увлекало ходить вдоль стены и сильно топтать ножками по разным поверхностям (ламинат, ковёр, кафельная плитка). При этом В., испытывая разными ощущения от передвижения в пространстве, смотрел на близкого взрослого и улыбался от комментария мамы: «Как В. нравится топтать ножками». Через некоторое время мальчик взял машинку, принёс её близкому взрослому, показал и пошёл запускать её с горки. К играм с психологом привлекался, но часто оглядывался на мать. При побуждении мамы играть – продолжал действовать, затем вновь получал удовольствие от перемещения в пространстве по разным поверхностям. Речевая активность была представлена отдельным лепетом, слова не появились, что и вызывало у семьи беспокойство о развитии В.

Анамнез: Беременность наступила естественно. На 12-неделе протекания открылось кровотечение, наблюдалась угрозой выкидыша. Матери был назначен двухмесячный постельный режим. В третьем триместре мать перенесла в легкой форме коронавирусом. В. родился в результате планового Кесарева сечения на 40-й неделе. 4050г, 51 см, 9/10 по шкале Апгар. В первый месяц наблюдался слабый сосательный рефлекс. К концу первого месяца мальчик был переведен на искусственное вскармливание.

На первом году жизни был очень спокойным, отставал в моторном развитии. В период младенчества проходил 4 курса массажа и физиотерапии, после процедур были отмечены небольшие скачки моторных навыков. Перевернулся на спину в 5 месяцев, сел и пополз на четвереньках в районе 9 месяцев, ходьба вдоль опоры в 10 месяцев, самостоятельная в 1 год 1 месяц.

Взрослого оживлялся активно, был улыбчив, много наблюдал за действиями матери.

Гуление с 3 месяцев, лепет с 6 месяцев, не активный. Задержка в появлении первых слов. Жесты «да», «нет», «привет», «пока» с 1,5 лет. К 2-м годам начал произносить слово «да» в ситуации коммуникации. После года понимал, что говорят, исполнял бытовые просьбы.

Пример 2: Мальчик Т., 2 года.

Диагноз: ЗППР (F.80.1)

Наблюдения во время первичного приема: Мальчик заходит в комнату вместе с родителями и сразу обращает внимание на игрушки в комнате. Заметно, что ему хочется играть, однако первое время не отходит от родителей и лишь наблюдает и улыбается психологу, вскоре начинает изучать новое пространство, отходя каждый раз от родителей дальше, но оборачиваясь на них. Периодически приносит игрушки маме и папе. Достаточно быстро входит в эмоциональный контакт со специалистом. Деятельность мальчика носит предметный характер с элементами социальных действий: катает машинки, загружает маленькие предметы внутрь, наливает чай в чашки и имитирует, что пьет, кормит животных, купает их. Жестами при общении мальчик пользуется: машет «пока-привет», «да-нет», воздушный поцелуй, пальчиком показывает на интересующий предмет. В речи присутствуют звукоподражания (около 10) и 5 слов, которые направлены на коммуникацию с близким взрослым: «папа», «мама», «отдай», «этот», «тихо», «а это?». Мальчик ориентируется на реакции родителей, видно, что ждет похвалы и одобрения, однако также наблюдаются и агрессивные реакции, если родители берут игрушки, которые мальчик им еще не предлагал или если во время игры у него что-то не получается. Родители пришли с запросом на запуск речи и уменьшении нежелательного поведения.

Анамнез: Ребенок от 2 беременности, протекавшей без особенностей, с непродолжительным токсикозом в первый и третий триместры. Роды в срок, стремительные, самостоятельные. Оценка по шкале Апгар – 8-9 баллов.

С рождения и до 8 месяцев был на грудном вскармливании. Сосание активное. Сон беспокойный. Консультировался по этой причине ежемесячно у невролога. Стадии моторного развития с задержкой: ползание в 8 месяцев, сел в 8 месяцев, встал у опоры в 11 месяцев, пошёл самостоятельно в 1 год 3 месяца. Проходил курсами массаж.

Речевое развитие: агуканье, гуление – в срок, лепет – неактивный, с 8 месяцев, первые слова – 1 год 6 месяцев (мама, папа, баба, деда, дай, ка-ка (пока),

би-би. Указательный жест, жесты «нет» и «да» – с 12 месяцев. «Страх чужих» был отмечен в год. Формирование навыков самообслуживания с незначительной задержкой по возрасту.

Приложение В

**Результаты оценки проявления компонентов КО у ребёнка 2–6
месяцев. 3.1. Группа 1. Случай 1.**

Тип реагирования	Эпизоды	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		3	3	3	4	4	4	4	5	5	5	5	6	6	6	6	6
		м	м	м	м	м	м	м	м	м	м	м	м	м	м	м	м
На человека	Выраженность сосредоточения	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	1
	Выраженность улыбки	0	1	1	1	2	2	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0
	Выраженность двигательного оживления	3	3	1	3	3	3	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2
	Выраженность вокализации	0	2	0	2	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0
На сенсорный раздражитель	Выраженность сосредоточения	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Выраженность улыбки	2	1	1	2	2	1	0	0	0	0	0	1	2	1	0	1
	Выраженность двигательного оживления	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3
	Выраженность вокализации	1	2	1	1	0	1	1	0	2	2	2	0	0	2	0	1

3.2. Группа 2. Случай 1.

Тип реагирования	Эпизоды	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		3	3	3	3	4	4	4	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6
		м	м	м	м	м	м	м	м	м	м	м	м	м	м	м	м	
На человека	Выраженность сосредоточения	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	Выраженность улыбки	1	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	
	Выраженность двигательного оживления	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	Выраженность вокализации	1	2	3	3	3	3	1	2	2	0	1	2	2	3	3	3	
На сенсорный раздражитель	Выраженность сосредоточения	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	Выраженность улыбки	1	1	3	3	2	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	
	Выраженность двигательного оживления	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	
	Выраженность вокализации	2	2	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	

3.3. Группа 3. Случай 1.

Тип реагирования	Эпизоды	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		3	3	3	4	4	4	4	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6
		м	м	м	м	м	м	м	м	м	м	м	м	м	м	м	м	
На человека	Выраженность сосредоточения	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	2	3	3	

	Выраженность улыбки	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3
	Выраженность двигательного оживления	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
	Выраженность вокализации	0	1	1	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
На сенсорный раздражитель	Выраженность сосредоточения	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Выраженность улыбки	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	2	0	2	1
	Выраженность двигательного оживления	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3
	Выраженность вокализации	0	0	2	2	0	0	2	3	2	3	3	1	0	0	1	0

Приложение Г

4.1. Среднее значение проявления компонентов комплекса оживления в группе 1.

Тип ситуации реагирования	Компонент комплекса оживления	Случай/средний балл									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
На человека	Сосредоточение	1,3	2	1,9	1,3	1,6	2,4	2,5	1,5	1,7	1,5
	Улыбка	1,2	1,7	1,4	0,7	0,6	0,9	2,1	1,2	1	1,6
	Двигательное оживление	1,3	1,8	1,1	2	1,5	2	2	1,8	1,9	1,7
	Вокализация	2,1	1,3	1,2	0,8	1,4	1	1,6	1,3	1,5	0,7
На сенсорный стимул	Сосредоточение	2,8	2,6	1,8	1	2,5	3	3	2,5	2,8	2
	Улыбка	0,4	0,3	1,4	0	0	0,3	0	0,5	0,8	2
	Двигательное оживление	2,1	2,1	1,4	2	2	2,6	1,5	1,8	2	3
	Вокализация	1,3	1,4	1,6	1	1	1,1	1	1,2	1	1

4.2. Среднее значение проявления компонентов комплекса оживления в группе 2.

Тип ситуации реагирования	Компонент комплекса оживления	Случай/средний балл									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
На человека	Сосредоточение	3	3	3	2,9	3	3	3	3	2,6	2,9
	Улыбка	2,9	1,9	2,7	2,5	2,8	3	2,4	2,5	1,6	2,2
	Двигательное оживление	3	3	3	2,9	3	3	3	3	3	3
	Вокализация	2,5	2,1	1,2	2,6	1,6	2,5	2,1	2,1	2,1	1,3
На сенсорный стимул	Сосредоточение	3	3	3	3	3	2,6	3	3	3	3
	Улыбка	1,3	0,2	0,8	0,5	0,1	0,1	0,4	0,1	0,1	0,2

	Двигательное оживление	3	3	2,9	2,7	3	2,5	2,7	3	2,6	3
	Вокализация	2,1	0,2	0,4	0,1	0,1	0,5	1,2	0,5	0,6	1,8

4.3. Среднее значение проявления компонентов комплекса оживления в группе 3.

Тип ситуации реагирования	Компонент комплекса оживления	Случай/средний балл									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
На человека	Сосредоточение	3	2,4	3	3	2,9	3	2,7	3	3	2,8
	Улыбка	2,8	2,4	2,8	2,5	2,5	2,5	2	2,2	1,6	2,4
	Двигательное оживление	3	2,4	2,8	2,8	2,7	2,7	2,7	2,8	2,5	2,5
	Вокализация	1,7	2,4	2,2	0,9	1,7	1,4	2,7	2,2	2,5	2,5
На сенсорный раздражитель	Сосредоточение	2,7	3	3	3	3	3	3	3	2,8	2,8
	Улыбка	0,2	0,4	0,7	2,4	0,2	0,4	1,8	0,3	0,1	0,3
	Двигательное оживление	3	3	2,8	2,6	2,8	2,7	2,8	2,7	2,3	2,7
	Вокализация	0,7	2,6	0,4	0,4	0,2	2	0,4	1,1	0,7	1

Приложение Д**Средние значения баллов по компонентам комплекса оживления в группах детей.**

Компонент КО	1 (РАС)	2 (НОРМА)	3 (ЗППР)
Сосредоточение на человека	2,13	2,95	2,89
Улыбка на человека	1,11	2,32	2,35
Двигательное оживление на человека	1,75	2,86	2,68
Вокализация на человека	0,97	2,07	1,87
Сосредоточение на сенсорный раздражитель	2,86	2,96	2,97
Улыбка на сенсорный раздражитель	0,77	0,56	0,55
Двигательное оживление на сенсорный раздражитель	2,25	2,77	2,68
Вокализация на сенсорный раздражитель	1,00	0,79	1,12

Приложение Е**Суммарный балл выраженности комплекса оживления в группах.**

Ситуация реагирования	1 (РАС)	2 (НОРМА)	3 (ЗПРР)
Человек	5,96	10,2	9,79
Сенсорный стимул	6,88	7,08	7,32

Приложение Ж

Межгрупповые различия между группами детей по компонентам комплекса оживления.

7.1. Различия по компонентам комплекса оживления на человека

7.1.1. Различия в средних баллах

между группами детей по компоненту «Сосредоточение»

Группы	Разница средних значений	U-критерий Манна-Уитни	Z-критерий	p-value
НОРМА-ЗППР	0,06	218,0000	1,8239	0,0682
НОРМА-РАС	0,82	42,0000	-5,9227	0,0000
ЗППР-РАС	0,76	71,5000	-5,4804	0,0000

7.1.2. Различия в средних баллах

между группами детей по компоненту «Улыбка»

Группы	Разница средних значений	U-критерий Манна-Уитни	Z-критерий	p-value
НОРМА-ЗППР	-0,03	303,5000	0,1649	0,8690
НОРМА-РАС	1,20	42,0000	-5,9227	0,0000
ЗППР-РАС	1,23	12,0000	-6,3725	0,0000

7.1.3. Различия в средних баллах

между группами детей по компоненту «Двигательное оживление»

Группы	Разница средних значений	U-критерий Манна-Уитни	Z-критерий	p-value
НОРМА-ЗППР	0,18	116,0000	3,8030	0,0001
НОРМА-РАС	1,11	22,0000	-6,2226	0,0000
ЗППР-РАС	0,93	44,5000	-5,8852	0,0000

7.1.4. Различия в средних баллах

между группами детей по компоненту «Вокализация»

Группы	Разница	U-критерий	Z-критерий	p-value
--------	---------	------------	------------	---------

	средних значений	Манна-Уитни		
НОРМА-ЗППР	0,20	255,5000	1,0963	0,2730
НОРМА-РАС	1,10	66,5000	-5,5553	0,0000
ЗППР-РАС	0,89	121,5000	-4,7307	0,0000

7.2. Различия по компонентам комплекса оживления на сенсорный стимул

7.2.1. Различия в средних баллах

между группами детей по компоненту «Сосредоточение»

Группы	Разница средних значений	U-критерий Манна-Уитни	Z-критерий	p-value
НОРМА-ЗППР	-0,01	288,5000	-0,4560	0,6484
НОРМА-РАС	0,10	329,5000	-1,6119	0,1070
ЗППР-РАС	0,11	306,5000	-1,9567	0,0504

7.2.2. Различия в средних баллах

между группами детей по компоненту «Улыбка»

Группы	Разница средних значений	U-критерий Манна-Уитни	Z-критерий	p-value
НОРМА-ЗППР	0,01	266,0000	0,8925	0,3721
НОРМА-РАС	-0,21	334,0000	1,5444	0,1225
ЗППР-РАС	-0,22	286,5000	2,2566	0,0240

7.2.3. Различия в средних баллах

между группами детей по компоненту «Двигательное оживление»

Группы	Разница средних значений	U-критерий Манна-Уитни	Z-критерий	p-value
НОРМА-ЗППР	0,10	231,5000	1,5619	0,1183
НОРМА-РАС	0,52	161,0000	-4,1384	0,0000
ЗППР-РАС	0,42	213,5000	-3,3512	0,0008

7.2.4. Различия в средних баллах

между группами детей по компоненту «Вокализация»

Группы	Разница средних значений	U-критерий Манна-Уитни	Z-критерий	p-value
НОРМА-ЗППР	-0,34	201,5000	-2,1440	0,0320
НОРМА-РАС	-0,21	315,5000	1,8218	0,0685
ЗППР-РАС	0,13	411,0000	-0,3899	0,6966

Приложение И

Внутригрупповые различия между группами детей по компонентам комплекса оживления.

8.1. Различия в средних баллах

в реакциях на человека и сенсорного стимула у детей с РАС

Компоненты комплекса оживления	Разница средних значений ЧЕЛОВЕК-ПРЕДМЕТ	T-критерий Вилкоксона	Z-критерий	p-value
Сосредоточение	-0,73	13,0000	4,7796	0,0000
Улыбка	0,34	152,0000	2,6698	0,0076
Двиг. оживл.	-0,50	108,5000	3,3823	0,0007
Вокализация	-0,02	229,5000	0,3625	0,7170

8.2. Различия в средних баллах

в реакциях на человека и сенсорного стимула у нейротипичных детей

Компоненты комплекса оживления	Разница средних значений ЧЕЛОВЕК-ПРЕДМЕТ	T-критерий Вилкоксона	Z-критерий	p-value
Сосредоточение	0,00	38,5000	0,0392	0,9687
Улыбка	1,75	0,0000	4,3724	0,0000
Двиг. оживл.	0,09	62,0000	1,3280	0,1842
Вокализация	1,29	2,0000	4,3186	0,0000

8.3. Различия в средних баллах

в реакциях на человека и сенсорного стимула у детей с ЗППР

Компоненты комплекса оживления	Разница средних значений ЧЕЛОВЕК-ПРЕДМЕТ	T-критерий Вилкоксона	Z-критерий	p-value
Сосредоточение	-0,08	25,5000	2,1976	0,0280
Улыбка	1,79	0,0000	4,3724	0,0000
Двиг. оживл.	0,01	136,0000	0,0608	0,9515

Вокализация	0,75	24,0000	3,7266	0,0002
-------------	------	---------	--------	--------

Приложение К**Список сокращений и условных обозначений**

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ЗПРР — Задержка психоречевого развития

КО — Комплекс оживления

МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра

РАС — Расстройство аутистического спектра