

Особенности поведения игрового терапевта, центрированного на ребенке, в работе с детьми с расстройствами аутистического спектра

Ю.А. Ахламова¹ ✉, С.Г. Вилкова², А.Е. Голубкова³

¹ Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»,
Москва, Российская Федерация

² Российская академия народного хозяйства и государственной службы
при Президенте Российской Федерации, Волгоград, Российская Федерация

³ Санкт-Петербургский государственный университет Высшая школа менеджмента,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

✉ yakhlamova@gmail.com

Резюме

Контекст и актуальность. Дети с расстройствами аутистического спектра (РАС) испытывают трудности в коммуникации, в том числе из-за низкого уровня эмоционального интеллекта. Эффективным методом развития эмоциональной компетентности является игровая терапия, центрированная на ребенке (ИТЦР). Ее результативность зависит не только от методики, но и от личностных качеств терапевта, влияние которых изучено недостаточно. **Цель.** Специализировать ИТЦР для работы с детьми с РАС, проанализировав вербальные и невербальные паттерны поведения терапевта. **Исследовательские вопросы.** Какие категории поведения использует терапевт при ИТЦР с детьми с РАС для установления первичного контакта? Как поведение меняется в зависимости от особенностей ребенка? **Методы и материалы.** В исследовании участвовали трое детей с РАС (5 л. 3-х мес., 5 л. 7-ми мес., 5 л. 11-ти мес.; 2 мальчика, 1 девочка). С каждым проведено восемь 45-минутных игровых сессий (по две в неделю). Поведение терапевта изучали с помощью видеозаписей и включенного наблюдения; терапевтические реакции анализировали контент-анализом; стратегии поведения — методом иерархической кластеризации (метод Уорда). **Результаты.** Контент-анализ выделил 16 категорий высказываний терапевта: укрепление самооценности, отражение действий, возвращение ответственности, эмоциональное присоединение и др. Кластеризация показала три группы сессий: с высоким сходством подходов, умеренными различиями и выраженной индивидуальностью. **Выводы.** Выделенные категории уточняют протокол ИТЦР. Предложен минимальный набор для установления контакта с детьми с РАС. Подтверждена адаптивность терапевта, меняющего поведение в зависимости от этапа терапии и особенностей ребенка. Планируется дальнейшее изучение ИТЦР на расширенной выборке с группами сравнения и акцентом на эффективные стратегии поведения терапевта.

Ключевые слова: игровая терапия, центрированная на ребенке (ИТЦР), расстройства аутистического спектра (РАС), игровой терапевт, вербальное поведение, невербальное поведение, качественный контент-анализ, метод Уорда

Для цитирования: Ахламова, Ю.А., Вилкова, С.Г., Голубкова, А.Е. (2025). Особенности поведения игрового терапевта, центрированного на ребенке, в работе с детьми с расстройствами аутистического спектра. *Аутизм и нарушения развития*, 23(2), 16–23. <https://doi.org/10.17759/autdd.2025230202>

The behavioral characteristics of child centered play therapist in therapy with children with autism spectrum disorders

Y.A. Akhlamova¹ ✉, S.G. Vilkova², A.E. Golubkova³

¹ National Research University “Higher School of Economics”, Moscow, Russian Federation

² Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Volgograd, Russian Federation

³ Saint-Petersburg State University, Graduate School of Management, Saint-Petersburg, Russian Federation

✉ yakhlamova@gmail.com

Abstract

Background. Children with autism spectrum disorder (ASD) experience communication difficulties, which may be partly associated with reduced emotional intelligence. Child-centered play therapy (CCPT) is an effective method for developing emotional competence. Its effectiveness depends not only on the methodology but also on the therapist's personal qualities, which remain understudied. **Objective.** To adapt and refine the CCPT approach for work with children with ASD by analyzing therapists' verbal and nonverbal behavioral patterns. **Research Questions.** Which behavioral categories do therapists use during CCPT with children with ASD to establish initial contact? How does therapist behavior change depend on the child's individual characteristics? **Methods and Materials.** The study involved three children with ASD (ages: 5 years 3 months, 5 years 7 months, and 5 years 11 months; 2 boys and 1 girl). Each child participated in eight 45-minute play sessions (two per week). Therapist behavior was analyzed using video recordings and participant observation. Therapeutic responses were assessed via qualitative content analysis, and behavioral strategies were explored using hierarchical cluster analysis (Ward's method). **Results.** Content analysis identified 16 therapist statement categories, including self-worth reinforcement, action reflection, responsibility return, and emotional attunement. Cluster analysis revealed three session clusters: those characterized by high therapist approach similarity, moderate variation, and pronounced individuality. **Conclusions.** The identified behavioral categories refine the CCPT protocol. A minimal essential set of behavioral categories is proposed for establishing initial contact with children with ASD. Therapist adaptability, reflected in behavior changes based on therapy stage and child characteristics, was confirmed. Future directions: Further research is planned with a larger sample, inclusion of comparison groups, identification of new behavioral categories, and a focus on effective strategy combinations.

Keywords: child-centered play therapy (CCPT), autism spectrum disorders (ASD), play therapist, verbal behavior, nonverbal behavior, qualitative content analysis, Ward's method

For citation: Akhlamova, Y.A., Vilkova, S.G., Golubkova, A.E. (2025). The behavioral characteristics of child centered play therapist in therapy with children with autism spectrum disorders. *Autism and Developmental Disorders (Russia)*, 23(2), 16–23. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/autdd.2025230202>

Введение

Расстройства аутистического спектра (РАС) характеризуются устойчивым нарушением социальной коммуникации и социального взаимодействия (Al-Beltagi, 2021; DSM-5, 2022, р. 56). Социальное общение и взаимодействие строятся на основе социально-эмоциональной взаимности и невербального коммуникативного поведения, что является проблемными областями у детей с расстройствами аутистического спектра (Lerner, White, McPartland, 2022; Locke et al., 2010).

Понимание различных социальных причинно-следственных связей определяется исследователями как одна из ключевых особенностей развития ребенка (Гринспен, Уидер, 2013, с. 512). Отечественные исследователи Романовский, Ицкович, Стриха (2022)

обнаружили статистически значимую связь между шкалой FEAS «Эмоциональное мышление» и шкалой RCDI-2000 «Социальность» в областях социального и речевого развития, что подтверждает важность умения распознавать и выражать эмоции в контексте социального взросления (Романовский, Ицкович, Стриха, 2022).

Одним из широко применяемых методов коррекции нарушенной коммуникации и эмоциональной регуляции у детей является игровая терапия, центрированная на ребенке (ИТЦР) (Moss, Hamlet, 2020). Основная цель ИТЦР — создание среды, в которой ребенок почувствует себя в безопасности, услышанным и принятым (Ray, Crenshav, Stewart, 2024). Уникальные принимающие отношения ведут ребенка к доступу ко внутренним ресурсам, усиливая независимость и формируя навыки решения жизненных

задач (Лэндрет, 2022; Rogers, 1961). В мета-анализе М. Parker было проанализировано 23 исследования эффективности ИТЦР. Результаты показали, что применение ИТЦР демонстрирует эффект средней выраженности на проявления экстернализации и нежелательного/проблемного поведения в целом и низкий эффект на проявления агрессивного поведения (Parker et al., 2021).

Несмотря на то, что метод ИТЦР достаточно хорошо исследован, применение его у детей с РАС ограничено, дети редко проявляют инициативу, что затрудняет недирективный формат. (Kuhaneck, Spitzer, Bodison, 2020).

В ходе анализа англоязычной литературы отобрали несколько исследований влияния игровой терапии, центрированной на ребенке с аутизмом. В одном исследовании участвовали дети с аутизмом, которые были случайно распределены на экспериментальную группу (EXP, $n = 34$, средний возраст 7,50 лет) и контрольную группу (WL, $n = 31$, средний возраст 7,47 лет). Группа (EXP) проходила индивидуальные 45-минутные сессии игровой терапии раз в неделю в течение 8-ми недель. После прохождения терапии группа (EXP) показала значительное увеличение амплитуды альфа-ритма ЭЭГ и улучшение социального поведения по шкалам SRS-2, AQ-child и ABAS-II. В группе (WL) изменения как в нейронной, так и в поведенческой активности остались незначительными (Kim-Lui, Chan, Ouyang, 2024).

A. Schottelkorb et al. провели пилотное исследование, направленное на изучение эффективности ИТЦР. В исследовании принимали участие 23 ребенка с РАС в возрасте от 4-х до 10-ти лет. Были организованы две группы: основная, из 12-ти участников, получивших терапию ИТЦР, и контрольная, из 11-ти участников. Распределение по группам было случайным. Вмешательство длилось 6 недель. Основная группа показала улучшение базовых симптомов, связанных с аутизмом: рост социальной коммуникации, уменьшение проблем с вниманием, агрессией и экстернализацией (Schottelkorb, Swan, Ogawa, 2020).

Исследование J. Balch, D. Ray было направлено на изучение того, как принимающие и эмпатические отношения со стороны игрового терапевта влияют на улучшение социального взаимодействия и снижение проблемного поведения у детей с РАС. По их мнению, в терапии детей с аутизмом существует пробел, связанный с отсутствием внимания к межличностной динамике. В данном исследовании участвовали 5 детей в возрасте от 6-ти до 8-ми лет. Вмешательство длилось в среднем 20 недель. Результаты продемонстрировали, что игровая терапия оказала положительное влияние на троих участников исследования: наблюдался средний прирост по шкалам опросника SEARS, связанным с саморегуляцией/ответственностью, социальной компетентностью и эмпатией. Два других участника отреагировали на вмешательство неоднозначно (Balch, Ray, 2015).

D. Ray et al. выясняли, что именно делает ИТЦР эффективной для развития саморегуляции у детей с РАС. Так как игровая терапия является процессом взаимодействия, авторы предполагают, что именно качественные отношения со взрослым становятся условием для развития саморегуляции у ребенка (Koukourikos et al., 2021; Ray et al., 2017). Когда ребенок чувствует себя в безопасности во время проведения игровой терапии, у него появляется возможность развивать навыки саморегуляции эмоций и поведения. D. Ray et al. установили, что специфические техники ИТЦР, такие как возвращение ответственности и установление ограничений, способствуют развитию саморегуляции (Ray et al., 2013).

Другие исследователи отмечают, что терапевт выступает в роли агента безопасности для ребенка, также отмечается значимость таких характеристик как терпение и учет особых потребностей детей с аутизмом (Лэндрет, 2022, с. 17; Ray, Crenshav, Stewart, 2024).

В своей работе мы продолжаем исследовательскую линию, начатую доктором Ди Рэй и его коллегами, внимательно изучающими терапевтические навыки и личность терапевта (Ray et al., 2017, p. 10).

Цель настоящего исследования — специализировать процедуру ИТЦР в работе с детьми с РАС с применением контент-анализа вербальных и невербальных паттернов поведения терапевта.

Материалы и методы

В исследование были включены несколько участников: терапевт, исследователь и дети с расстройствами аутистического спектра, посещающие сеансы ИТЦР.

1. Терапевт и исследователь

В работе участвовал один игровой терапевт с высшим психологическим образованием, со специализацией по ИТЦР. Помимо этого, терапевт регулярно принимал участие в интервизионной группе по игровой терапии, проходил личную терапию и супервизию. Был приглашен также специалист, выполняющий роль наблюдателя за игрой.

2. Участники

Объявление о поиске участников исследования было размещено в тематическом телеграм-канале, посвященном РАС. Критерий отбора участников включал следующие параметры: А. Наличие подтвержденного диагноза (участники предоставляли медицинские документы); Б. Возраст детей от 3-х до 11-ти лет; В. Согласие родителей на прохождение не менее 8-ми игровых сессий два раза в неделю. Г. Отказ на время проведения исследования от сторонних коррекционных вмешательств.

Выборку составили трое детей с аутизмом в возрасте М1 — 5 л. 11 мес., М2 — 5 л. 3 мес., Д1 — 5 л. 7 мес. (2 мальчика, 1 девочка соответственно), вошедшие на основании критериев отбора.

3. *Сеттинг, описание вмешательства*

Для проведения исследования нами была арендована игровая комната, оборудованная в соответствии с рекомендациями Лэндрет (Лэндрет, 2022, с. 37). С каждым участником было проведено восемь игровых сессий по две в неделю, длительность каждой встречи в среднем 45 мин.

4. *Методы сбора данных*

1. Использовался метод ИТЦР, направленный на создание условий для свободного выражения ребенка в игре и отражения его внутреннего опыта. (Лэндрет, 2022, с. 15; Jayne, Purswell, Stulmaker, 2020).

2. Эмпирический материал был собран путем видеофиксации игровых сессий с детьми.

3. Включенное наблюдение проводил специально приглашенный исследователь;

5. *Процедура сбора данных*

Исследователь наблюдал каждую диadu «терапевт — ребенок». Все наблюдаемые сеансы записывались на видео. Для уточнения выделенных категорий исследователь проводил интервью с игровым терапевтом. В ходе интервью производился совместный просмотр видео; игровому терапевту предлагалось выразить мнение о взаимоотношениях, причинах того или иного поведения и переживаниях ребенка во время сессий.

Был проведен качественный контент-анализ семи сессий. Восьмая встреча не анализировалась: видеозапись была утеряна. Предметом анализа стали смысловые вербальные и невербальные действия терапевта внутри игровой деятельности ребенка. Повторяющимся по смыслу реакциям терапевта присваивалась соответствующая категория. Всего было выделено 16 категорий, у каждой имелись номерной и буквенный коды (Ахламова, 2023).

6. *Анализ данных*

1. Проводился качественный контент-анализ для изучения характеристик личности терапевта. Предметом исследования являлось его поведение. Видеоматериалы игровых встреч переводились в транскрибируемый текст с последующим индуктивным способом выделения категорий (Бусыгина, 2011). Первичное выделение категорий проводилось тремя независимыми кодировщиками. В ходе группового обсуждения были согласованы и выделены ключевые категории, представленные в исследовании.

2. Использован метод иерархической кластеризации (метод Уорда) для группировки сессий по схо-

жим характеристикам и для выявления стратегий, применяемых игровым терапевтом (Гитис, 2001). Кластерный анализ был проведен в среде Python 3.9 с использованием библиотеки SciPy и построением дендрограммы в Matplotlib. В качестве входных данных использовалась матрица относительных частот (доля времени), отражающая распределение активности терапевта по 16-ти категориям терапевтических действий каждой сессии.

Результаты

Результаты настоящего исследования представлены двумя блоками данных:

— выделенные в ходе контент-анализа категории вербального и невербального поведения игрового терапевта,

— анализ сходств и различий в подходах терапевта в ходе разных сессий, дендрограмма кластеризации сессий.

1. *Выделенные в ходе контент-анализа категории*

Был проведен качественный контент-анализ на основании просмотра видеозаписей 7-ми сессий. На материале анализа было выделено 16 категорий высказываний терапевта, категории подразделялись на следующие группы:

Группа 1. Категории, выделенные на основе уже существующих наименований (высказываний), разработанных исследователями метода ИТЦР, — таких категорий было четыре: отражение содержания — OS, установление ограничений — UO, возвращение ответственности — OV, отражение большего смысла — OBS (Ахламова, 2023; Cochran N., Nordling, Cochran J., 2023, p. 114; Kottman, 2011, p. 117).

Группа 2. Категории, выделенные на основе подобных практических примеров, приведенных другими авторами исследований взаимодействия терапевта и ребенка, — таких категорий было восемь: отражение намерения — ON, отражение действия — OD, укрепление самооценности — US, отражение эмоций — OE, мостик/связь со следующей встречей — MSV, поиск предмета — переходного объекта — PPO, отражение отношения — OO, реплика в игре — RI (Ахламова, 2023; Винникотт, 2002; Cochran, Nordling, Cochran, 2023, p. 111; Kottman, 2011, p. 119; Moustakas, 1997, Rogers 1961).

Группа 3. Категории, выделенные нами на основании анализа видеозаписей игровых сессий в рамках настоящего исследования, таких категорий было четыре: самопредъявление терапевта — ST, завершение — Z, пассивное слушание — PS, эмоциональное присоединение — EP (Ахламова, 2023)¹.

¹ Полный перечень выделенных нами категорий с примерами фраз терапевта, участвующего в исследовании, опубликован Приложении.

По результатам проведенного исследования был выявлен минимальный достаточный набор категорий для установления доверительного контакта с ребенком, соответствующий протоколу ИТЦР. Выделенные выше категории уточняют первичный этап проведения ИТЦР, так как период сбора данных длился один месяц.

2. Анализ сходств и различий в подходах терапевта

Сессии сгруппировались в три основных кластера $k = 3$, при этом наблюдалось наибольшее среднее значение силуэта (≈ 0.45):

Первый кластер (1) — включает сессии, где чаще использовались комбинации: установление ограничений (UO) и отражение содержания (OS).

Второй кластер (2) — включает сессии, где чаще использовались комбинации: эмоциональное присоединение (EP) и отражение содержания (OS).

Третий кластер (3) — сессии, в которых чаще использовались комбинированные стратегии: установление ограничений (UO) и возвращение ответственности (OV), эмоциональное присоединение (EP) и

отражение содержания (OS), отражение намерения (ON) и отражение эмоций (OE).

Дендрограмма кластеризации сессий позволяет наглядно увидеть сходство и различия в подходах терапевта в различных сессиях.

Кластеризация показала, что терапевт использует различные стратегии поведения в зависимости от этапа терапии и индивидуальных особенностей ребенка. Это может свидетельствовать о высоком уровне адаптивности подхода.

Обсуждение результатов

Цель исследования заключалась в специализации метода игровой терапии, центрированной на ребенке (ИТЦР), для работы с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС) путем анализа вербальных и невербальных паттернов поведения терапевта. В ходе анализа эмпирических данных было установлено, что игровой терапевт в своей работе использовал уже выделенные другими специалистами и авто-

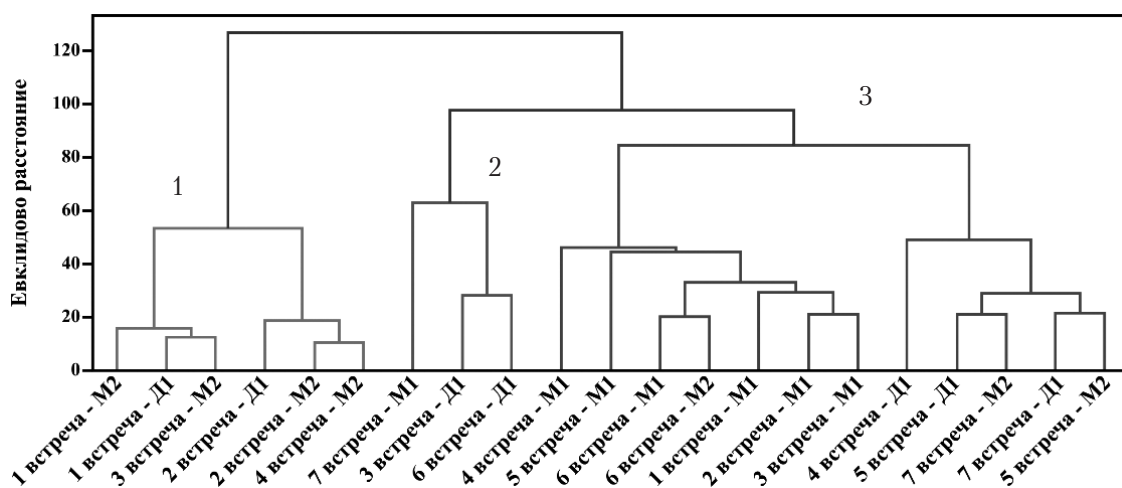


Рис. Дендрограмма кластеризации терапевтических сессий

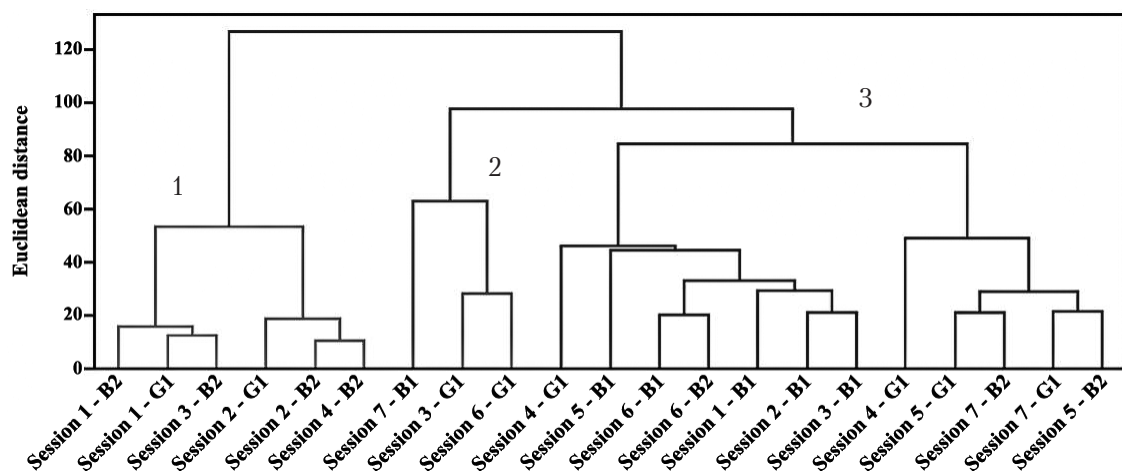


Fig. Dendrogram of clustering of therapeutic sessions

рами ИТЦР базовые категории поведения терапевта для нейротипичных детей, такие как: отражение действия — OD, укрепление самооценности — US, отражение эмоций — OE, отражение содержания — OS, отражение намерения — ON, установление ограничений — UO, возвращение ответственности — OV, отражение большего смысла — OBS, мостик/связь со следующей встречей — MSV, поиск предмета — переходного объекта — PPO, отражение отношения — OO, реплика в игре — RI.

Помимо уже существующих базовых категорий, применяемых при работе с нейротипичными детьми, в работе с детьми с РАС терапевт дополнительно использовал следующие категории: самопредъявление терапевта — ST, завершение — Z, пассивное слушание — PS, эмоциональное присоединение — EP. В результате был выделен минимально достаточный набор категорий, обеспечивающий на начальном этапе установление доверительного контакта с ребенком с РАС в соответствии с протоколом ИТЦР. По результатам кластерного анализа игровых сессий можно сделать предположение о гибкости и адаптивности терапевтического подхода с учетом актуальных особенностей ребенка и этапа терапии.

Заключение

Выделен минимальный набор категорий поведения терапевта, достаточный для установления контакта с ребенком с РАС, показана поведенческая адаптивность терапевта на основе кластерного анализа, сформулированы основания для уточнения протокола ИТЦР на раннем этапе терапии для детей с РАС.

Предполагается дальнейшее изучение процедуры специализации ИТЦР в работе с РАС, изучение новых категорий при большем числе игровых терапевтов, на большей выборке детей с РАС, с наличием групп сравнения и при более длительном периоде проведения эмпирической части. При расширенной выборке планируется продолжить углубленное изучение стратегий комбинирования категорий поведения с целью повышения эффективности ИТЦР и увеличения гибкости терапевтических подходов.

Ограничения. Малая выборка детей, недостаточное число игровых терапевтов, ограниченный срок для описания эмпирической части, отсутствие анализа проверки надежности категорий, утерянный материал 8-й сессии. ■■■

Список источников / References

1. Ахламова, Ю.А. (2023). Особенности поведения игрового терапевта, центрированного на ребенке, в работе с детьми с расстройством аутистического спектра. URL: <https://www.hse.ru/edu/vkr/865598976> (дата обращения: 31.01.2025).
2. Бусыгина, Н.П. (2013). Методология качественных исследований в психологии. Учебное пособие. М.: НИЦ Инфра-М, 304 с.
3. Винникотт, Д.В. (2002). *Игра и реальность*. М.: Институт общегуманитарных исследований. 266 с. ISBN: 5-88230-043-6.
4. Гитис, Л.Х. (2001). *Кластерный анализ в задачах классификации, оптимизации и прогнозирования* / Л.Х. Гитис. Изд-во Московского государственного горного университета. 200 с.
5. Гринспен, С., Уидер, С. (2013). *На «ты» с аутизмом. Использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления*. Пер. с англ. М.: Теревинф, 512 с.
6. Лэндрет, Г. (2022). *Новые направления в игровой терапии: проблемы, процесс и особые популяции*. Пер. с англ. М.: Когито-Центр, 42 с.
7. Романовский, Н.В., Ицкович, Г., Стриха, О.Е. (2022). Шкала структурированного наблюдения FEAS как технология практической работы в сфере ранней помощи. *Психология и психотерапия семьи*, 4, 11–22. <https://doi.org/10.24412/2587-6783-2022-4-11-22>
8. Al-Beltagi, M. (2021). Autism medical comorbidities. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 10 (3), 15–28. <https://doi.org/10.5409/wjcp.v10.i3.15>
9. Balch, J.W., Ray, D.C. (2015). Emotional assets of children with autism spectrum disorder: A single case therapeutic outcome experiment. *Journal of Counseling and Development*, 93. 435–437. <https://doi.org/10.1002/jcad.12041>

10. Cochran, N.H., Nordling, W.J., Cochran, J.L. (2023). *Child-Centered Play Therapy: A Practical Guide to Developing Therapeutic Relationships with Children. — Description: Second edition.* New York, NY: Routledge. pp. 99–159.
11. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR.* (2022). Washington: American Psychiatric Association. 256 p.
12. Jayne, K.M., Purswell, K.E., Stulmaker, H.L. (2020). Facilitating congruence, empathy, and unconditional positive regard through therapeutic limit-setting: Attitudinal conditions limit-setting model (ACLM). *International Journal of Play Therapy*, 28. pp. 238–249.
13. Kim-Lui, R., Chan, G., Ouyang, G. (2024). Impact of child-centered play therapy intervention on children with autism reflected by brain EEG activity: A randomized controlled trial. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 112. 102336. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2024.102336>
14. Kottman, T. (2011). *Play therapy: basics and beyond. 2nd ed.* Alexandria, VA. American Counseling Association (pp.113–134).
15. Koukourikos, K., Tsaloglidou, A., Tzaha, L. et al. (2021). An overview of play therapy. *Mater Sociomed*, 33, 293–297. <https://doi.org/10.5455/msm.2021.33.293-297>
16. Kuhanek, H., Spitzer, S. L., Bodison, S. C. (2021). A systematic review of interventions to improve the occupation of play in children with autism. *OTJR (Thorofare NJ)*, 40 (2), 83–98. <https://doi.org/10.1177/1539449219880531>
17. Lerner, M. D., White, S. W., McPartland, J. C. (2022). Mechanisms of change in psychosocial interventions for autism spectrum disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14, 307–318. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.3/mlerner>
18. Locke, J., Ishijima, E.H., Kasari, C., London, N. (2010). Loneliness, friendship quality and the social networks of adolescents with high-functioning autism in an inclusive school setting. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 10(2). 74–81. <https://doi.org/10.1111/j.1471-3802.2010.01148.x>
19. Moss, L., Hamlet, H.S. (2020). An introduction to child-centered play therapy. *Therapeutic Person-Centered Journal*, 25, 91–103.
20. Moustakas, C.E. (1997). *Relationship play therapy.* Rowman & Littlefield Publishers, Inc, 164 p.
21. Parker, M.M., Hunnicutt Hollenbaugh, K.M., Kelly, C.T. (2021). Exploring the impact of child-centered play therapy for children exhibiting behavioral problems: A meta-analysis. *International Journal of Play Therapy*, 30(4), 259–271. <https://doi.org/10.1037/pla0000128>
22. Ray, D.C., Crenshaw, D.A., Stewart, A.L. (2024). *Play Therapy: Theory, Research, and Practice. Second edition / edited by D.C. Ray, D.A. Crenshaw, A.L. Stewart (24–56 pp.).* New York: The Guilford Press.
23. Ray, D.C., Purswell, K., Haas, S., Aldrete, C. (2017). Child-Centered Play Therapy-Research Integrity Checklist: Development, reliability, and use. *International Journal of Play Therapy*, 26(4), 207–217. <https://doi.org/10.1037/pla0000046>
24. Ray, D.C., Stulmaker, H.L., Lee, K.R., Silverman, W.K. (2013). Child-centered play therapy and impairment: Exploring relationships and constructs. *International Journal of Play Therapy*, 22(1), 13–27. <https://doi.org/10.1037/a0030403>
25. Rogers, C.R. (1961). *On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy.* Boston: Houghton Mifflin, 420 p.
26. Schottelkorb, A., Swan, K.L., Ogawa, Y. (2020). Intensive Child-Centered Play Therapy for Children on the Autism Spectrum: A Pilot Study. *Journal of Counseling & Development*, 98. 63–73. <https://doi.org/10.1002/jcad.12300>

Приложение / Appendix

Категории вербального и невербального поведения игрового терапевта, центрированного на ребенке с РАС: <https://osf.io/c9ne8/files/osfstorage>

Categories of Verbal and Nonverbal Behavior of a Child-Centered Play Therapist Working with Children with ASD: <https://osf.io/c9ne8/files/osfstorage>

Информация об авторах

Юлия Александровна Ахламова, магистр по специализации человекоцентрированный подход, Московский национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9803-8435>, e-mail: yakhlamova@gmail.com

София Геннадьевна Вилкова, психолог, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (РАНХиГС), Волгоград, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0454-6059>, e-mail: lapetitemiss@mail.ru

Анастасия Евгеньевна Голубкова, выпускница программы магистратуры «Магистр менеджмента», Петербургская государственная высшая школа менеджмента (ВШМ СПбГУ), Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8498-6432>, e-mail: golubkova.anastasiia@gmail.com

Information about the authors

Yuliya A. Akhlamova, MSc in Person — Centered Approach, National Research University Higher School of Economics (HSE University), Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9803-8435>, e-mail: yakhlamova@gmail.com

Sofia G. Vilkova, psychologist, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (RANEPA), Volgograd, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0454-6059>, e-mail: lapetitemiss@mail.ru

Anastasia E. Golubkova, MSc in Management, St. Petersburg Graduate School of Management, St. Petersburg State University (GSOM SPbU), St. Petersburg, Russian Federation, ORCID, <https://orcid.org/0009-0004-8498-6432>, e-mail: golubkova.anastasiia@gmail.com

Вклад авторов

Ахламова Ю.А. — идеи исследования; планирование, финансирование и организация исследования; контроль за проведением исследования; сбор и анализ данных; визуализация исследования; аннотирование; написание и оформление рукописи.

Вилкова С.Г. — проведение эксперимента; обсуждение результатов исследования; написание и оформление рукописи.

Голубкова А.Е. — анализ данных.

Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors

Akhlamova Y.A. — conceptualization; manuscript preparation and writing; research design and planning; project organization and management; data collection and analysis.

Vilkova S.G. — experimental work; interpretation and discussion of the results; manuscript preparation and writing.

Golubkova A.E. — data analysis.

All authors contributed to the discussion of the results and approved the final version of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Перед началом работы родители подписывали специально оформленное информированное согласие на участие детей в исследовании.

Ethics statement

Prior to the start of the study, the parents signed a specially prepared informed consent form for their children's participation in the research.

Поступила в редакцию 28.11.2024

Поступила после рецензирования 07.06.2025

Принята к публикации 16.06.2025

Опубликована 30.06.2025

Received 2024.11.28.

Revised 2025.06.07.

Accepted 2025.06.16.

Published 2025.06.30.