

Санкт-Петербургский государственный университет

БАНЫХ Анастасия Витальевна

Выпускная квалификационная работа

**Формирование социально-бытовых навыков у детей дошкольного
возраста с расстройством аутистического спектра техниками
поведенческой терапии при участии родителей**

Уровень образования:

Направление 37.04.01 «*Психология образования*»

Основная образовательная программа ВМ.5729 «*Психология*»

Научный руководитель:
старший преподаватель
кафедры педагогики и
педагогической психологии
СПбГУ, кандидат
психологических наук,
Ткачева Л.О.

Рецензент: директор ООО
«Лонгитюд», кандидат
психологических наук,
Мирошников С.А.

Санкт-Петербург
2022

АННОТАЦИЯ

В рамках выпускной квалификационной работы было проведено эмпирическое исследование, направленное на формирование социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста с аутистическим расстройством техниками поведенческой терапии при участии родителей.

Были использованы следующие диагностические методики: шкала Аутизма (А. Д. Наследов, Л. О. Ткачева, С. А. Мирошников), методика «Социограмма» форма РАС-SP (на основе третьего издания по Х. С. Гюнцбургу), методика обследования социально-бытовых навыков (Г. Г. Зак).

По результатам диагностики для каждого ребенка была разработана индивидуальная коррекционная программа, основанная на поведенческом подходе с оценкой значимых мотивационных факторов. Программы реализованы при участии родителей.

Оценка эффективности результатов проведения программ показала, что из 10 детей 6 достигли поставленной цели (улучшение/формирование определенного социально-бытового навыка), смогли успешно закрепить их в домашней обстановке и генерализировать их в другой социальной среде. Частично освоили социально-бытовые навыки 4 испытуемых. Некоторые дети не смогли перенести навык из домашней обстановки в новую среду, либо освоение навыка осталось на начальном этапе (так как этому предшествовало устранение негативного поведения). Всем испытуемым были даны дальнейшие рекомендации по продолжению коррекционного воздействия техниками поведенческой терапии.

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, дошкольный возраст, социально-бытовые навыки, поведенческая терапия, АВА-терапия.

ABSTRACT

As part of the graduation thesis, this empirical study aimed at the formation of everyday skills in preschool children with autistic spectrum disorder (ASD) by means of behavioral therapy techniques with the participation of parents.

The following diagnostic methods were used: screening diagnostics on the Autism scale (A. D. Nasledov, L. O. Tkacheva, S. A. Miroshnikov), the method "Sociogram" form PAC-SP (based on the third edition by H. S. Gunzburg), the method of examination of social and everyday skills (G. G. Zak). The level of everyday skills development was determined for each participant.

According to the results of diagnostics, individual correctional programs were developed for each child, based on a behavioral approach (ABA) with an assessment of significant motivational factors. The programs were implemented with the participation of parents.

Evaluation of the effectiveness of the programs showed that out of 10 children in the group, 6 children achieved the goal set (improvement/formation of a certain everyday skill), were able to successfully consolidate them in a home environment and generalize them in another social environment. 4 subjects partially mastered some of everyday skills. Some children were unable to transfer the skill from the home environment to a new environment, or the mastery of the skill remained at the initial stage (since this was preceded by the elimination of negative behavior). All the participants were given further recommendations on the continuation of behavioral therapy.

Keywords: autism spectrum disorder, preschoolers, everyday skills, behavioral therapy, ABA therapy.

СОДЕРЖАНИЕ

АННОТАЦИЯ	2
ВВЕДЕНИЕ	6
ГЛАВА 1. Теоретическое обоснование проблемы формирования навыков самостоятельности в быту у детей с расстройством аутистического спектра	10
1.1 Клинико-психологическая характеристика детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра.....	10
1.2 Особенности формирования навыков самостоятельности в быту у детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра	18
1.3 Важность участия родителей в реализации поведенческого подхода в процессе формирования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра	26
ГЛАВА 2. Определение уровня сформированности социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра	37
2.1 Обоснование выбора методов и методик для диагностики уровня сформированности социально-бытовых навыков у детей с расстройством аутистического спектра.....	37
2.2 Характеристика контингента испытуемых, задействованных в экспериментальном изучении.....	41
2.3 Анализ результатов экспериментального исследования изучения социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра.....	45
ГЛАВА 3. Программа по формированию социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра при участии родителей техниками поведенческой терапии	52
3.1 Общие подходы к разработке индивидуальной коррекционной программы с техниками поведенческой терапии	52
3.2 Разработка индивидуальной коррекционной программы формирования навыков самостоятельности на примере одного испытуемого	58
3.3 Оценка реализации индивидуальных коррекционных программ формирования социально-бытовых навыков для детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра.....	64
ВЫВОДЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	74

ЗАКЛЮЧЕНИЕ	75
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	78
ПРИЛОЖЕНИЕ А	86
ПРИЛОЖЕНИЕ Б	89
ПРИЛОЖЕНИЕ В	90
ПРИЛОЖЕНИЕ Г	92
ПРИЛОЖЕНИЕ Д	140

ВВЕДЕНИЕ

В последнее десятилетие значительно увеличивается контингент детей с диагнозом расстройство аутистического спектра (РАС). По статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 1 из 100 детей страдает РАС [12; 75].

Расстройства аутистического спектра – клинически неоднородная группа комплексных нарушений психического развития. Характеризуется качественными отклонениями в социальном взаимодействии и способах коммуникации, стереотипностью поведения и специфичной сферой интересов. Перечисленные отклонения являются общими для индивидов во всех ситуациях, однако могут различаться по степени проявления [2].

Ученые из разных стран занимались и продолжают заниматься проблемой аутизма. В зарубежной науке это такие ученые, как Э. Блейлер, Л. Каннер, К. Гилберт, Т. Е. Вейс, М. Раггер и др. В отечественной науке изучением данной проблемы занимались такие ученые как О. С. Аршатская, В. М. Башина, Е. Р. Баенская, В. Я. Гиндикин, О. С. Никольская, М. М. Либлинг, Т. Н. Павлий, И. И. Мамайчук и др.

Одна из актуальных задач воспитания детей с аутистическим расстройством – формирование навыков, необходимых для обретения бытовой независимости [30].

Особенность развития данной категории детей такова, что у большинства из них нарушен контакт с окружающими людьми и близким окружением. Данное обстоятельство значительно затрудняет процесс овладения детьми с РАС социально-бытовыми навыками [37]. Дополнительными факторами являются: уход от контакта, негативизм, стереотипность, страхи, агрессивные и самоагрессивные проявления часто маскируют существование выраженных трудностей в освоении ими навыков социально-бытовой ориентировки [33].

С возрастом всё более очевидной становится именно неприспособленность ребёнка к реальности, включая неприспособленность к повседневной жизни. Дети медленно осваивают способы действий, не владеют ориентировочными, контрольно-проверочными действиями. Им требуется специальная помощь в преодолении трудностей овладения навыками социально-бытового ориентирования [9].

В последнее время в зарубежной психологии появилось много теоретических и экспериментальных работ, посвященных формированию социально-бытовых навыков у детей с аутизмом [54; 68; 74] в отечественной психологии таких работ крайне мало, что делает затруднительным создание методических разработок для специалистов и родителей по данной проблеме. Недостаточно разработана система критериев оценки особенностей развития и формирования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста с аутизмом, что создает определенные трудности для составления единой коррекционно-развивающей программы.

Имеющиеся в научной литературе программы по формированию и развитию социально-бытовых навыков не могут быть применены ко всем категориям детей с аутизмом и другими схожими нарушениями. Это объясняется сложностью дефекта у детей с аутизмом и в этой связи, необходимостью прицельного подбора коррекционно-развивающей программы с учетом индивидуальных особенностей ребенка. В данной работе мы разбираем основные диагностические и коррекционно-развивающие наработки, имеющиеся в арсенале психологов, занимающихся проблемой развития социально-бытовых навыков у детей с РАС, на данный момент и приводим результаты своего эмпирического исследования.

Цель исследования – разработка, апробация и проверка эффективности индивидуального образовательного маршрута с использованием техник поведенческой терапии для детей с расстройством аутистического спектра, направленного на выработку/улучшение социально-бытовых навыков, способствующих более успешной социализации.

Задачи исследования:

1. Проанализировать теоретические сведения об особенностях формирования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра.

2. Рассмотреть методы и методики коррекции развития социально-бытовых навыков у детей с расстройством аутистического спектра.

3. Провести первичную диагностику развития социально-бытовых навыков с помощью методики оценки развития социально-бытовых навыков РАС-SP, оценить уровень сформированности социально-бытовых навыков при помощи методики Г. Г. Зак и оценить наличие симптомов расстройства аутистического спектра, используя шкалу Аутизма.

4. Оценить динамику развития социально-бытовых навыков после проведенной коррекционной работы, используя методики оценки развития социально-бытовых навыков и оценить наличие симптомов расстройства аутистического спектра, используя шкалу Аутизма.

Объект исследования – психологические особенности социализации детей с расстройством аутистического спектра.

Предметом является динамика формирования социально-бытовых навыков техниками поведенческой терапии у детей с расстройством аутистического спектра при участии родителей.

Гипотеза исследования: разработка индивидуальных образовательных маршрутов, с дальнейшими занятиями при участии родителей по выработке социально-бытовых навыков методами АВА-терапии, позволяет улучшить процесс социализации детей с РАС.

Новизна работы состоит в том, что в современной отечественной психологии крайне мало исследований, которые направлены на социализацию детей с РАС дошкольного возраста техниками поведенческой терапии.

Теоретическая значимость данной работы состоит в систематизации различных точек зрения ученых и психологов-практиков на заявленную проблему исследования, обоснование разнообразия применения форм

традиционных и нетрадиционных технологий в процессе социализации детей с РАС.

Практическая значимость состоит в определении хода и структуры работы, значимости социально–педагогического сопровождения и коррекционно–психологической работы по становлению социализации и адаптации детей с РАС.

ГЛАВА 1. Теоретическое обоснование проблемы формирования навыков самостоятельности в быту у детей с расстройством аутистического спектра

1.1 Клинико-психологическая характеристика детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра

Расстройства аутистического спектра – клинически неоднородная группа комплексных нарушений психического развития. Характеризуется качественными отклонениями в социальном взаимодействии и способах коммуникации, стереотипностью поведения и специфичной, часто очень узкой, сферой интересов. Перечисленные отклонения являются общими для индивидов во всех ситуациях, однако могут различаться по степени проявления. Для больных также характерны фобии, двигательное возбуждение, особенности пищевого поведения и другие неспецифические симптомы. В основном развитие является патологическим с раннего детства, и, в исключительных случаях, данные расстройства проявляются в период первых пяти лет жизни [36; 45].

В. М. Башина в 1993 году выделила четыре основных этапа в становлении теории аутизма [5]:

1. Донозологический – конец XIX - начало XX в. Отличается единичными описаниями детей со стремлением к уходу от социального взаимодействия и потребностью в одиночестве. Считается, что психиатр Н. Maudsley (1867) был первым специалистом, который внес значительный вклад в развитие вопроса тяжелых психических расстройств у маленьких детей, включающих выраженные отклонения и задержку развития. Такие расстройства рассматривались как «психозы» [18].

2. Доканнеровский – 20-40-е годы XX в. В этот период успешно развивалась мысль о возможности выявления у таких больных шизоидии.

Е. Krepelin в ряду психопатий выделял группу пациентов с аномалиями в поведении и мышлении.

Е. Bleuler (1920) вводит термин «аутизм» (от греч. «Autos» – сам), рассуждая о том, что это может быть не только одним из симптомов шизофрении, но и самостоятельным феноменом, выходящим за рамки шизофренического круга [18].

Основоположница отечественной детской психиатрии Г. Е. Сухарева (1925) описывала состояния, соответствующие аутизму, и называла их «шизоидной психопатией» [36].

В 1931 году В. П. Осипов рассматривал аутизм как оторванность больных от внешнего мира, а В. А. Гиляровский (1938) делал акцент на нарушенном восприятии сознания своего «Я», замкнутости и отчужденности.

3. Каннеровский – с 1943 по 70-е годы XX в. Активно разрабатываются теории аутизма, изучаются клиничко-психологические варианты аутистического расстройства [18].

В начале и середине XX века описание расстройств, идентичных тому, что называется аутизмом, стали появляться в исследованиях детских психиатров и психологов разных стран. Изучение аутизма как отдельного расстройства обычно связывают с именами Л. Каннера и Г. Аспергера, которые первыми начали использовать термин «аутизм» или «аутистичный».

Л. Каннер полагал, что РАС с большей вероятностью встречается у детей, чем это предполагалось ранее, и что данное расстройство неверно рассматривали как умственную отсталость или детскую шизофрению. В связи с этим были разработаны пять основных критериев:

- 1) нарушение коммуникации с окружающими;
- 2) навязчивое стремление к повторяющимся, однообразным видам деятельности;
- 3) поглощенность вращающимися или вращаемыми объектами;
- 4) мутизм или не направленная на межличностную коммуникацию речь;
- 5) высокий когнитивный потенциал [57].

Постепенно в психиатрии сформировалось представление об аутизме, как самостоятельной категории, отличной от шизофрении, умственной отсталости и психопатии [18; 36].

Лорна Уинг (1979), изучая РАС, определила триаду нарушений (трудности в коммуникации, социальном взаимодействии и воображении одновременно) и спектр нарушений при аутизме. У некоторых детей симптомы соответствовали описанию аутизма по Каннеру, но у многих картина отличалась. Благодаря этому наблюдению, исследования Лорны Уинг легли в основу современных представлений об аутизме [63].

4. Постканнеровский – с 80-х годов XX в. Для этого периода характерно рассмотрение РАС как группы неспецифических синдромов разного происхождения, выделение типичного и атипичного аутизма. Главная научно-исследовательская проблема: поиск психодинамических и семейных причин, разработка эффективных методов оказания помощи [18].

За последние 50 лет описание основных признаков РАС, таких как ограниченность социальной коммуникации и повторяющееся необычное сенсомоторное поведение, существенно не изменилось с момента первоначального описания. Однако в настоящее время аутизм рассматривается как спектр, который может варьироваться от очень легкого до тяжелого [65].

Сложную структуру дефекта можно объяснить разграничением первичного дефекта и вторичных отклонений в развитии (Л. С. Выготский). Основываясь на данной концепции, В. В. Лебединский и О. С. Никольская в первичном дефекте РАС выделили сенсорную, эмоциональную гиперстезии и низкий психологический тонус, во вторичном – сам аутизм, стереотипии, интересы и аутостимуляцию [34].

В настоящее время в клинических классификациях детский аутизм включен в группу первазивных расстройств, то есть проявляющихся в атипичном развитии всех сторон психики (в когнитивной, аффективной, сенсорной сферах, формировании моторики и высших психических функциях) [35].

На данный момент невозможно сформировать единой теории патогенеза РАС. Большая часть ученых предполагают, что развитие аутизма связано с нарушением созревания центральной нервной системы (ЦНС) и искажением типичного развития психических функций. Избыточное образование синаптических связей и общее увеличение размера головного мозга в первые годы жизни ребенка, которое приводит к нарушению формирования специфических связей между ключевыми областями мозга, отвечающими за коммуникативное и социальное развитие, могут быть причиной аутизма [28].

В научном сообществе так же представлены данные о нарушении миграции нейронов в первом и втором триместрах беременности, которое может привести к патологии развития ключевых областей головного мозга, отвечающих за социальное взаимодействие [20; 23; 56; 72].

Кроме морфологических изменений, описаны нарушения работы нейротрансмиттеров, где фиксируются повышенный уровень серотонина и дисбаланс процессов торможения и возбуждения нейронных сетей [28].

Для объяснения механизмов этиопатогенеза РАС существуют три наиболее изученных в современной науке когнитивных теорий:

1. Теория модели психического (Theory of Mind).

Данная теория предполагает, что ключевым звеном РАС является несформированность способности понимания коммуникативных намерений говорящего. Нарушение проявляется в трудностях понимания иронии, сарказма, метафор, притворства или юмора. В 1985 году в работе «Имеют ли аутисты модель психического?» Simon Baron-Kozhn, Alan Leslie and Uta Frith впервые описали эксперимент, который показал несостоятельность детей с аутизмом в понимании желаний, намерений, мнений и других ментальных состояний [52; 53].

2. Теория слабости центральной когерентности (Weak Central Coherence Theory).

Основная идея теории центральной когерентности, применительно к людям с РАС (Beata Hermelin), заключается в нарушении механизма

объединения информации и обработки её в контексте. У людей с аутизмом происходит проявление большего потенциала при работе с деталями и наблюдаются некоторые сложности при объединении деталей в целое [4; 7].

3. Теория исполнительных функций (Executive Functions Theory).

Суть данной теории заключается в исполнительных функциях, которые по своим сущностным характеристикам практически полностью соответствуют психическим эффектам работы третьего морфофункционального блока мозга с его префронтальной корой, функции которой регулируют низкоуровневые процессы (восприятие, моторные реакции и др.) и обеспечивают процессы саморегуляции, целенаправленного поведения и упорядочивания действий. Какая-то часть повторяющегося поведения, ограниченных интересов и готовности к обучению детей с РАС может быть объяснена именно дефицитностью исполнительных функций [7; 28].

Так или иначе, до настоящего времени не описано единого механизма формирования РАС как на биохимическом, так и на структурном уровне. Аутизм, вероятнее всего, возникает как следствие патологического влияния различных факторов, оказывающих множественное разнообразное влияние на процессы формирования и развития нервной системы.

РАС является результатом раннего изменения развития мозга и нервной реорганизации. Однако, поскольку надежных биомаркеров не существует, диагноз необходимо ставить на основании поведения. Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM) Американской психической ассоциации в 2013 году опубликовало критерии, которые призваны упростить диагностику РАС.

Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder (DSM) предоставляет критерии диагностики психических и поведенческих расстройств. Диагноз детского аутизма был введен в DSM-3 через 20 лет после публикации первого издания. Первоначальные описания были узкими и относились к лицам с глубокими нарушениями. Версия DSM от 1994 года расширила диагноз до

спектра симптомов, называемых распространенными нарушениями развития (PDDDS), которые включали диагнозы аутистического расстройства [62].

В настоящее время существует единый спектр РАС, основанный на двух областях (социальное общение и повторяющееся необычное сенсомоторное поведение). Такие подтипы, как синдром Аспергера и первазивное расстройство развития объединяются под единым диагнозом РАС. Кроме того, в DSM-5 указано, что РАС может сопровождаться другими расстройствами, включая генетические нарушения и психические состояния [61; 65].

Психиатры в России используют критерии РАС, содержащиеся в Международной Классификации Болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Необходимо отметить, что в МКБ-10 термин «расстройство аутистического спектра» не употребляется, но применяется термин «общее расстройство психологического развития». В МКБ-11, которая должна вступить силу в текущем 2022 году, будет использован термин «расстройство аутистического спектра». В настоящее время симптомы РАС в МКБ-10 поделены на три группы: качественные нарушения реципрокного социального взаимодействия; качественные аномалии в общении (коммуникации); ограниченные повторяющиеся стереотипные поведение и активность. В МКБ-11 и DSM-5 их останется только две: трудности социальной коммуникации и социального взаимодействия; повторяющееся поведение, ригидность и особенности обработки сенсорной информации [36; 43].

Эффективный прием, интеграция и обработка сенсорной информации в виде визуальной, слуховой или проприоцептивной информации позволяет человеку реагировать на сигналы окружающей среды адаптивным образом, что необходимо для повседневного функционирования и обучения. При РАС атипичные сенсорные процессы наблюдаются более чем у 90% детей и взрослых. Вышеперечисленный критерий в DSM-5 делится на два паттерна сенсорной обработки: гиперактивность и гипоактивность, которые подразумевают преувеличенную поведенческую реакцию и отсутствие или недостаточную поведенческую реакцию на сенсорные стимулы (например, явное безразличие к

боли/температуре, неблагоприятная реакция на определенные звуки или текстуры, чрезмерное обоняние или прикосновение к объектам, визуальное увлечение светом или движением) [58].

Симптомы аутизма проявляются постепенно. Средний возраст, в котором диагностируют аутизм составляет примерно 4-5 лет, но родители обычно сообщают о первых проблемах медицинским работникам в возрасте 2-х лет. В исключительных случаях начало может быть незаметным, пока ребенок не достигнет школьного возраста. У многих детей симптомы появляются на втором и третьем году жизни, в то время как у других симптомы становятся очевидными после кажущегося периода типичного развития, включая период регрессии или застоя. С этой целью было пересмотрено представление о том, что было названо «регрессией» до 2-х летнего возраста. В течение первых 2-х лет жизни у значительной части младенцев, которым позже ставят диагноз аутизм, постепенно накапливаются задержки в социальной, коммуникативной и языковых сферах, что позволяет предположить, что «регрессия» представляет собой спектр, меняющийся от утраты приобретенных навыков до остановки развития потенциала у людей, у которых в дальнейшем эти навыки никогда не будут проявляться [66].

Ключевые симптомы дифференцируются не только по особенностям характера, но и по степени выраженности. Именно это определяет вариативность социальной адаптации, клинико-психологических характеристик и прогнозов развития. Разработанные классификации в большинстве случаев построены по этиологическому, либо патогенному принципу.

О. С. Никольская (1985 – 1987 гг.) и соавторы описали четыре основные группы РДА, которые определялись характером и степенью нарушения взаимодействия с внешней средой и типом самого аутизма [33].

Первая группа – полная отрешенность. Дети не овладевают навыками социального поведения, нет потребности в коммуникации (не реализуют даже самое элементарное общение), речь мутична. Бездеятельны, беспомощны, с трудом осваивают навыки самообслуживания, используют аутостимуляцию для

поддержания состояния комфорта. Больные нуждаются в постоянном уходе и надзоре [35].

Вторая группа – активное отвержение внешней среды. Малодоступны к контакту, имеют штампованную речь, окружающая среда представляет собой источник тревоги и страха, используют аутостимуляцию в примитивных и изоциренных повторяющихся действиях. Развитие психических функций искажено, наблюдаются зависимые отношения со взрослыми, на базовом уровне осваивают социально-бытовые навыки. При эффективной коррекционной работе могут быть подготовлены к обучению в школе [34].

Третья группа – захваченность аутистическими интересами. Дети поглощены собственными интересами и трудно адаптируются к изменяющимся внешним обстоятельствам. Имеют развернутую речь, более высокий уровень когнитивного развития. После активного медико-психолого-педагогического вмешательства могут обучаться в массовой школе [35].

Четвертая группа – сверхтормозимость ребенка окружающей его средой. Быстро устают от коммуникации, на первый план выступают невротоподобные расстройства (чрезвычайная тормозимость, робость, пугливость, чувство собственной несостоятельности), которые усиливают социальную дезадаптацию. У детей именно этой группы часто обнаруживают парциальную одаренность [33].

Л. Винг разработала классификацию отталкиваясь от способностей детей с РАС вступать в социальный контакт.

- 1) одинокие, которые не вовлекаются в общение;
- 2) пассивные;
- 3) активные, но нелепые [59].

Предложенная классификация устанавливает взаимосвязь между социальной дезадаптацией и прогнозом дальнейшего развития, однако в основе только производные проявления нарушения.

Таким образом, в данном параграфе были перечислены этапы становления теории аутизма, рассмотрены теории и классификации РАС отечественных и зарубежных ученых.

Можно подвести вывод о том, что поведение, сильные стороны и проблемы людей с аутизмом активно привлекали внимание ученых и клиницистов в последнее время. РАС является распространенным высоконаследственным и гетерогенным расстройством развития нервной системы, которое имеет основные когнитивные особенности и часто сочетается с другими состояниями.

Проявления аутизма включают нарушения социального общения и взаимодействия, сенсорные аномалии, стереотипное поведение. Вместе с этими основными симптомами у людей с РАС часто встречаются сопутствующие психические или неврологические расстройства, среди которых распространены гиперактивность и расстройство внимания, тревога, депрессия и эпилепсия [61].

Диагноз аутизма ставится после получения подробного анамнеза развития и после наблюдения за взаимодействием испытуемого с окружающими.

1.2 Особенности формирования навыков самостоятельности в быту у детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра

Навыки – абсолютно автоматизированные, инстинкте-подобные компоненты умений, реализуемые на уровне бессознательного контроля. Навык может выступать в качестве автоматизированного элемента действия, которое предполагает часть деятельности, имеющую определенную сознательную цель [32].

Навыки образуют многокомпонентную систему, с разнообразными вариациями взаимодействия между собой: согласованность или

противодействие, слияние или интерференция. При окончательной автоматизации навыков явление интерференции уменьшается или исчезает.

Ключевым значением в формировании навыков является перенос – внедрение и применение навыков, которые сформировались в процессе выполнения одних действий и видов деятельности, в других сферах. Для успешного осуществления переноса требуется, чтобы навык стал обобщенным, универсальным и согласующимся с другими [6].

И. Б. Агаева определяет социально-бытовые навыки как совокупность знаний и умений, напрямую связанных с самостоятельной организацией собственного поведения и взаимодействия с окружающими людьми в различных социально-бытовых ситуациях. В широком смысле социально-бытовая ориентировка подразумевает умение выстраивать свое поведение в различных жизненных ситуациях вне рамок учебной или профессиональной (трудовой) деятельности без посторонней помощи [1].

Социально-бытовые навыки – комплекс уникальных возможностей, присваиваемые обществом индивиду в различных ситуациях, как общепринятые или базовые. Таким образом, под социально-бытовыми навыками подразумевается система знаний, умений и навыков, обеспечивающая организацию высокого уровня жизнедеятельности на бытовом уровне и в умении функционировать в обществе [24].

Дошкольный возраст является сенситивным периодом для формирования навыков самообслуживания. В дальнейшем процессе развития все приобретенные навыки успешно закрепляются и расширяются [21].

Переход управления деятельности или её отдельными самостоятельными компонентами на подсознательный уровень регуляции и доведение их до автоматизма, является физиологической основой автоматизации элементов деятельности (действия, операции, навыки).

Образование условно-рефлекторных связей, выработка динамических стереотипов – физиологическая основа социально-бытовых навыков. Навыки самообслуживания характеризуются социальной направленностью, дети

осваивают установленные в социуме правила, принятые нормы поведения. Специально направленные действия близкого окружения, педагогов, специалистов, занимающихся с детьми и вся окружающая обстановка оказывают непосредственное влияние на формирование навыков и привычек. Устойчивость, приспособляемость навыков и привычек зависят от возраста, в котором начинается работа, и эмоционального отношения ребенка к предложенным упражнениям [21; 30].

Процесс формирования навыков самообслуживания включает в себя приобщение детей к специально организованным формам общественно полезной работы, целью которой является передача опыта и заинтересованность в трудовой деятельности. К ним относятся навыки социального характера: самообслуживания, культурно-гигиенические навыки, навыки бытового характера (умение одеваться и раздеваться самостоятельно, убирать вещи в шкаф, чистить зубы и др.) [41].

В отличие от более старшего возраста, трудовая деятельность дошкольника не стремится к созданию объективно значимого для общества продукта. В данном случае, потребность в самостоятельности является основной.

У детей с аутистическим расстройством часто наблюдаются специфические симптомы, присущие диагнозу. К основным особенностям, ограничивающим их социальную адаптацию, обучение и общение со сверстниками, относятся:

- ярко-выраженные трудности социально-эмоционального взаимодействия;
- сложности планирования собственной деятельности и поведения, а также поведенческие нарушения, проявляющиеся в разной степени;
- специфика развития психических функций (в целом своеобразное развитие познавательной деятельности);
- отсутствие контакта с окружающими, безынициативность в общении;

— потребность в специально организованном образовательном пространстве, специальных приемах и методах при обучении и психолого-педагогическом сопровождении детей с РАС [44].

Успешный перенос навыков в повседневную жизнь возможен при полной автоматизации таких компонентов как умение, ориентировка, навык. Умение – метод выполнения действия, полностью отработанный субъектом. Основой является совокупность знаний и навыков. Формируется вероятность воспроизведения действий не только в привычных, но и в изменяющихся условиях. Развивается склонность к целенаправленной и результативной деятельности (А. В. Усова, Д. Б. Эльконин) [48; 50].

Ориентировка – сложная деятельность индивида, которая отвечает на исполнение действия; имеет свои этапы в строгой последовательности:

1 этап – действия, направленные на ознакомление с информацией для формирования первичных представлений и предстоящем процессе.

2 этап – сопоставление необходимых условий с фактическими для реализации планируемого действия.

3 этап – мыслительная операция, осуществляющая сравнение предполагаемого и фактического результата.

4 этап – устранение несоответствия вследствие несоответствия желаемого и полученного результата [46].

При нормотипичном развитии социально-бытовые навыки формируются естественным путем в процессе наблюдения за поведением окружающих взрослых в повседневной жизни. Ребенок часто просит взрослого показать ему необходимую операцию для имитации действий (тем самым проявляя свою самостоятельность в получении желаемого результата). Поэтапно он усваивает требования социума, несмотря на возникающие трудности и индивидуальные особенности [15; 41].

Дети с РАС самостоятельно не смогут пройти все вышеперечисленные этапы самостоятельно. У многих нет мотивации к овладению социально-бытовыми навыками и их применением. Это связано с нарушенным

взаимодействием с окружающим миром, пресыщаемостью и истощаемостью в контактах, отсутствием инициативности со стороны ребенка.

Несомненно, дети с аутизмом нуждаются в комплексной работе по развитию эмоциональной сферы, высших психических функций, взаимодействия с окружающим миром. Именно в этом случае навыки самообслуживания, закрепленные в разных бытовых ситуациях, могут быть генерализованы наиболее эффективно [3].

Повседневные жизненные навыки составляют важнейшую область адаптивного поведения, которое определяется как поведение, необходимое для соответствующего возрасту независимого функционирования в социальной, коммуникативной, двигательной сферах или в обыденной жизни. У детей с аутизмом уже в возрасте 36 месяцев наблюдается большее несоответствие между их адаптивным поведением и умственным возрастом, чем у больных с другими задержками развития. Эти нарушения в повседневных жизненных навыках могут стать более выраженными с течением времени [64].

Дети с РАС часто испытывают болезненные гиперстезии к обыденным внешним раздражителям: свету, звуку, тактильным и температурным ощущениям. Впоследствии этого формируются различные, нехарактерные для нормотипичных детей, страхи. Неспособность справиться с окружающим миром заставляет ребенка с аутизмом замыкаться и «уходить в себя». Перечисленные трудности препятствуют социальному развитию ребенка, создают множество трудностей для нормальной жизнедеятельности.

Кроме всего вышеперечисленного было установлено, что трудности реализации социально-бытовой ориентировки у детей с РАС обусловлены особенностями его психического развития (низкий уровень развития памяти, внимания; стереотипность и ригидность поведения; отсутствие навыка имитации). Сложность обучения социально-бытовым навыкам в значительной степени связана с нарушениями взаимодействия с окружающими, сверхчувствительностью и необычными страхами, а также трудностями в

процессе произвольного сосредоточения, нарушениями в мотивационной сфере [3; 19].

Развитие социально-бытовой ориентировки у детей с РАС требует осуществления специальной целенаправленно организованной деятельности, учитывающей структуру и особенности дефекта [13].

Проблема осложняется тем, что большинство родителей детей с РАС не сообщают о трудностях в обучении навыкам повседневной жизни, так как им легче выполнять такие задачи вместо своего ребенка. Иногда родители боятся потерять контакт, вызвать негативную реакцию или просто экономят время, нередко одевая и раздевая ребенка, опережая его движения или желания. Нормотипичные дети в возрасте 3-х лет защищают свою самостоятельность, протестуют при вмешательствах. В то же время аутичный ребенок будет стараться привлечь внимание взрослого, который сможет создать для него ощущение успеха [25; 55].

Дети с аутистическим расстройством не осваивают самостоятельно даже самые элементарные навыки повседневной жизни. Кроме того, у них существенно затруднен перенос приобретенных ими умений в новые и непривычные условия. По мере взросления аутистические черты могут быть отчасти скорректированы (не так ярко выражены), но в то же время становится все более очевидной непригодность ребенка к повседневной жизни и выполнению базовых действий самообслуживания.

РАС касается различных сфер жизни и деятельности ребенка: обучения, социального взаимодействия, но особенно бытовой сферы. Дети с аутизмом не могут самостоятельно помыть руки, одеться на прогулку, положить себе пищу на тарелку, сходить в магазин. Они испытывают страх, ужас и растерянность при выполнении таких простых повседневных действий. Часто они выражают свои чувства нежелательным поведением, агрессией и аутоагрессией. Столкновение с этими трудностями заставляет родителей отказаться от самостоятельного обучения ребенка, посещения общественных мест [26].

Кроме того, эти трудности резко сужают круг общения как ребенка, так (и прежде всего) его родителей, так как окружающие часто не способны принять такое поведение. При этом тормозится общее психическое развитие ребенка. Если какую-либо психическую функцию или навык не начать формировать у ребенка с РАС вовремя, то многократно усложняется трудность коррекционных задач, которые стоят перед родителями, педагогами, психологами. Потребности в уходе детей с РАС значимы и затрагивают ближайшее окружение (родители, братья и сестры, старшее поколение) и требуют значительных ресурсов общества [51].

Для достижения более высокой степени самостоятельности в освоении различных навыков самообслуживания необходимо:

- определение актуального состояния развития каждого навыка;
- определение ближайших задач в обучении конкретного ребенка;
- тренировка действий внутри каждого навыка;
- определение индивидуальной системы помощи, поощрений и контроля;
- оценка эффективности обучения [27].

Повседневные жизненные навыки помогают укрепиться в становлении самостоятельной жизнедеятельности. В литературе можно встретить множество примеров, когда дети с РАС, при высоком уровне развития социально-бытового поведения, смогли успешно социализироваться, почувствовать себя полноценными членами общества [38].

Можно выделить следующие рекомендации, которые следует соблюдать для эффективного формирования социально-бытовых навыков [3]:

1. Основа обучения – эмоциональный контакт с ребенком, принятие его индивидуальных особенностей, специфических интересов и страхов.
2. Грамотное дозирование нагрузки, постепенное соотношение её с внутренним ритмом.
3. Необходимо с раннего возраста обучать детей элементарным навыкам самообслуживания.

4. Важно выделить один конкретный навык, не пытаться сформировать все одновременно.

5. Необходимо создавать ситуации успеха для формирования мотивации и интереса.

6. Взрослому важно быть последовательным в собственных требованиях и реакциях. Необходима четкая и постоянная последовательность действий.

7. Важно использовать спонтанный интерес ребенка к предметам окружающего мира. В данном случае необходимо проявить гибкость и мобильность для поддержания проявленных эмоций.

Каждый ребенок с РАС уникален. Аутичные дети отличаются друг от друга по степени нарушений взаимодействия, поведенческим проблемам, уровню интеллектуального развития. Многих объединяет неприспособленность к повседневным ситуациям и трудность переноса накопленных знаний на реальную жизнь. Стоит отметить, что при обращении к специалистам многие родители на первое место ставят проблемы в речевой и интеллектуальных сферах. Хотя несостоятельность ребенка с РАС в социально-бытовой сфере затрудняет его самостоятельное нахождение в социуме, создает большие сложности для него и для ближайшего окружения.

Формирование социально-бытовых навыков является одной из актуальных задач в работе с детьми с аутистическим расстройством. От результатов зависит качество жизни ребенка и его близких. При нормотипичном развитии (даже при возможных поведенческих трудностях или снижениях интеллектуального развития) не уделяется особое внимание социально-бытовой адаптации, так как это является второстепенной задачей. При не овладении навыками бытового поведения в соответствии с возрастом, дети могут освоить их самостоятельно в будущем. В свою очередь дети с РАС, из-за особенностей эмоционально-личностной и когнитивных сфер, имеют значительные затруднения при формировании социально-бытовых навыков. Сложности связаны с нарушением

контакта, планированием деятельности, влиянием гиперестезий, трудностями в освоении новых видов деятельности и отсутствием навыков имитации [22; 33].

1.3 Важность участия родителей в реализации поведенческого подхода в процессе формирования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра

Как мы уже отмечали ранее, для детей с РАС характерно отсутствие взаимодействия с внешним миром, отчужденность. Монотонное повторение звуков и движений, которые могут возникать вследствие непонимания инструкции педагога, либо снижения мотивации и интереса на занятии. Непредвиденное изменение ситуации может вызвать у ребенка гнев, истерику или приступы аутоагрессии. Стоит отметить, что не все дети с РАС замыкаются в себе и избегают контакта с другими людьми, не у всех может быть нарушена интеллектуальная способность и речь. В этом и раскрывается вся многогранность данного диагноза [51].

Существует множество методов коррекции аутизма и ряд сопутствующих методик: иппотерапия, дельфинотерапия, песочная терапия и т.д. Для развития навыков и устранения «нежелательного поведения» аутичного ребенка специалисты рекомендуют применять один из самых эффективных в настоящее время методов – поведенческую терапию или метод прикладного анализа поведения АВА (Applied behavior analysis) [29].

Прикладной анализ поведения или АВА – это наука, занимающаяся модификацией поведения, которое в значительной степени зависит от внешнего подкрепления, как положительного, так и отрицательного (оперантное обусловливание). В современной литературе термин «АВА» чаще всего упоминается в связи с терапевтическим обучением детей с диагнозом аутизм. Однако методы АВА применяются не только в терапевтических целях, но также

и в процессе обучения детей любым новым навыкам. АВА предназначен для изменения или ослабления поведения, а также улучшения речи, общения, внимания, социальных навыков [65]

Метод АВА для работы с детьми с аутизмом впервые был использован доктором Иваром Ловаасом и его коллегами из Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе в 1963 году. Основу составляет идея о том, что любое поведение влечет за собой некоторые последствия, и, если ребенку последствия нравятся, он будет это поведение повторять. При этом подходе все сложные навыки (речь, творческая игра, умение смотреть в глаза и др.), разбиваются на микродействия. Каждое разучивается с ребенком отдельно, а затем соединяются в поведенческую цепочку, образуя более сложное действие. При этом взрослый не дает инициативу ребенку, а достаточно жестко управляет его деятельностью. Правильные действия закрепляются до автоматизма, неправильные – строго пресекаются. Для достижения желаемого поведения используют подсказки и подкрепления. Закрепленным навык считается только тогда, когда ребенок сможет выполнять это действие без ошибок в 80 процентах ситуаций вне зависимости от того, где и кем было предложено задание [29].

АВА использует эмпирически проверенные методы для улучшения коммуникации, следования указаниям, установления зрительного контакта, формирования навыков повседневной жизни, моторики, академических навыков, а также снижения проблемного поведения (самоповреждения, аутостимуляция и агрессия) [60].

В АВА любое поведение, кроме врожденных рефлексов, является обученным или обучаемым, и, следовательно, доступного для изменений. При таком подходе, мы не можем изменить человека, но можем работать с его поведением. Для этого необходимо:

1. Определить, что является проблематичным – поведение или его отсутствие.
2. Проанализировать данную проблему (является проблемой самого ребенка, или окружающих его людей).

3. Оценить действительно ли при отсутствии данного поведения ребенок сможет достичь наибольшего прогресса [55].

Подкрепление (Reinforcement) – это ключевой элемент, который должен предъявляться сразу после положительного поведения, тем самым увеличивая вероятность этого эпизода в будущем.

Существуют разные типы подкрепления [2]:

– DRI (Differential Reinforcement of Incompatible Behaviors): дифференциальное подкрепление несовместимого поведения. Подкрепление случаев поведения, несовместимого с данным (что мы можем предложить ребенку вместо проблемного поведения).

– DRA — это поощрение или подкрепление альтернативного поведения, выполняющего ту же функцию, и одновременное удержание подкрепления за нежелательное поведение.

– DRL (Differential Reinforcement of Lower Rates of Behavior): Дифференциальное подкрепление более редкой встречаемости поведения и тем самым уменьшение частоты проявления нежелательного поведения.

Следует соблюдать следующие пункты:

1. Фиксировать эпизоды нежелательного поведения в течение 2-4 недель (наблюдаем сколько раз в час/день).

2. Рассчитать среднее количество эпизодов возникновения нежелательного поведения.

3. Сообщить ребенку о поощрении и его уменьшении за проявление эпизодов нежелательного поведения.

4. Эффективность оценивается снижением допустимого числа эпизодов поведения (до тех пор, пока оно не достигнет приемлемого уровня).

– DRO (Differential Reinforcement of Other Behavior): дифференциальное усиление отсутствия нежелательного поведения. Процедура, при которой подкрепление следует за любым поведением, кроме данного. Представляет собой положительную стратегию, которая не подразумевает наказаний. Целью является отсутствие проявления нежелательного поведения на протяжении

определенного промежутка времени. Эффективна для уменьшения частых, серьезных проблематичных или повторяющихся поведений. Предполагается индивидуальная работа ребенка и тьютора, однако необходимо 2-3 наблюдателя для фиксации данных.

Стратегии лечения могут варьироваться в зависимости от возраста, сильных и слабых сторон ребенка. Например, вмешательство для малыша с недавним диагнозом РАС может включать поведенческие и развивающие подходы (индивидуально или в контексте комплексный подход) и, по мере его прогрессирования, вовлечение в специализированную или типичную дошкольную программу [10; 59].

Комплексная модель лечения использует центральную концептуальную основу для решения широкого спектра симптомов и предназначен для решения конкретных проблем. В комплексной модели лечения могут использоваться прикладной анализ поведения АВА, подходы к развитию и/или натуралистические подходы [62].

Вмешательства АВА варьируются от высоко структурированных подходов, ориентированных на взрослых (например, дискретное пробное обучение или инструктирование, вербальные поведенческие приложения и другие), до вмешательств в естественную среду, которая может управляться ребенком и реализовываться в контексте игровой деятельности или повседневной рутины и деятельности и изменяться в зависимости от ребенка [16].

Чтобы определить какое вмешательство является наиболее подходящим, поведенческий клиницист работает с семьей и ребенком, чтобы определить, какие навыки следует использовать для развития и поддержания и какие цели являются подходящими [62].

Раннее интенсивное поведенческое вмешательство (ЕІВІ) представляет собой особую форму и является одним из наиболее часто используемых методов лечения РАС. Истоки ЕІВІ связаны с моделью проекта «Молодой аутизм» (также

называемой моделью Ловааса) Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе [67]. Основные элементы EIBI включают [73]:

- особую процедуру обучения, именуемую дискретным пробным обучением;
- использование соотношения взрослых и детей 1:1 на ранних стадиях лечения;
- внедрение дома или в школе в течение от 20 до 40 часов в неделю в течение одного-четырех лет жизни ребенка (Eikeseth 2009; Smith 2010) [62].

Как правило, EIBI осуществляется под наблюдением персонала, обученного процедурам прикладного анализа поведения (АВА), который систематически следует руководству по лечению (например, Lovaas O. I., 1981 [67]; Maurice C., 1996, [70]), в котором указывается объем и последовательность задач, которые необходимо ввести и обучить.

В EIBI основные недостатки РАС устраняются путем разработки индивидуальных программ вмешательства, основанных на текущих поведенческих репертуарах ребенка (например, коммуникативные и социальные навыки). Эти индивидуальные планы используют поведенческие методы для обучения новым навыкам. Функциональный подход используется для уменьшения проблемного поведения, которое может помешать обучению, и обучения более подходящему замещающему поведению. EIBI также обычно включает семейный компонент, когда родители реализуют, управляют или помогают в планировании и проведении лечения, тем самым повышая эффективность лечения [73].

В некоторых источниках не существует различий между EIBI и АВА. EIBI — это ручной пакет лечения, в котором используются технологии и методы, основанные на принципах АВА. АВА определяет науку о человеческом поведении; EIBI — это один из видов лечения (т.е. набор практик), который основан на этой науке. EIBI использует АВА, но АВА гораздо шире, чем EIBI [40].

Использование методов АВА-терапии для лечения симптомов РАС предполагает, что проявляемое поведение может быть изменено путем программного укрепления навыков, связанных с общением и приобретением других навыков [62].

Таким образом, лечение АВА может быть направлено на развитие новых навыков (например, социальное взаимодействие) и/или минимизацию поведения (например, агрессии), которое может мешать ребенку.

АВА дает наибольший эффект, если заниматься с ребенком 30-40 часов в неделю. Оптимальное время начала занятий – дошкольный возраст (до 6 лет).

Дошкольный возраст позволяет наиболее эффективно работать с нежелательным поведением, так как оно еще не успевает закрепиться. При активном взаимодействии педагога и родителя можно достичь желаемых результатов. Первоначальная задача специалиста по АВА – определить поведенческую проблему ребенка, провести наблюдение и изучить поведение, после чего произвести оценку и выработать стратегии обучения ребенка [29].

Семьи должны быть вовлечены в выбор подходов к вмешательству и оставаться вовлеченным участником в последующих образовательных и терапевтических решениях. Описаны две категории научно-обоснованных вмешательств: комплексная модель лечения и целенаправленные вмешательства. Эти вмешательства могут проводиться в различных условиях (например, дома, в классе, в натуралистической среде или в сообществе), различными специалистами (например, специалистом по развитию, поведенческим терапевтом, педагогом или обученным родителем), индивидуально или в группах, а также с использованием установленного учебного плана [62].

В исследованиях отечественных (О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, И. Б. Карвасарская, Е. М. Мастюкова, М. Ю. Веденина и др.) и зарубежных (Jonathan A. Weiss, A. Wingsiong, Y. Lunskey и др.) ученых было доказано, что родители детей с РАС зачастую находятся в стрессовых ситуациях, вследствие деструктивной перестройки семейной системы (ограничение контактов,

ухудшение эмоционального фона, повышенная тревожность). Среди родителей формируется стереотип созависимости, который затрудняет процесс адаптации ребенка с аутизмом [5; 26; 34].

В предыдущем параграфе мы обсуждали причины трудностей в формировании социально-бытовых навыков у детей с РАС. Сложности обусловлены еще тем, что ребенок затрудняется с переносом приобретенных им умений в другие условия. По мере взросления аутистические черты могут сглаживаться и в то же время становиться все более открытой неприспособленностью к повседневной жизни [11].

М. Ю. Веденина отмечает, что родители аутичного ребенка зачастую самостоятельно осуществляют уход за ним, они не готовы заниматься самостоятельной выработкой у него навыков бытовой адаптации. Вследствие этого начинается усиление гиперопеки, которая в дальнейшем препятствует социальному развитию ребенка.

В работах отечественных специалистов (О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг) отмечается, что для эффективного овладения и применения бытовыми навыками следует организовать бытовую повседневную ситуацию с опорой на привычную для ребенка деятельность [24; 33].

С. С. Морозова и О. Н. Окунева при коррекционном вмешательстве, направленном на формирование социально-бытовых навыков, рекомендуют учитывать организацию пространства, времени и планирование последовательности этапов действий [31].

Рассмотрев подходы ученых к формированию навыков социально-бытовой ориентации у детей с РАС можно сделать вывод, что в основе эффективного обучения должна находиться зрительная пространственно-временная организация, строгое структурирование среды, деление каждого навыка на отдельные этапы.

Для наиболее полной комплексной среды необходима работа внутри семьи, которая поможет достичь положительных результатов при соблюдении некоторого ряда условий:

- полное информирование родителей об особенностях детей с РАС;
- повышение психологической компетентности родителей в разных сферах;
- обучение родителей техникам эффективного взаимодействия с ребенком в рамках детско-родительских отношений.

Критерии готовности родителей для психологического сопровождения:

- определение психологического типа родителя;
- стиль воспитания [49].

Из этого формируется необходимость создание комплекса психологической поддержки и обучения родителей детей с РАС.

В 2012 году в исследовании «What do you like/dislike about treatments you're currently using?: A qualitative study of parents of children with Autism Spectrum Disorders» [69] американские ученые выяснили, что после постановки диагноза РАС и до наступления младшего школьного возраста дети получают до 7 различных вмешательств. Около 52 % направлены на формирование детско-родительских отношений. В 59% случаев предполагается, что родители не только будут принимать участие во вмешательстве, но и сами будут представлять его. Анализ эмпирических данных показывает, что вовлеченность родителей повышает эффективность вмешательства и вероятность достижения оптимальных исходов, а также улучшает психическое состояние самих родителей. Поддерживая ребенка и оказывая ему помощь, родитель опосредованно помогает и самому себе.

Программы, эффективность вовлеченности родителей в которые была доказана [14]:

- Тренинг родителей. Является элементом программ ASCEND, PPP, Incredible Years, GIFT, PCIT. Рассматривается прямой и опосредованный значимый эффект вовлеченности родителей в программу.
- Прикладной анализ поведения. Предусматривается участие родителей в исключительно вспомогательной роли. Заниматься с ребенком дополнительно

необходимо, и только при совместной работе родителя и специалиста в тандеме возможна успешная реализация вмешательства.

– Обучение опорным навыкам PRT. Является одной из модификаций прикладного анализа поведения. Родитель еще глубже погружается в процесс терапии, и значимость его роли возрастает.

– Ранняя денверская модель ESDM предполагает очень активное участие родителя для обеспечения эффективности вмешательства.

Группа подходов с недоказанной эффективностью для развития детско-родительских отношений (PLAY, DIR/Floortime, RDI). Из-за отсутствия достаточной доказательной базы установить степень эффективности включения родителей во вмешательства пока не удалось.

Фенотипическая гетерогенность среди детей ясельного возраста с симптомами РАС усложняет прогнозирование их более поздних диагностических и клинических результатов, указывая на важность выявления более однородных подгрупп с РАС [41].

На сегодняшний день нет сомнений в том, что чем раньше выявляются проблемы когнитивного и психомоторного развития ребенка, тем выше шансы на своевременное вмешательство и изменение потенциальной траектории его развития. Временная задержка в приобретении когнитивных, сенсорных и моторных навыков может быть вызвана различными нарушениями нервного развития, и довольно часто отягощен по аутистическим симптомам. Прогресс в раннем выявлении симптомов РАС и последующее вмешательство могут значительно улучшить социальную адаптацию пострадавших детей [42].

Участие родителей в проведении коррекционного вмешательства играет важную роль. Родители могут научиться применять стратегии вмешательства во взаимодействии со своими детьми, причем они могут делать это так же хорошо, как обученные специалисты [47].

Феномен родительского участия в целенаправленных вмешательствах у детей с РАС всё чаще становится объектом для изучения. Эффективность результатов отмечается во многих исследованиях: у детей успешно развиваются

коммуникационные навыки, навыки игры; улучшаются детско-родительские отношения. Кроме того, у родителей снижается уровень стресса, они полностью принимают ребенка и его особенности, становятся оптимистично настроенными и компетентными.

В большинстве случаев, вмешательство, которое реализуют родители, не требует особой подготовки, оборудования и обучения. Требуются обычные игрушки или любые другие интересующие ребенка материалы. Стратегии применяются в процессе повседневного взаимодействия с ребенком. Многие программы вмешательства делают акцент на важности положительных эмоций и созданию доверительной, счастливой атмосферы, что способствует успешному обучению детей. Исследования показали, что социальные отношения родителей и детей – это фундамент для обучения и общения.

Выводы по главе

Аутистическое расстройство рассматривается как спектр, который может варьироваться от очень легкой степени до тяжелой. Для детей характерны ограниченность социальной коммуникации и повторяющееся необычное сенсомоторное поведение.

Для объяснения механизмов этиопатогенеза РАЗ существуют три наиболее изученных в современной науке когнитивных теорий:

1. Теория модели психического (Theory of Mind).
2. Теория слабости центральной когерентности (Weak Central Coherence Theory).
3. Теория исполнительных функций (Executive Functions Theory).

Так или иначе, до настоящего времени не описано единого механизма формирования РАС как на биохимическом, так и на структурном уровне.

Формирование социально-бытовых навыков является одной из актуальных задач в работе с детьми с РАС. Дети с аутистическим расстройством, из-за особенностей эмоционально-личностной и когнитивных сфер, имеют значительные затруднения при формировании социально-бытовых навыков. Сложности связаны с нарушением контакта, планированием деятельности, влиянием гиперестезий, трудностями в освоении новых видов деятельности и отсутствием навыков имитации.

Семьи должны быть вовлечены в выбор подходов к вмешательству и оставаться вовлеченным участником в последующих образовательных и терапевтических решениях. При активном взаимодействии педагога и родителя можно достичь желаемых результатов.

ГЛАВА 2. Определение уровня сформированности социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра

2.1 Обоснование выбора методов и методик для диагностики уровня сформированности социально-бытовых навыков у детей с расстройством аутистического спектра

Было проведено эмпирическое исследование, целью которого являлось определение уровня сформированности социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста с аутизмом.

В эмпирической части исследования применялись следующие методы:

- беседа;
- анкетирование;
- наблюдение.

Диагностические методики для определения уровня сформированности социально-бытовых навыков:

1. *Шкала Аутизма (А. Д. Наследов, Л. О. Ткачева, С. А. Мирошников) (Приложение А).*

Цель – раннее выявление у 3-4 летних детей группы риска по РАС, основанных на современных методах математической обработки и анализа данных.

А. Д. Наследовым совместно с коллегами была разработана шкала Аутизма, которая представляет собой анкету для родителей, воспитателей или специалистов, занимающихся с ребенком. Вопросы касаются поведения ребенка в типичных бытовых ситуациях [71].

Некоторая часть вопросов скрининга предусматривает возможность обращения к ребенку во время обследования или запись предшествующих наблюдений. При невозможности их оценки по причине отсутствия контакта они отмечаются как невыполненные.

Важна достоверность данных по каждому пункту, поэтому обследование должен проводить специалист – психолог, специальный педагог (дефектолог) или психиатр. Учет ответов родителей об их наблюдениях поведения и действий ребенка в домашней обстановке возможен, только если специалист считает эти сведения достоверными.

В методике выделены следующие субшкалы, по которым происходит оценка испытуемых:

- коммуникация (9 пунктов);
- эмоции (11 пунктов);
- сенсорика (10 пунктов);
- расторможенность (10 пунктов).

Значения по субшкалам подсчитываются как суммы входящих в них пунктов.

Применяется следующий алгоритм обработки: по каждой из 4-х субшкал подсчитывается исходный «сырой балл» (количество ответов «да», инвертированные пункты обрабатываются в обратном виде). Сложение этих значений равняется значению суммарной шкалы.

По формуле (1) для 4-х субшкал проводится вычисление скорректированного «сырого балла» – дискриминантной оценки для данного ребенка.

$$DS_i = -1.803 + 0.229*S1_i + 0.175*S2_i + 0.268*S3_i + 0.094*S4_i \quad (1)$$

Где $S1_i - S4_i$ – исходное значение соответствующей шкалы для ребенка i .

Далее эти сырые баллы преобразуются по таблице норм в балльное значение по 20-балльной шкале Аутизма.

По таблицам норм шкалы Аутизма оценивается вероятность РАС. Граничный диапазон по этой шкале от 5 до 7, выше – высока вероятность РАС.

2. *Методика «Социограмма» РАС- SP. На основе третьего издания по Х. С. Гюнцбургу (Приложение Б).*

Цель – выявление уровня развития ребенка с множественными нарушениями; оценка развития навыков ребенка с множественными нарушениями в динамике.

Методика представляет собой бланк карты наблюдений, который заполняется родителями, воспитателями или специалистами, занимающимися с детьми. Происходит оценка навыков в 4-х сферах: самообслуживание, моторика, восприятие и речь, социальная приспособленность. В исследовании подробно был проанализирован блок самообслуживания, который включал в себя следующие подгруппы: еда, туалет и умывание, раздевание и одевание.

Благодаря радиальной форме представления можно наглядно увидеть уровень развития навыков. Сформированный навык отмечается синим цветом; если навык сформирован частично – оранжевым, если не сформирован – серым. При повторной диагностике новый сформировавшийся навык отмечается красным цветом.

Использование методики дает информацию о темпе развития ребенка, выявляет области наиболее активного развития, позволяет установить сензитивные периоды, в которые работа по адаптации ребенка может вестись более интенсивно.

3. *Методика обследования социально-бытовых навыков (Г. Г. Зак) (Приложение В).*

Цель – определение уровня социально-бытовых навыков [17].

Данная методика состоит из 3-х групп, каждая из которых включает в себя вопросы или конкретные задания:

- I. Изучение знаний детей о себе и о предметах окружающего мира.
- II. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики).
- III. Изучение сформированности социально-бытовых навыков.

Каждая группа имеет свои параметры и критерии оценивая, которые при суммировании определяют итоговый балл, соответствующий определенному уровню развития социально-бытовых навыков.

I уровень — социально-бытовые навыки полностью сформированы. Дети самостоятельно выполняют все операции по всем представленным блокам.

II уровень — социально-бытовые навыки частично сформированы. Дети выполняют все действия самостоятельно, но нуждаются в напоминании и подсказке со стороны взрослых при выполнении отдельных операций.

III уровень — социально-бытовые навыки находятся в стадии формирования, реализация навыка происходит при незначительной помощи взрослого. Дети, у которых формирование навыков находится на этом уровне, могут самостоятельно выполнять некоторые операции, но при этом отмечается неаккуратность в выполнении действия.

IV уровень — социально-бытовые навыки формируются. Дети нуждаются в значительной помощи взрослого, сотрудничают со взрослым, реализация навыка проходит в партнерстве со взрослым.

V уровень — социально-бытовые навыки отсутствуют. В эту группу входят как дети, которые при выполнении навыка со взрослым не сотрудничают, не понимают цели задания, могут вести себя неадекватно по отношению к нему, так и дети, которые пытаются сотрудничать со взрослым при выполнении того или иного навыка, т. е. выполняют действия, незначительно облегчающие уход за собой [45].

Заполнение анкет происходило совместно с родителями, которым дополнительно был задан ряд уточняющих вопросов:

- С кем из ближайшего окружения ребенок находится в более тесном контакте?
- Может ли ребенок учиться чему-то самостоятельно?
- Какие трудности возникают при обучении ребенка одеваться и раздеваться, помогать по дому, выполнять гигиенические процедуры?

— Мотивирован ли ребенок на выполнения каких-либо навыков самообслуживания?

— С чем на ваш взгляд могут быть связаны трудности?

— Какие приемы уже были использованы при обучении ребенка социально-бытовым навыкам?

В беседе с педагогами и специалистами, занимающимися с детьми, обсуждались вопросы специфических особенностей испытуемых, а также обсуждалась педагогическая и психологическая характеристика.

Дополнительное наблюдение за испытуемыми проходило в свободной и обучающей деятельности, так как поведение детей с РАС может меняться в зависимости от ситуации и места.

Таким образом, перечисленные методы и методики взаимно дополняют друг друга, позволяют комплексно оценить сферу социально-бытовых навыков каждого испытуемого и соответствуют задачам экспериментальной работы и теме исследования.

2.2 Характеристика контингента испытуемых, задействованных в экспериментальном изучении

Характеристика базы исследования

Экспериментальное исследование проводилось в центре развития «Точка роста».

Место нахождения образовательной организации: г. Екатеринбург, ул. Токарей, 24.

«Точка роста» является центром реализации комплексной программы реабилитации и социальной адаптации детей с аутистическим расстройством и другими нарушениями в развитии. Занятия проводят высококвалифицированные специалисты с психолого-педагогическим образованием, получившие

дополнительное образование в области поведенческого анализа, и практикующие под супервизией сертифицированного поведенческого аналитика.

Одним из основных направлений является поддержка семей, воспитывающих детей с особенностями развития. «Точка роста» проводит семинары, осуществляет деятельность групп психологического сопровождения родителей. Для обмена опытом с коллегами, сотрудники данного центра организуют конференции, где представляют актуальные исследования и обзоры разработок в области аутизма.

Коррекционно-развивающие занятия проводятся по следующим направлениям:

- АВА-терапия;
- сенсорная интеграция;
- кинезиотерапия;
- логопедия;
- PECS и др.

Характеристика контингента испытуемых, задействованных в экспериментальном исследовании

Исходя из цели и задач нашего исследования, работа состояла из следующих этапов:

1 этап – определение проблемы и подбор диагностического инструментария.

2 этап – диагностика детей дошкольного возраста детей с РАС.

3 этап – разработка индивидуальных программ по формированию социально-бытовых навыков техниками поведенческой терапии.

4 этап – контроль за реализацией программ (супервизии).

5 этап – повторная диагностика детей дошкольного возраста с РАС.

6 этап – сопоставление полученных результатов с первоначальными.

В исследовании приняли участие 10 детей с аутистическим расстройством (5 девочек и 5 мальчиков) и их законные представители (родители, бабушки,

опекуны), а также педагоги и специалисты, занимающиеся с детьми. Возраст испытуемых: 3 – 5 лет (средний возраст: $3,9 \pm 1,1$ года). Диагноз испытуемых подтвержден ПМПК или врачом – F. 84.0 (Детский аутизм).

Критерии включения для групп с РАС были следующими: подтвержденный диагноз аутизма на основании критериев МКБ-10 (F84.0) и результаты по шкале оценке Аутизма более 7-ми баллов.

Характеристика контингента испытуемых составлена на основе изучения психолого-педагогической документации, материалов беседы с сотрудниками центра «Точка роста» и родителями детей с особенностями развития, собственных наблюдений автора исследования.

Общие данные об испытуемых представлены в Таблице 1 (по этическим нормам и в соответствии с соблюдением принципа конфиденциальности имена испытуемых изменены).

Таблица 1

Характеристика испытуемых, задействованных в экспериментальном исследовании

Испытуемые	Дата рождения	Диагноз
А. Л.	13.09.2017 г.	F.84.0 – Детский аутизм (ПМПК)
А. К.	10.09.2017 г.	F.84.0 – Детский аутизм (справка от врача)
В. К.	11.08.2018 г.	F.84.0 – Детский аутизм (справка от врача)
В. Н.	06.05.2017 г.	F.84.0 – Детский аутизм (ПМПК)
Д. К.	17.12.2017 г.	F.84.0 – Детский аутизм (справка от врача)
Л. Г.	09.11.2017 г.	F.84.0 – Детский аутизм (ПМПК)
М. Р.	12.02.2018 г.	F.84.0 – Детский аутизм (справка от врача)

М. Э.	23.05.2018 г.	F.84.0 – Детский аутизм (справка от врача)
С. С.	21.07.2018 г.	F.84.0 – Детский аутизм (справка от врача)
Ю. С.	17.09.2017 г.	F.84.0 – Детский аутизм (ПМПК)

Преобладающее количество детей посещают дошкольные образовательные учреждения (ДОУ) от 4-х до 8-ми часов. У большинства испытуемых обостренная чувствительность, наблюдаются особенности восприятия. Многие могут наносить вред самим себе, присутствует нарушение чувства опасности. Можно отметить триаду симптомов, демонстрирующих различные проявления аутизма: нарушение в сфере социального взаимодействия, нарушения в сфере коммуникации и нарушения в поведении. Большинство испытуемых затрудняются в управлении своими эмоциями, дети не могут сочувствовать, сострадать, понимать чувства других людей.

Детям характерны моторные стереотипии, элементы сенсорной дезинтеграции (сниженная или повышенная чувствительность вестибулярной, зрительной, слуховой систем). Испытуемые часто проявляют аутоагрессию, используют в своей деятельности определенные ритуалы.

У многих испытуемых встречаются сопутствующие неврологические расстройства, среди которых распространены тревога, депрессия, страхи, эпилепсия.

Для детей характерна выраженная задержка и нарушения речевого развития (независимо от уровня интеллектуального развития). У некоторых детей речь отсутствует, у других ограничивается речевыми штампами. У части испытуемых речь достаточно развернутая, однако ограничивается специфическими интересами (диалог в данном случае недоступен). Для испытуемых характерно снижение познавательной активности, эмоционально-

волевая незрелость. В развивающем центре дети занимаются с логопедом, дефектологом, психологом.

2.3 Анализ результатов экспериментального исследования изучения социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра

Цель констатирующего этапа эксперимента – определить уровень сформированности социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста с аутистическим расстройством.

Результаты измерялись с использованием стандартизированных оценок, качественных данных, шкал родителей или учителей (или обеих) и поведенческих наблюдений, которые проводились в течение трех недель в различных ситуациях: на коррекционных занятиях, в перерывах, на прогулке, а также во время свободной деятельности.

На первом этапе была использована скрининговая диагностика испытуемых по шкале Аутизма (А. Д. Наследов, Л. О. Ткачева, С. А. Мирошников), что позволило оценить наличие проявлений РАС у испытуемых и степень их выраженности.

На втором этапе диагностики оценивался уровень сформированности социально-бытовых навыков у детей с аутизмом. Для этого была выбрана методика Г. Г. Зак «Методика обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста». Под социально-бытовыми навыками подразумевались навыки социального (навыки самообслуживания и культурно-гигиенические навыки) и бытового (умение вешать одежду на стульчик или убирать одежду в шкаф и др.) характера. На основе анализа полученных данных в соответствии с определенными критериями оценки были выделены уровни сформированности социально-бытовой ориентировки.

На третьем этапе диагностики была произведена наглядная оценка развития навыков испытуемых. Особому вниманию и анализу был подвержен блок самообслуживания, которые включал в себя следующие подгруппы: еда, раздевание и одевание, туалет и умывание. Интерпретация результатов показала, что целенаправленная коррекционная работа в большей степени должна быть направлена на формирование навыков в разделах «раздевание и одевание» и «туалет и умывание».

Результаты, которые основаны на данных о каждом испытуемом представлены в Таблице 2.

Таблица 2

Обобщенная таблица результатов испытуемых по проведенному комплексу методик

Испытуемые	Шкала Аутизма	Оценка социально-бытовых навыков	Социограмма*
А. Л.	7 баллов	2 уровень	5
А. К.	12 баллов	5 уровень	16
В. К.	12 баллов	5 уровень	14
В. Н.	9 баллов	4 уровень	13
Д. К.	11 баллов	2 уровень	9
Л. Г.	15 баллов	4 уровень	12
М. Р.	11 баллов	4 уровень	11
М. Э.	9 баллов	4 уровень	14
С. С.	14 баллов	5 уровень	14
Ю. С.	14 баллов	4 уровень	11

* – количество несформированных или частично сформированных навыков из блока самообслуживания

Была проведена качественная обработка данных каждого испытуемого на основе их данных (Приложение Г). В работе представлена качественная характеристика одного испытуемого.

Имя: А. К.

Дата рождения: 10.09.2017

Возраст: 4 года

Диагноз: F.84.0 – Детский аутизм (ПМПК)

Дата оценки: первичная декабрь 2021/повторная февраль 2022

В данной характеристике представлены результаты оценки по шкале Аутизма и результаты уровня сформированности социально-бытовых навыков А. К., а также поведенческие особенности, которые мешают ему овладеть более сложными навыками.

Общая информация

А. К. воспитывается в полной семье, есть старшие брат и сестра. В 3 года был поставлен диагноз РАС психолого-медико-педагогической комиссией г. Екатеринбург. А. К. с 3,5 лет посещает ДООУ в первой половине дня (4 часа).

Результаты наблюдений в свободной и обучающей деятельности

А. К. очень активный ребенок, для него характерно полевое поведение. Может легко «выйти из себя», если что-то идет не по его планам. На детской площадке всегда выбирает качели (но иногда может спокойно сидеть на них).

Практически ни с кем не общается, об отказах сообщает отталкиваниями, обращение ограничено лишь потребностями ребенка. А. К. сложно распознавать эмоции других людей и реагировать в соответствии с ними (непосредственно при общении или при просмотрах видеофрагментов).

Может увлеченно чем-то заниматься длительное время, если ему это интересно (часто перебирает веревочки, детали игрушек, работает с электронными устройствами). Любит наблюдать за включением и выключением света, вентилятором – критерий сенсорной дезинтеграции в виде сниженной чувствительности зрительной системы и потребностях в зрительной аутостимуляции.

У А. К. имеются сложности при налаживании детских отношений. В речи присутствует эхολалия, говорит очень тихо и неразборчиво.

Необычных страхов не наблюдается, боится только шума дрели у соседей (прячется под одеяло) – критерий сенсорной дезинтеграции в слуховой системе – повышенная чувствительность.

Результаты оценки

В качестве инструмента оценки использовалась шкала Аутизма (А. Д. Наследов, Л. О. Ткачева, С. А. Мирошников), методика «Социограмма» (форма РАС – SP), методика обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста (Г. Г. Зак).

При интерпретации шкалы Аутизма были получены следующие данные по субшкалам:

S1 (коммуникация) = 2 балла;

S2 (эмоции) = 9 баллов;

S3 (сенсорика) = 5 баллов;

S4 (расторможность) = 2 балла.

По формуле для 4-х субшкал проводилось вычисление скорректированного «сырого балла» – дискриминантной оценки для испытуемого.

$$DS = -1.803 + 0.229*2 + 0.175*9 + 0.268*5 + 0.094*2 = 1,758.$$

Далее эти сырые баллы были преобразованы по таблице норм в балльное значение по 20-балльной шкале Аутизма.

По таблице норм шкалы Аутизма вероятность РАС А. К. 0,952 (12 баллов).

Далее наблюдение было продолжено с помощью методики «Социограмма». Была заполнена карта наблюдений, которая наглядно позволила оценить навыки А. К. в сфере самообслуживания по трем группам: еда, туалет и умывание, раздевание и одевание.

Таблица 3

Карта наблюдений «Социограмма», блок самообслуживания

21	
19	20
17	18
15	16

31
30
29

39

13	14
11	12
9	10
7	8
5	6
3	4
1	2
<i>Еда</i>	

28
27
26
25
24
23
22
<i>Туалет и умывание</i>

38
37
36
35
34
33
32
<i>Раздевание и одевание</i>

	– навык полностью сформирован
	– навык освоен частично
	– навык не сформирован

Использование данной методики позволило определить темп развития ребенка, выявить области наиболее активного развития. Удалось наглядно оценить уровень развития социально-бытовых навыков в сфере самообслуживания. Большая часть навыков полностью сформированы в блоке «еда», но имеются значительные сложности в блоках «раздевание и одевание» и «туалет и умывание».

Интерпретация методики обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста позволила определить уровень сформированности навыков в следующих сферах:

1. Изучение знаний о себе и предметах окружающего мира – 13 баллов.
2. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики) – 12 баллов.
3. Изучение сформированности социально-бытовых навыков – 37 баллов.

На основе анализа полученных данных в соответствии с представленными сферами был выявлен 5 уровень сформированности социально-бытовых навыков у А. К. Ребенок выполняет действия, которые незначительно облегчают уход за собой. А. К. зависит от помощи взрослого в типичных бытовых ситуациях.

После интерпретации результатов первичной диагностики и анализа беседы с родителями, педагогами и специалистами, занимающимися с ребенком для А. К. была написана индивидуальная программа с техниками поведенческой терапии по формированию социально-бытовых навыков.

Качественная интерпретация результатов диагностики остальных участников эксперимента представлены в Приложении Г.

Выводы по главе

В процессе проведения эмпирического исследования по определению уровня сформированности социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста с РАС были применены следующие методы: беседа, анкетирование и наблюдение.

Диагностические методики:

1. Шкала Аутизма (А. Д. Наследов, Л. О. Ткачева, С. А. Мирошников).
2. Методика «Социограмма» РАС- SP. На основе третьего издания по Х. С. Гюнцбургу.
3. Методика обследования социально-бытовых навыков (Г. Г. Зак)

Экспериментальное исследование проводилось в центре развития «Точка роста» г. Екатеринбурга.

В исследовании приняли участие 10 детей с аутистическим расстройством (5 девочек и 5 мальчиков) и их законные представители (родители, бабушки, опекуны), а также педагоги и специалисты, занимающиеся с детьми (28 человек). Возраст испытуемых: 3 – 5 лет.

У всех испытуемых был определен уровень сформированности социально-бытовых навыков. Результаты измерялись с использованием стандартизированных оценок, качественных данных, шкал родителей или учителей (или обеих) и поведенческих наблюдений, которые проводились в течение трех недель в различных ситуациях: на коррекционных занятиях, в перерывах, на прогулке, а также во время свободной деятельности.

Полученные данные послужили основой для планирования дальнейшей коррекционной работы (составление и реализация индивидуальных коррекционных программ с применением техник поведенческой терапии).

ГЛАВА 3. Программа по формированию социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра при участии родителей техниками поведенческой терапии

3.1 Общие подходы к разработке индивидуальной коррекционной программы с техниками поведенческой терапии

Индивидуальная коррекционная программа для ребенка с аутистическим расстройством составляется с учетом требований Федерального образовательного стандарта (ФГОС) дошкольного образования, основана на результатах входящей (первичной) диагностики и ставит цели и задачи, исходя из индивидуальных особенностей и возможностей ребенка [39].

Разработанные индивидуальные коррекционные программы включали следующие этапы:

1 этап – диагностический. На данном этапе удалось подтвердить наличие аутистических черт и специфических особенностей развития каждого ребенка. У всех испытуемых были выявлены особенности в формировании социально-бытовых навыков в разной степени. Данные выводы подтвердили актуальность разработки индивидуальных коррекционных программ с использованием техник поведенческой терапии.

На данном этапе были проведены беседы с родителями, педагогами и специалистами, занимающимися с детьми. Нам удалось выяснить специфические сложности в овладении социально-бытовыми навыками, узнать особенности поведения в различных ситуациях, а также определить поощрения для ребенка, которые являлись ключевым компонентом при составлении программы.

2 этап – разработка коррекционной программы, основанной на техниках поведенческой терапии. Работа была направлена на формирование

самостоятельности в овладении конкретным навыком, поэтому был выбран индивидуальный формат коррекции. Особенности развития, виды поощрения, возраст и привычки испытуемых оказались не применимы к групповому формату работы.

К экспериментальному исследованию были привлечены родители испытуемых, которые занимались реализацией программы в домашних условиях. Всем были выданы программы, рекомендации. У родителей была возможность посещения супервизий (раз в 2 недели), консультаций (по запросу онлайн и по электронной почте) для решения возникающих трудностей.

3 этап – реализация коррекционной программы. В течение месяца испытуемые совместно с родителями реализовывали индивидуальную коррекционную программу по формированию самостоятельности в овладении конкретным навыком. В ходе подготовки к реализации программы в форме консультаций для родителей было проведено обучение родителей некоторым навыкам работы с ребенком.

4 этап – вторичная диагностика и оценка эффективности программы. Данный этап направлен на анализ изменений в социально-бытовом поведении ребенка с аутистическим расстройством в результате коррекционного воздействия. Эффективность программы отслеживалась в процессе непосредственной работы и к моменту завершения обучающего процесса. Кроме того, было организовано наблюдение после окончания реализации программы.

Факторы, которые учитывались при составлении индивидуальной коррекционной программы для ребенка дошкольного возраста с РАС [8; 29]:

1. Индивидуальные особенности ребенка (специфика развития, возраст, интересы, сформированные навыки, реакция на встречающиеся сложности и т.д.).
2. Социальная ситуация развития.
3. Организационные возможности семьи, особенности взаимодействия ребенка с ближайшим окружением и человеком, реализующим программу в данном экспериментальном исследовании.

Разработка индивидуальной коррекционной программы с техниками поведенческой терапии включала в себя следующие последовательные действия:

- постановка основной цели коррекционного процесса;
- определение круга навыков, которые требуют формирования;
- определение способов проведения коррекционной работы по выбранным направлениям;
- выбор приемов осуществления контроля над реализацией коррекционной программы.

Один из основополагающих принципов АВА-терапии является наличие в программе системы поощрений, которые важны для закрепления желаемого поведения и формирования мотивации к занятиям. В данном случае поощрение является инструментом для обучения.

Поощрение (стимул) – это событие, которое следует незамедлительно после положительного поведения, чем увеличивает количество появлений этого поведения в будущем [2; 55].

Выделяют следующие виды поощрений (условные и безусловные).

Безусловные поощрения – стимулы, которые увеличивают количество повторений определенного поведения в будущем одинаково для каждого человека. Это базовые потребности, которые стимулируют кого-либо действовать, но только если в этом есть потребность.

Условные поощрения – любые стимулы, которые становятся поощрением в процессе индивидуального развития организма. Это могут быть пищевые стимулы, сенсорные (воспринимаемые органами чувств), предметные (любые значимые объекты), двигательные (физическая активность), социальные (реакции окружающих). Часто встречаются обобщенные стимулы, которые объединяются с несколькими поощрениями [8].

Максимальный эффект достигается, если поощрение соответствует следующим параметрам:

1. Поощрение должно быть обусловлено поведением (передается после определенного поведения).

2. Размер стимула должен быть пропорционален затраченной на него энергии и должен меняться в процессе научения.

3. Поощрение должно предоставляться незамедлительно (в течение 30 секунд после эпизода).

4. Поощрение значимо, когда в нём есть потребность (соответственно, не должно находиться в свободном доступе) [75].

На первых этапах эффективность программы для ребенка с РАС зависит в основном от силы поощрений. Со временем должна проводиться постепенная работа над тем, чтобы ребенок перестал зависеть от дополнительных поощрений и постепенно начал получать подкрепление только в форме естественных обусловленных последствий. Если ребенок не реагирует на социальные стимулы (улыбка, похвала и др.), то ассоциирование с первичными стимулами постепенно сделает их также значимыми и подкрепляющими. В свою очередь, развитие социальных норм поощрения позволит смешивать и чередовать стимулы, а затем уменьшить частоту использования материальных поощрений. Кроме того, именно социальные стимулы являются основными в повседневной жизни [22].

Для формирования сложных социально-бытовых навыков использовался метод поведенческой цепочки, которая состоит из строго определенной последовательности отдельных реакций (звеньев), каждая из которых запускается дискриминативными стимулами.

Поведенческие цепочки формируются по трем причинам:

1) Поведенческие цепочки можно применять для развития навыков в повседневной жизни.

2) При использовании поведенческих цепочек появляется возможность соединять последовательности отдельных реакций, формировать сложные последовательности.

3) При комбинировании с другими методами можно сформировать адаптивный поведенческий набор навыков, которые могут быть использованы в разных обстановках [55].

Во время каждого эпизода ученика обучают всем шагам цепочки. Помощь предоставляется на любом этапе, который ученик не может выполнить самостоятельно. Для каждого последующего шага необходимо правильное выполнение предыдущих шагов в правильном порядке (около 80% точности выполнения). Когда ученик производит последнее действие, в соответствии с установленным критерием, предоставляется поощрение. Главное преимущество метода формирования поведенческой цепочки в обратной последовательности состоит в том, что при каждой попытке ученик получает конечное подкрепление всей цепочки, в результате чего начинает формироваться соответствующая функциональная связь [62]. Применение метода поведенческой цепочки использовалось при формировании навыка самообслуживания. Рассмотрим на примере чистки зубов в рамках формирования навыка самообслуживания (Примеры шаблонов программ в обобщенном виде для формирования определенных социально-бытовых навыков представлены в Приложении Д).

1. Включить воду.
2. Открыть пасту.
3. Взять зубную щетку и смочить ее.
4. Выдавить пасту и положить тюбик на край раковины.
5. Почистить зубы слева.
6. Почистить зубы справа.
7. Почистить зубы спереди.
8. Положить щетку.
9. Взять стакан с водой и прополоскать рот.
10. Поставить стакан на место.
11. Вымыть щетку и поставить в стакан.
12. Закрыть зубную пасту и убрать на место.
13. Умыться.
14. Закрыть кран.
15. Вытереть лицо и руки.
16. Повесить полотенце на место.

Большинство родителей при описании детей с РАС выделяют одну из самых основных трудностей – удержание схемы действий. Ребенок путает этапы, забывает, не может самостоятельно выполнить шаги и требует постоянные напоминания. Несоответствие в восприятии последовательности при нормотипичном развитии, могут создать дополнительное беспокойство.

Поэтому прежде чем начать обучение, необходимо определить порядок действий и пространство. Детали имеют важное значение для ребенка с РАС, у которого могут быть моторные трудности, трудности произвольного сосредоточения и проблемами организации целенаправленного поведения.

Важно отметить, что необходимо с раннего возраста приучать ребенка с РАС следить за своим внешним видом, быть аккуратным и опрятным. Впоследствии ему будет легче адаптироваться в социуме, найти для себя приемлемую социальную нишу несмотря на особенности поведения [3].

Существует 4 варианта формирования поведенческой цепочки:

1. Формирование поведенческой цепочки в прямой последовательности – обучение ученика выполнению первого действия цепочки и завершение всех последующих действий за него. При положительном выполнении первого действия, происходит дальнейшее обучение. Для ученика нет требования завершить цепочку – завершает педагог, и так до полного самостоятельного выполнения.

2. Формирование поведенческой цепочки целиком – вариант обучения всем этапам в прямой последовательности.

3. Формирование поведенческой цепочки в обратной последовательности – педагог показывает все действия цепочки, за исключением последнего. Ученик воспроизводит последнее действие и получает подкрепление. Далее поощряется правильное выполнение последнего и предпоследнего действия.

4. Формирование последовательной цепочки в обратной последовательности с пропуском отдельных звеньев – вариант обучения цепочки в обратной последовательности с пропуском некоторых шагов. Повышает

эффективность при формировании длинных поведенческих цепочек, когда ученик хорошо владеет навыками, соответствующими пропущенным шагам [58].

В разработанных индивидуальных программах был использован вариант формирования поведенческой цепочки в прямой последовательности.

Комплексная системная работа и подбор поощрения являются важным звеном в обучении и воспитании и создает условия для успешной работы по формированию социально-бытовых навыков у детей с аутистическим расстройством.

Таким образом, нами были описаны общие подходы к разработке индивидуальных коррекционных программ с техниками поведенческой терапии.

В параграфе описаны этапы разработанных индивидуальных программ, факторы, которые учитывались при составлении и последовательные действия разработки.

Разобраны ключевые составляющие коррекционных программ: значимые мотивационные факторы (поощрения/стимулы), а также метод поведенческой цепочки, которая состоит из отдельных звеньев, образующих полноценный навык.

3.2 Разработка индивидуальной коррекционной программы формирования навыков самостоятельности на примере одного испытуемого

В параграфе 2.3. была представлена качественная характеристика испытуемого дошкольного возраста с аутистическим расстройством.

После анализа проведенного комплекса методик (наблюдение, беседа с родителями и педагогами) были выявлены одни из ключевых социально-бытовых навыков, которые могут быть скорректированы техниками поведенческой терапии. Со слов родителей А. К., он не пользуется горшком. В

домашних условиях мочеиспускание и дефекация происходят в позе стоя над горшком. За пределами дома не сообщает о своих потребностях, поэтому чаще всего свою нужду справляет стоя в одежде.

Перед написанием программы совместно с родителями А. К. был заполнен опросник поощрения, который является одним из главных инструментов для составления индивидуальной коррекционной программы.

Коррекция программы проводилась через 2 недели от начала реализации, консультации для родителей были доступны в течение всего периода эксперимента.

Индивидуальная программа по формированию социально-бытовых навыков техниками поведенческой терапии при участии родителей:

Общая информация

Имя: А. К.

Срок, на который написана программа: 1 месяц.

Приоритетное направление: формирование социально-бытовых навыков (использование средств гигиены в повседневной жизни).

Примечания: виды поощрения, которые возможно выбрать *только* для данного тренинга (исключаем во всех остальных случаях).

Формирование социально-бытовых навыков

Задача 1. Малый туалетный тренинг

Целевое поведение ребенка: ребенок садится на горшок и справляет малую нужду.

Краткое описание тренинга, метод. Процедура обучения:

1. Необходимо вести регулярные записи наблюдений с фиксацией времени мочеиспусканий. Большой туалетный тренинг (ТТ) проводится только после малого ТТ. Цель малого ТТ – научить ребенка сидеть на горшке. Можно принести горшок в центр «Точка роста» (точную копию домашнего) для использования во время пребывания в центре. Кроме горшка в центре должна быть запасная одежда для ребенка.

2. Задача взрослого – подловить момент, когда ребенок физиологически готов к мочеиспусканию, и ровно в этот момент предложить ему горшок, оказать помощь в усаживании в случае, если она необходима.

3. В начале ТТ горшок будет предоставляться ребенку в том месте квартиры, где ребенок в этот момент находится. Только после полного освоения ребенком туалетного поведения с перемещающимся горшком мы назначим для горшка постоянное место и научим ребенка приходить туда, почувствовав нужду. И только следующим этапом перейдем к использованию унитаза.

4. В случае успеха на горшке ребёнок должен получать своё поощрение, прямо не сходя с горшка, не позднее чем через 5-7 секунд после того, как продукт упал в горшок. То есть поощрение для этого случая у взрослого должно всегда быть наготове и при себе.

5. Безрезультатное сидение на горшке не подкрепляется. Будем прерывать по истечении установленного интервала времени (3-4 мин).

6. Ситуация неуспеха, то есть эпизоды, когда ребёнок справил нужду в штаны, не должен подкрепляться: взрослым следует, не предоставляя ребёнку своей эмоциональной реакции, вообще уделяя ему в этот момент минимум внимания, дать инструкцию, касающуюся мытья и переодевания – процедур, которые в этот момент необходимы, но не должны стать подкреплением произошедшего поведения. Поэтому мытьё должно быть минимальным по продолжительности, скупым и безликим, а переодевание – максимально самостоятельным. Укорять ребенка за неуспех, утешать или подбадривать не надо. Взрослому следует действовать так, как делал бы это робот: спокойно оказать минимальную необходимую помощь, не проявляя эмоционального участия, и как можно быстрее отключиться – дистанцироваться от ребенка, заняться прерванными делами.

Если бывают ситуации, когда ребенок долго терпит, потом подмочил штаны, но есть ещё шанс закончить в горшок, то надо не упускать такой шанс, и в случае успеха в такой ситуации, на первых этапах тренинга, ребёнок будет получать подкрепления даже несмотря на то, что штаны уже мокрые, за то, что в

горшке что-то есть. Однако, если используемое поощрение можно предоставлять в различных размерах, то следует делать это: например, за полный успех ребёнок получит целое печенье, а за частичный – часть.

Критерий мастерства: в горшке появляется продукт, выделенный ребенком.

Материалы: горшок, поощрение.

Используемые подсказки, критерий перехода с уровня на уровень: вербальные. Критерий перехода: 80% успешности на текущем уровне. Подсказки постепенно снижаются и исчезают.

Общие рекомендации

В тренинге будет использоваться очень сильное поощрение. Кроме того, что выбранный для этого стимул должен занимать вершину мотивационной иерархии ребенка, мы должны еще сделать его эксклюзивным, то есть полностью зарезервировать исключительно для определенного тренинга. В ходе тренинга используемые мотивационные стимулы могут сменять друг друга, но все они будут отвечать требованиям данного пункта.

Для успешного проведения тренинга необходимо, чтобы мама (бабушка) находилась с ребёнком и наблюдала за ним. Необходимо блокировать доступ к наиболее значимым подкреплениям на 2 недели до начала.

Результаты повторной оценки после реализации программы

Повторная оценка была проведена в феврале текущего года, в процессе которой были использованы методики аналогичные первичной диагностике.

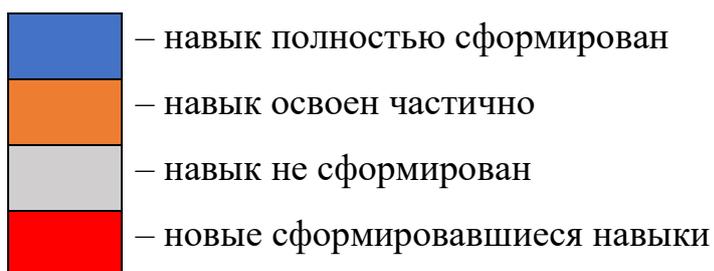
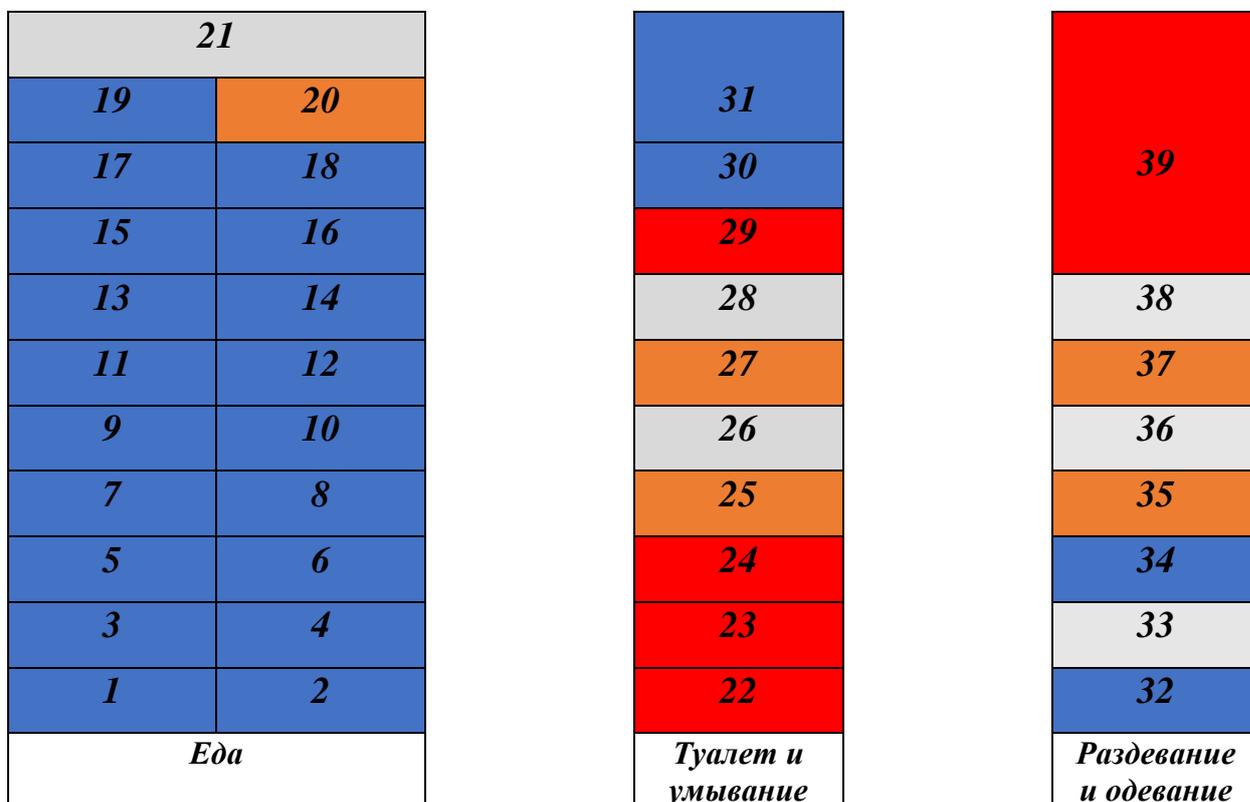
В процессе реализации программы не было целенаправленной работы на уменьшение проявлений аутизма, поэтому баллы по шкале Аутизма остались прежними (12 баллов по шкале).

В процессе наблюдения по методике «Социограмма» была заполнена карта наблюдений, которая позволила выявить следующие результаты: после реализации индивидуальной программы у А. были сформированы необходимые

навыки, обеспечивающие успешность ребенка в сфере самообслуживания. Наглядные результаты представлены в Таблице 4.

Таблица 4

**Карта наблюдений «Социограмма», блок самообслуживания
(повторная диагностика)**



Карта наблюдений позволяет наглядно оценить новые сформировавшиеся навыки в блоке «туалет и умывание» – А. начал использовать туалетные принадлежности в домашних условиях, следующий этап – применение данного навыка в различных повседневных ситуациях, т.е. его генерализация.

Интерпретация повторной оценки с использованием методики обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста позволила оценить уровень сформированности навыков в следующих сферах:

1. Изучение знаний о себе и предметах окружающего мира – 15 баллов.
2. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики) – 12 баллов.
3. Изучение сформированности социально-бытовых навыков – 51 балл.

На основе анализа полученных данных в соответствии с представленными сферами был выявлен 4 уровень сформированности социально-бытовых навыков у А. К. Ребенок нуждается в помощи взрослого, но активно сотрудничает с ним, выполняет некоторую часть действий самостоятельно, но нуждается в напоминании и подсказке взрослого при выполнении отдельных операций.

Обобщающие результаты

После реализации индивидуальной программы по формированию социально-бытовых навыков техниками поведенческой терапии нам удалось сформировать определенный набор навыков, которые А. К. смог использовать в домашних условиях. Задача формирования навыка сидения на горшке была реализована следующим образом – родители тщательно фиксировали все эпизоды мочеиспускания и калоизвержения в дневник наблюдений; за 2 недели до начала основного тренинга А. К. был лишен доступа к наиболее значимому мотивационному фактору – небольшая подушка-антистресс в форме машины; затем, А. К. сажали на горшок в определенное время, согласованное с дневником и давали подушку как мотивационное подкрепление. В случае, когда удавалось «поймать» процесс в горшок, давали дополнительное пищевое подкрепление (самое любимое лакомство) – молочный коктейль, доступ к которому также был ограничен для ребенка только эпизодами туалетного тренинга.

Обучение происходило по методике «цепочка навыков», когда каждый отдельный навык разбивался на маленькие элементы, которые последовательно разучивались и автоматизировались. Затем собирались в «цепочку». Значимым мотивационным фактором была выбрана подушка-антистресс, которой мог воспользоваться А. К. после воспроизведения нужных действий.

Спустя некоторое время после вторичной диагностики, со слов родителей, А. К. закрепил навык сидения на горшке и сейчас планируется переход к малому туалетному тренингу, который является предшествующим перед большим.

3.3 Оценка реализации индивидуальных коррекционных программ формирования социально-бытовых навыков для детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра

Экспериментальная модель АВА-терапии предполагает изучение одного испытуемого до и после какого-либо терапевтического вмешательства. Другими словами, речь идет о выборке различных действий испытуемого до момента вмешательства, в процессе вмешательства и спустя некоторое время после него.

Вместо того, чтобы сравнивать ребенка с эталонным поведением, его сравнивают с ним самим – таким, каким он был раньше. Если паттерны поведения испытуемого, после коррекционного вмешательства, приблизятся к заранее определенным целям, то воздействие можно считать успешным. Если требуемых изменений не обнаружено, то необходима конкретизация целей и коррекция плана планируемых коррекционных мероприятий [42].

В экспериментальном исследовании приняли участие 10 испытуемых, их родители, педагоги и специалисты, занимающиеся с детьми. Основные этапы: первичная диагностика, реализация программы, коррекция программы и вторичная диагностика. Для оценки эффективности был проведен мониторинг результатов до и после коррекционного вмешательства. Сравнительная характеристика результатов испытуемых представлена в Таблице 5.

Сравнительная характеристика испытуемых по результатам первичной и вторичной диагностики

Испытуемые	Диагностика	Шкала Аутизма	Оценка социально-бытовых навыков	Социограмма*
А. Л.	первичная	7 баллов	2 уровень	5
	вторичная	7 баллов	2 уровень	3
А. К.	первичная	12 баллов	5 уровень	16
	вторичная	12 баллов	4 уровень	11
В. К.	первичная	12 баллов	5 уровень	14
	вторичная	12 баллов	5 уровень	10
В. Н.	первичная	9 баллов	4 уровень	13
	вторичная	9 баллов	2 уровень	7
Д. К.	первичная	11 баллов	2 уровень	9
	вторичная	11 баллов	2 уровень	5
Л. Г.	первичная	15 баллов	4 уровень	12
	вторичная	15 баллов	3 уровень	10
М. Р.	первичная	11 баллов	4 уровень	11
	вторичная	11 баллов	3 уровень	5
М. Э.	первичная	9 баллов	4 уровень	14
	вторичная	9 баллов	4 уровень	11
С. С.	первичная	14 баллов	5 уровень	14
	вторичная	14 баллов	5 уровень	10
Ю. С.	первичная	14 баллов	4 уровень	11
	вторичная	14 баллов	3 уровень	7

* – количество несформированных или частично сформированных навыков из блока самообслуживания.

Оценка результатов испытуемых после реализации коррекционной программы:

А. Л. После реализации индивидуальной программы по формированию социально-бытовых навыков техниками поведенческой терапии нам удалось

сформировать навык чистки зубов. А. Л. Выполняет все действия самообслуживания самостоятельно, но ребенок чувствителен к прикосновениям во рту или вокруг рта, поэтому старается избегать данных действий гигиены. Что свидетельствует о повышенной тактильной чувствительности, особенно в области рта.

Обучение происходило по методике «цепочка навыков», когда каждый отдельный навык разбивался на маленькие элементы, которые последовательно разучивались и автоматизировались. Затем собирались в «цепочку». Значимым мотивационным фактором был выбран планшет, которым мог воспользоваться А. Л. после воспроизведения нужных действий.

Спустя некоторое время после вторичной диагностики, со слов родителей, у А. Л. не было проявлений негативных реакций. Отмечалась некоторая небрежность и пропуск этапов, но в целом при вербальной подсказке ребенок начинает сотрудничать со взрослым и осуществляет набор нужных действий.

А. К. После реализации индивидуальной программы по формированию социально-бытовых навыков техниками поведенческой терапии нам удалось сформировать определенный набор навыков, которые А. К. смог использовать в домашних условиях. Задача формирования навыка сидения на горшке была реализована.

Обучение происходило по методике «цепочка навыков», когда каждый отдельный навык разбивался на маленькие элементы, которые последовательно разучивались и автоматизировались. Затем собирались в «цепочку». Значимым мотивационным фактором были выбраны подушка-антистресс в форме машины и молочный коктейль. небольшие мини-конфеты «твикс».

Спустя некоторое время после вторичной диагностики, со слов родителей, А. К. закрепил навык сидения на горшке и сейчас планируется переход к малому туалетному тренингу, который является предшествующим перед большим.

В. К. После реализации индивидуальной программы по формированию социально-бытовых навыков техниками поведенческой терапии нам удалось сформировать навык использования горшка, сидения на нем. Информация для

последующих этапов была передана супервизору и родителям – необходимо часто водить ребенка в туалет, чтобы на протяжении дня он оставался сухим и продолжить реализацию программы с педагогами, так как В. К. не смог перенести сформированные навыки поведения в коррекционный центр.

Обучение происходило по методике «цепочка навыков», когда каждый отдельный навык разбивался на маленькие элементы, которые последовательно разучивались и автоматизировались. Затем собирались в «цепочку». Значимым мотивационным фактором были выбраны небольшие мини-конфеты «твикс».

Спустя некоторое время после вторичной диагностики, со слов родителей, с В. К. продолжили занятия в коррекционном центре. Были созданы аналогичные условия и использованы обобщенные стимулы.

В. Н. После реализации индивидуальной программы по формированию социально-бытовых навыков техниками поведенческой терапии нам удалось сформировать навык раздевания/одевания, которые В. Н. смогла использовать в повседневной жизни.

Обучение происходило по методике «цепочка навыков», когда каждый отдельный навык разбивался на маленькие элементы, которые последовательно разучивались и автоматизировались. Затем собирались в «цепочку». Значимым мотивационным фактором было выбрано детское фруктовое пюре и вербальная похвала.

Спустя некоторое время после вторичной диагностики, со слов родителей, В. Н. выполняет большую часть действий самостоятельно, но нуждается в напоминании и подсказке взрослого при выполнении отдельных операций, проявляет инициативу и сотрудничает со взрослыми.

Д. К. После реализации индивидуальной программы по формированию социально-бытовых навыков техниками поведенческой терапии нам удалось сформировать определенный набор навыков, которые Дмитрий смог использовать в домашних условиях.

Ребенок самостоятельно выполняет большинство действий для самообслуживания (в соответствии со своим возрастом), но нуждается в визуальных подсказках (алгоритмизация действий по типу PECS).

Первоначально каждый навык разбивался на этапы (элементы) и каждый элемент разучивался отдельно, после чего разученные элементы собирались в «цепочку». Сначала происходило обучение самым простым навыкам, а более сложные вводились тогда, когда ребенок уже освоил предварительные. Значимым мотивационным подкреплением был выбран планшет с мультфильмами.

Родители были заинтересованы в реализации программы, отмечали успехи Д. К. Родители и педагоги отметили, что ребенок стал достаточно самостоятельным, нуждается только в ситуативных визуальных подсказках и/или вербальных напоминаниях, все действия выполняет в правильном порядке.

Спустя некоторое время после вторичной диагностики, со слов родителей, Д. К. выполняет навыки самообслуживания самостоятельно, без подсказок взрослого.

Л. Г. После реализации индивидуальной программы по формированию социально-бытовых навыков техниками поведенческой терапии нам удалось сформировать навык мытья рук, который Л. Г., который она смогла успешно закрепить в домашней обстановке, а также генерализовать в центре дополнительного образования и детском саду.

Обучение происходило по методике «цепочка навыков», когда каждый отдельный навык разбивался на маленькие элементы, которые последовательно разучивались и автоматизировались. Затем собирались в «цепочку». Значимым мотивационным фактором были выбраны небольшие игрушки из конфет «киндер» и похвала (поглаживание по голове).

Ребенок начал реализовывать навыки при незначительной помощи взрослого, при самостоятельном выполнении иногда отмечается неаккуратность во время выполнения определенных действий и иногда нарушение последовательности действий.

Спустя некоторое время после вторичной диагностики, со слов родителей, Л. Г. выполняет навык самостоятельно – взрослый лишь указывает на основные моменты, нарушений в последовательности не наблюдается.

М. Р. После реализации индивидуальной программы по формированию социально-бытовых навыков техниками поведенческой терапии нам удалось сформировать у М. Р. навык одевания/раздевания, которые она смогла использовать в повседневной жизни.

Основной трудностью стало отсутствие у М. Р. стремления к совершению манипуляций с предложенными предметами, она не всегда воспринимала речевую инструкцию, не делала попыток выполнить действие даже после введения значимого мотивационного фактора, при затруднениях не прибегала к использованию помощи находящегося рядом взрослого.

Обучение происходило по методике «цепочка навыков», когда каждый отдельный навык разбивался на маленькие элементы, которые последовательно разучивались и автоматизировались. Затем собирались в «цепочку». Значимым мотивационным фактором был выбран пластилин «антистресс», но при коррекции программы были заменены на конфеты «чупа-чупс» (так как первое подкрепление оказалось не таким значимым для М. Р.).

Спустя некоторое время после вторичной диагностики, со слов родителей, М. Р. выполняет навык частично самостоятельно – требуется вербальная подсказка взрослого. Были редкие эпизоды отказа выполнения действий и сотрудничества со взрослыми. Родители продолжают закрепление действий по индивидуальной программе.

М. Э. После реализации индивидуальной программы по формированию социально-бытовых навыков техниками поведенческой терапии нам удалось сформировать определенный набор навыков, которые М. Э. смогла использовать в домашних условиях.

Нам удалось приобщить М. Э. к использованию горшка только в рамках малого туалетного тренинга и частично, однако, сформировался навык сидения на горшке. Информация для последующих этапов передана супервизору и

родителям – необходимо часто водить ребенка в туалет, чтобы на протяжении дня он оставался сухим. А также продолжить использование вербальной инструкции перед переходом на следующий уровень.

Обучение происходило по методике «цепочка навыков», когда каждый отдельный навык разбивался на маленькие элементы, которые последовательно разучивались и автоматизировались. Затем собирались в «цепочку». Значимым мотивационным фактором были выбраны пирожные «чоко-пай».

Спустя некоторое время после вторичной диагностики, со слов родителей, семья ввела определенный график посещения туалета. Было отмечено, что положительных эпизодов стало намного больше, но требуется дальнейшее продолжение работы.

С. С. После реализации индивидуальной программы по формированию социально-бытовых навыков техниками поведенческой терапии нам удалось приобщить С. С. к использованию горшка, сформировать навык сидения на нем. Информация для последующих этапов передана супервизору и родителям – необходимо часто водить ребенка в туалет, чтобы на протяжении дня он оставался сухим и продолжить реализацию программы с педагогами, так как Савелий не смог перенести сформированные навыки поведения в коррекционный центр.

Перед мочеиспусканием Савелий снимал с себя одежду, начинал кружиться вокруг себя. Дефекация происходила в ванной комнате, стоя, в одежде (ритуальное поведение). Данное поведение наблюдается в домашних условиях и в коррекционном центре. При усаживании на горшок могла случиться истерика, приступы аутоагрессии.

При реализации программы возникало огромное количество сложностей, из-за чего были введены дополнительные промежуточные точки для коррекции. Мама и бабушка активно участвовали, использовали все рекомендации

Нам удалось избавиться от поведения снятия одежды и снизить частоту проявлений приступов аутоагрессии.

Обучение происходило по методике «цепочка навыков», когда каждый отдельный навык разбивался на маленькие элементы, которые последовательно разучивались и автоматизировались. Затем собирались в «цепочку». Значимым мотивационным фактором было выбрано овсяное печенье с шоколадом.

Спустя некоторое время после вторичной диагностики, со слов родителей, С. С. закрепил навык сидения на горшке и сейчас планируется переход к малому туалетному тренингу, который является предшествующим перед большим.

Ю. С. После реализации индивидуальной программы по формированию социально-бытовых навыков техниками поведенческой терапии нам удалось сформировать у Ю. С. навык мытья рук и одевания/раздевания, которые она смогла успешно закрепить в домашней обстановке, а также в центре дополнительного образования.

Обучение происходило по методике «цепочка навыков», когда каждый отдельный навык разбивался на маленькие элементы, которые последовательно разучивались и автоматизировались. Затем собирались в «цепочку». Значимым мотивационным фактором были выбраны наклейки с персонажами из мультфильма «Смешарики» (все наклейки были собраны в специальный альбом).

В процессе реализации программы не возникало особых сложностей. Родители совместно с ребенком переходили успешно с одного этапа на другой. По-видимому, это было обусловлено фактором совместного времени родителей и ребенка, которое было ничем не ограничено. За время экспериментального исследования удалось сформировать и закрепить навыки мытья рук и одевания/раздевания. Некоторые навыки уже были на стадии формирования, поэтому выработался хороший темп работы при взаимодействии с родителями.

Спустя некоторое время после вторичной диагностики, со слов родителей, Ю. С. успешно воспроизводила все сформированные навыки в определенной последовательности (от взрослого требовалось только вербальное напоминание).

Все родители (законные представители) испытуемых активно принимали участие в исследовании. Большинство родителей самостоятельно записывались

на консультации, принимали участия в собраниях и установочных сессиях. Многие отметили после реализации программ, что дети стали более самостоятельными, инициируют взаимодействие и в меньшей степени проявляют нежелательное поведение.

Оценка эффективности программ показала, что 6 детей успешно освоили навыки, формирование которых было запланировано изначально. Остальные 4 испытуемых сформировали частично определенные навыки. В последнем случае, перед работой над социально-бытовым навыком, требовалось устранение нежелательного поведения (например, аутоагрессия) или знакомство с предметом, то есть первоначальное действие (например, сидение на горшке).

Выводы по главе

В данной главе были рассмотрены важные аспекты реализации индивидуальных коррекционных программ по формированию социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста с РАС при участии родителей техниками поведенческой терапии.

Мы разобрали общие подходы к разработке программ, представили вариант готовой программы для одного испытуемого, интерпретировали результаты диагностик испытуемых, оценили эффективность коррекционного воздействия.

В группе 6 детей достигли поставленной цели (формирование определенного социально-бытового навыка), смогли успешно закрепить их в домашней обстановке и перенести их в другую социальную среду. Частично освоили социально-бытовые навыки 4 испытуемых. Некоторые дети не смогли перенести навык из домашней обстановки в новую среду, либо освоение навыка осталось на начальном этапе (так как этому предшествовало устранение негативного поведения). Всем испытуемым были даны дальнейшие

рекомендации по продолжению коррекционного воздействия техниками поведенческой терапии.

ВЫВОДЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1. При отсутствии специально организованных занятий в комфортной обстановке для ребенка с РАС социально-бытовая деятельность остается на низком уровне без выраженной положительной динамики.

2. Актуальность формирования навыков социально-бытовой ориентировки у детей дошкольного возраста с РАС очевидна, поскольку она непосредственно связана с подготовкой к социальной адаптации личности и коррекцией общего развития таких детей. Предложенная коррекционная работа на основе АВА-терапии при участии родителей по формированию социально-бытовых навыков у детей с РАС была эффективна, исходя из индивидуальных показателей динамических сдвигов уровня социально-бытовой адаптации участников экспериментального исследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Каждый год количество детей с диагнозом расстройство аутистического спектра увеличивается. По статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 1 из 100 детей страдает РАС [12]. Отмечается триада симптомов, демонстрирующих различные проявления аутизма: нарушение в сфере социального взаимодействия, нарушения в сфере коммуникации и нарушения в поведении.

Ключевые симптомы дифференцируются не только по особенностям характера, но и по степени выраженности. Именно это определяет вариативность социальной адаптации, клинико-психологических характеристик и прогнозов развития.

Наиболее остро искаженное развитие влияет на социально-бытовое поведение детей, которое является одним из ключевых элементов становления самостоятельной жизни ребенка. Для его формирования следует реализовывать детально разработанную коррекционно-развивающую работу [68].

В ходе исследования были решены следующие задачи: проанализированы теоретические сведения об особенностях формирования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста с РАС; рассмотрены методы и методики коррекции развития социально-бытовых навыков у детей с аутизмом; проведена первичная диагностика уровня РАС, при использовании шкалы Аутизма и методик оценки развития социально-бытовых навыков; проведена оценка динамики развития социально-бытовых навыков после проведенной коррекционной работы, с использованием шкалы Аутизма и методик оценки социально-бытовых навыков.

Всего в работе было рассмотрено 64 источника, в ходе анализа изучались теоретические подходы к использованию техник поведенческой терапии для коррекционного воздействия на детей дошкольного возраста с РАС. Изучение литературы показало, что эффективные результаты достигаются при

использовании АВА-терапии, так как методика позволяет постепенно и последовательно развивать ребенка, способствовать формированию жизненно необходимых навыков.

В экспериментальном исследовании приняли участие 10 испытуемых (5 мальчиков и 5 девочек), их родители (законные представители), педагоги и специалисты, занимающиеся с детьми. Возраст испытуемых 3-5 лет. Для оценки уровня проявлений симптомов была использована шкала Аутизма (А. Д. Наследов, Л. О. Ткачева, С. А. Мирошников). Для определения уровня сформированности социально-бытовых навыков была использована методика «Социограмма» форма РАС-SP (по третьему изданию Х. С. Гюнцберга), методика обследования социально-бытовых навыков Г. Г. Зак.

В результате диагностики были выделены уровни развития социально-бытовых навыков испытуемых:

I уровень — социально-бытовые навыки полностью сформированы.

II уровень — социально-бытовые навыки частично сформированы.

III уровень — социально-бытовые навыки находятся в стадии формирования, реализация навыка происходит при незначительной помощи взрослого.

IV уровень — социально-бытовые навыки формируются. Дети нуждаются в значительной помощи взрослого.

V уровень — социально-бытовые навыки отсутствуют.

Большинство испытуемых показали 3-5 уровень развития социально-бытовых навыков. Исходя из этого возникла необходимость коррекционной работы по формированию навыков самообслуживания у детей дошкольного возраста с РАС.

По результатам диагностики для каждого ребенка была разработана индивидуальная коррекционная программа, основанная на поведенческом подходе с оценкой значимых мотивационных факторов. В процессе реализации коррекционной программы техниками поведенческой терапии, были улучшены и/или сформированы социально-бытовые навыки. Поскольку анализ

исследований показал, что вовлеченность родителей повышает эффективность вмешательств и вероятность достижения оптимальных исходов, в нашей экспериментальной работе родители принимали активное участие в реализации программы.

Оценка эффективности программ показала, что из 10 детей 6 достигли поставленной цели (улучшение/формирование определенного социально-бытового навыка), смогли успешно закрепить их в домашней обстановке и генерализировать их в другой социальной среде. Частично освоили социально-бытовые навыки 4 испытуемых. Некоторые дети не смогли перенести навык из домашней обстановки в новую среду, либо освоение навыка осталось на начальном этапе (так как этому предшествовало устранение негативного поведения). Всем испытуемым были даны дальнейшие рекомендации по продолжению коррекционного воздействия техниками поведенческой терапии.

Таким образом, можно сделать вывод о практической пользе использования поведенческого подхода для формирования социально-бытовых навыков у дошкольников с аутистическим спектром при условии активной социальной позиции их родителей и достаточных временных ресурсов последних в реализации индивидуальной коррекционной программы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Агаева И. Б. Терминологический словарь по коррекционной педагогике и специальной психологии. Красноярск, 2014. 240 с.
2. Англо-русский глоссарий терминов прикладного анализа поведения из книги: «Джон О. Купер, Тимоти Э. Херон, Уильям Л. Хьюард. Прикладной анализ поведения. Пер. с англ. М.: Практика, 2016.
3. Аутичный ребенок: проблемы в быту // Общество помощи аутичным детям «Добро» / Методические рекомендации по обучению социально-бытовым навыкам аутичных детей и подростков. Москва. 1998. 74 с.
4. Аутизм. Энциклопедия [Электронный ресурс] // Современная терминология в сфере аутизма. URL: <https://encyclopedia.autism.help/terms/model-psihicheskogo> (Дата обращения: 01.11.2021).
5. Башина В. М. Ранний детский аутизм/Исцеление: Альманах. М. 1993. С. 154-165.
6. Бейкер Б., Брайтман А. Путь к независимости: обучение детей с аутизмом бытовым навыкам. М.: Теревинф, 2008. 224 с.
7. Бизюк А. П., Колосова Т. А., Кац Е. Э., Сорокин В. М. Структура интеллекта детей с расстройством аутистического спектра и детей с легкой степенью умственной отсталости // Вестник ОГУ. 2020. №2 (225). С. 95-103.
8. Веденина М. Ю. Адаптация методов поведенческой терапии для формирования социально-бытовых навыков у детей с аутизмом: Дис. на соис. уч. ст. канд. психол. н.М., 2000.176 с.
9. Веденина М. Ю. Общие трудности бытовой адаптации аутичных детей // Аутичный ребенок: проблемы в быту. Методические рекомендации по обучению социально-бытовым навыкам аутичных детей и подростков. М.: Добро, 1998. С. 9-50.

10. Веденина М.Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации. Сообщение 1 // Дефектология. 1997. № 2. С.31-40.
11. Веденина М. Ю., Окунева О. Н. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации. Сообщение 2 // Дефектология. - 1997. №3. С. 15-20.
12. Всемирная Организация Здравоохранения [Электронный ресурс] // URL: <https://www.who.int/ru> (Дата обращения: 10.12.2021).
13. Гостунская Я. И., Шипилова Е. В., Трущелёва А. В. Особенности развития навыков социально-бытовой ориентировки у детей с расстройствами аутистического спектра // Проблемы современного педагогического образования. 2020. № 67 (4). С. 101-103.
14. Григоренко Е. Л. Расстройства аутистического спектра. Вводный курс. Учебное пособие. М.: Практика. 2018. 280 с.
15. Гудвин Дж. Исследование в психологии: методы и планирование. 3-е изд. СПб.: Питер. 2004. 558 с.
16. Джон О. Купер, Тимоти Э. Херон, Уильям Л. Хьюард. Прикладной анализ поведения. Пер. с англ. М.: Практика. 2016.
17. Зак Г. Г., Нугаева О. Г., Шульженко Н. В. Методика обследования социально-бытовых навыков у детей младшего дошкольного возраста с умеренной и тяжелой умственной отсталостью // Специальное образование. 2014. № 1. С. 52-59.
18. Иванов Е. С., Демьянчук Л. Н., Демьянчук Р. В. Детский аутизм: диагностика и коррекция. СПб.: «Дидактика Плюс». 2004. – 80 с.
19. Карвасарская И.Б. В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми. М.: Теревинф, 2003. 70 с.
20. Ключников М.С., Самойлов А.С. Энерготропные препараты в терапии когнитивных нарушений при психических расстройствах // Эффективная фармакотерапия. Педиатрия. 2013. № 5 (50). С. 12-17.

21. Козырева О. Г., Субач Л. Н. Особенности формирования социально-бытовых навыков детей младшего школьного возраста с ОВЗ в условиях дома ребенка // Вестник КГПУ им. В.П. Астафьева. 2016. №2 (36). С. 105-110.
22. Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра. Сборник материалов I Всероссийской научно-практической конференции, 14–16 декабря 2016 г., Москва / Под общ. ред. А. В. Хаустова. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2016. 449 с.
23. Косоногов В. Зеркальные нейроны: краткий научный обзор. Ростов-на-Дону. 2009. 24 с.
24. Либлинг М. М. Подготовка к обучению детей с ранним детским аутизмом // Дефектология. 1997. №4. С. 7-12.
25. Мамайчук И. И. Помощь психолога детям с аутизмом. СПб: Речь. 2007. 288 с.
26. Мастюкова Е. М., Московкина А. Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. М.: Владос. 2003. 408 с.
27. Материалы изданного методического пособия: Обучение и социальная адаптация детей с тяжелыми формами аутизма. Методическое пособие для родителей. Под ред. В. Н. Касаткина. М.: 2006. 108 с.
28. Министерство Здравоохранения РФ. Клинические рекомендации: расстройства аутистического спектра [Электронный ресурс] // Ассоциация психиатров и психологов за научно-обоснованную практику. 2020. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/594_1 (Дата обращения: 28.10.2021).
29. Михирева Д. Е., Дмитриевских Л. С. Метод АВА-терапии в работе с детьми с расстройствами аутистического спектра // Вестник Курганского государственного университета. 2018. №4 (51). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/metod-aba-terapii-v-rabote-s-detmi-s-rasstroystvami-autisticheskogo-spektra> (дата обращения: 10.02.2022).
30. Моржина Е. В. Формирование навыков самообслуживания на занятиях и дома. М.: Теревинор, 2006. – 40 с.

31. Морозова С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах. М.: Владос. 2007. 176 с.
32. Немов Р. С. Психология. Книга 1. Общие основы психологии / Р. С. Немов — «ВЛАДОС». 2004. 688 с.
33. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок: Пути помощи. М.: Теревинф. 1997. – 342 с.
34. Никольская О. С. Изучение проблемы детского аутизма в России // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. 2014. №19. С. 34-41.
35. Никольская К. С. Психологическая классификация детского аутизма // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. 2014. №18. С. 31-45.
36. Осин Е., Устинова Н. Научно обоснованные подходы к ведению детей с расстройствами аутистического спектра в педиатрической практике [Электронный ресурс] / Под ред. А. Портновой 2020. – 70 с. URL: <https://autism.help/uploads/store/uploads/document/24/file/5fd36cd8f1a1759e5dca25887d9cf955.pdf> (дата обращения: 03.11.2021)
37. Переверзева М. В. Организация деятельности детей с тяжелыми нарушениями развития по формированию навыков самообслуживания как профилактика проблемного поведения / М. В. Переверзева // Коррекция и профилактика нарушений поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья. Материалы I Всероссийской научно-практической конференции. М.: МГППУ. 2011. С. 126-129.
38. Пешкова Н. А., Лещенко С. Г. Диагностика и развитие социально-бытовых навыков у старших дошкольников с расстройствами аутистического спектра. [Электронный ресурс] Учебно-методическое пособие. М.: Мир науки, 2020. URL: <https://izdmn.com/PDF/68MNNPU20.pdf> (Дата обращения: 03.10.2021).
39. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) г. Москва «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования» от 17 октября 2013 года. № 1155.

40. Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / Под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. СПб.: Питер. 2006. 1096 с.
41. Рогожина Е. А., Иванова В. А. Методы формирования и коррекции социальнобытовых навыков умственно-отсталых детей. Международный журнал экспериментального образования. 2016. № 12 (2). С. 183-185.
42. Ромек В. Г. Поведенческая психотерапия: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия». 2002. 192 с.
43. Российское общество психиатров (РОП). Классификация психических расстройств МКБ-10. Исследовательские диагностические критерии [Электронный ресурс]. URL: <https://psychiatr.ru/download/1310?view=1&name=МКБ+10+Исследовательские.pdf> (дата обращения: 03.11.2021).
44. Семаго Н. Я., Соломахина Е. А. Психолого-педагогическое сопровождение ребенка с РАС // Аутизм и нарушения развития. 2017. № 1 (15). С. 4-14.
45. Симашкова Н. В. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра // Под ред. Н. В. Симашковой, Т. П. Ключник. М.:ГЭОТАР-Медиа. 2016. – 288 с.
46. Специальное образование: научно-методический журнал / ФГБОУ ВПО «Урал. гос. пед. ун-т»; Ин-т спец. образования. Екатеринбург, 2014. № 1. 105 с.
47. Степанова Н. А. Проблемы подготовки родителей к психологическому сопровождению детей-аутистов // Мат. научно-прак. конф. «Расстройства аутистического спектра и другие психические нарушения детского возраста. Современные подходы и перспективы межведомственного взаимодействия». Тула: ООО «Борус-Принт», 2015. С.58-59.
48. Усова, А. П. Обучение в детском саду / А. П. Усова ; под. ред. А. В. Запорожца. М.: Просвещение. 1981. 176 с.
49. Филатова И. А., Каракулова Е. В. Модель комплексного сопровождения детей с тяжелыми множественными нарушениями развития, в том числе с

расстройствами аутистического спектра: методическое пособие / Урал. гос. пед. ун-т. Екатеринбург. 2017. 287 с.

50. Эльконин, Д. Б. О структуре учебной деятельности / Д. Б. Эльконин // Проблемы возрастной и педагогической психологии / под ред. Д. И. Фельдштейна. М.: Междунар. пед. академия. 1995. С. 157-168.

51. Aarons M., Gittens T. The handbook of autism. L&NY. 1994

52. Baron-Cohen S., Leslie A. M., Frith U. Does the autistic child have a «theory of mind»? //Cognition. 1985. №. 1. P. 37-46.

53. Baron-Cohen S. et al. (ed.). Understanding Other Minds: Perspectives from developmental social neuroscience. OUP Oxford. 2013.

54. Diahwati R., Hariyono R., Hanurawan F. Social skills of students with special needs in inclusive primary schools // Journal of Education: Theory, Research and Development. 2016. № 1 (8). P. 1612-1620.

55. Drahota A., Jeffrey J. Wood, Karen M. Sze, Marilyn V. B. Effects of Cognitive Behavioral Therapy on Daily Living Skills in Children with High-Functioning Autism and Concurrent Anxiety Disorders. 2011. P. 257-265.

56. Frye R.E., Rossignol D.A. Mitochondrial dysfunction can connect the diverse medical symptoms associated with autism spectrum disorders // Pediatric Research. 2011. № 69 (5). P. 41-47.

57. Gillberg C, Peeters T. Autism. Medical and educational aspects. Antwerpen&Goteborg. 1995.

58. Glod M., Deborah M. Riby, Honey E., Rodgers J. Psychological Correlates of Sensory Processing Patterns in Individuals with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. 2015. P. 199-221.

59. Granpeesheh D., Jonathan Tarbox J., Dennis R. Dixon. Applied behavior analytic interventions for children with autism: A description and review of treatment research. 2009. № 21 (3). P. 73-162.

60. Heitzman-Powell L., Buzhardt J. Formative Evaluation of an ABA Outreach Training Program for Parents of Children With Autism in Remote Areas. 2013. P. 23-38.

61. Hodges H., Fealko C., Soares N. Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation // Transl Pediatr. 2020. P. 56-67.

62. Hyman S. L., Levy S. E., Myers S. M. Council on children with disabilities, section on developmental and behavioral pediatrics // Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. Pediatrics. 2020. № 145 (1). P. 1-71.

63. Kim S. H., Macari S., Koller, J., Chawarska, K. Examining the phenotypic heterogeneity of early autism spectrum disorder: subtypes and short-term outcomes. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines/ 2016/ № 57 (1). P. 93-102.

64. Leann E. Smith, Ph.D., Matthew J. Maenner, Ph.D., Marsha Mailick Seltzer, Ph.D. Developmental Trajectories in Adolescents and Adults With Autism: The Case of Daily Living Skills. 2012. № 51 (6). P. 622-631.

65. Lord C., Elsabbagh M., Baird G., Veenstra-Vanderweel J. Autism spectrum disorder [Электронный ресурс] // Lancet. Author manuscript. 2020. P. 2-27. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7398158/pdf/nihms-1046292.pdf> (Дата обращения: 28.10.2021).

66. Lord C., Traolach S. Brugha, Charman T., Cusack J., Dumas G., Frazier T. Emily J. H. Jones, Rebecca M. Jones, Pickles A., Matthew W. State, Julie Lounds Taylor J., Jeremy Veenstra-VanderWeele J. Autism spectrum disorder [Электронный ресурс] // Author manuscript. 2022. P. 2-53. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8900942/pdf/nihms-1779949.pdf> (Дата обращения: 03.04.2022).

67. Lovaas O. I. Teaching developmentally disabled children: The me book. Baltimore. MD. University Park Press.1981. 266 с.

68. Lutfi I. B. The Importance of Social Skills for Autism // Advances in Social Science, Education and Humanities Research. 2018. № 272. P. 20-24.

69. Mackintosh V., Goin-Kochel R., Myers B. «What do you like/dislike about treatments you're currently using?»: A qualitative study of parents of children with

Autism Spectrum Disorders. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. 2012. № 27 (1). P.51-60. 27(1), 51–60.

70. Maurice, C., Green, G., & Luce, S. C. Behavioral intervention for young children with autism: A manual for parents and professionals. PRO-ED. 1996.

71. Nasledov A., Miroshnikov S., Tkacheva L., Goncharov V. Elaboration of Screening Scales for Mental Development Problems Detection in Russian Preschool Children: Psychometric Approach. Diagnostics. 2020. № 10.

72. Oberman L.M., Ramachandran V.S. The simulating social mind: the role of the mirror neuron system and simulation in the social and communicative deficits of autism spectrum disorders // Psychological Bulletin. 2007. № 133 (2). P. 310-327.

73. Reichow B., Hume K., Barton E. E., Boyd, B. A. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). The Cochrane database of systematic reviews. 2018. № 5 (5). P. 1-52.

74. Strain P. S., Schwartz I. ABA and the development of meaningful social realtions for young children with autism // Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. 2015. № 16 (2). P. 120-128.

75. Zeidan, J., Fombonne E. ,Scorah, J., Ibrahim A., Durkin M. S., Saxena S., Yusuf A., Shih A., & Elsabbagh M. Global prevalence of autism: A systematic reviewupdate // Autism Research. 2022. № 15 (5). P. 778-790.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Бланк обследования для шкалы Аутизма (А. Д. Наследов, Л. О. Ткачева, С. А. Мирошников)

№	Вопросы и варианты ответов	0 – НЕТ 1 – ДА
Как проявляется самоконтроль в различных ситуациях (в быту, на занятиях)?		
1	V2501. Не способен стоять в очередях, дожидаться своей очереди.	
2	V2502. Не может тихо играть, неадекватно шумен.	
3	V2503. Ребенка трудно контролировать. Его поведением управляют внешние стимулы - "что вижу - туда бегу" (полевое поведение).	
Как ребенок относится к переменам?		
4	V2805. Ребенок очень разборчив в еде, ограниченный круг любимых блюд, постоянные требования потреблять одну и ту же пищу, требования к форме еды (цвет, консистенция, оформление).	
5	V2804. Любит ритуалы (укладывать спать только по одному сценарию, пить только из любимой чашки, одеваться только в определенном порядке, ходить только по определенному маршруту).	
6	V6501. Чрезмерная привязанность к некоторым объектам (одеяло, игрушка, одежда). Если теряется любимый предмет, ребенок тревожится, даже может быть истерика.	
Как проявляются реакции оппозиции (отказа, протеста)?		
7	V6201. Теряет самоконтроль, склонен к эмоциональным «взрывам».	
8	V6202. Стремится добиться своего, легко «выходит из себя».	
9	V2603. Часто бывает злым и раздражительным	
10	M1702. В случае отказа от чего-то, никак не сообщает о своих отказах. Это можно понять из его жестов (отталкивает, качает головой "нет") или выражению лица (отвращение), или вокализации.	
Как ребенок общается с друзьями и родными?		
11	L8201. практически не общается	
12	L8202. общается мало (не больше 10-15 минут в день), больше времени проводит сам	
13	L8210. практически никогда не отвечает и не инициирует контакт со взрослым	
Понимает ли ребенок эмоции других людей? Что вы наблюдаете при этом?		
14	E7401. Ребенку сложно распознавать эмоции у других людей и реагировать соответственно с ними.	
15	E7403*. При просмотре мультфильма ребенок понимает происходящее на экране и эмоционально адекватно реагирует одинаковым образом в знакомых ситуациях.	
16	E0302. Если ребенку улыбается другой человек, то у ребенка улыбка отсроченная, не связана с улыбкой взрослого.	
Как именно ребенок сообщает другим людям о своих потребностях?		
17	M1601. У ребенка нет обращений к другим людям. О своих потребностях не сообщает, пытается взять все самостоятельно, или использует стратегии, свойственные детям младшего возраста (крик). То, о чем "просил" ребёнок, становится понятным, когда крик прекращается.	
18	M7201. Использует указательный и коммуникативные жесты. Обращение ограничено только лишь потребностями ребенка.	

19	M7205*. Ребенок легко говорит о своих потребностях. Использует слова, фразы, жесты и мимику.	
Укажите для каждого утверждения, что встречается у вашего ребенка		
20	N4602. Ребёнок чувствителен к прикосновениям во рту или вокруг рта (не нравится чистка зубов, логопедический массаж, осмотр у стоматолога).	
21	N4601. Ребенок придирчив / чувствителен к определенным текстурам пищи (например, кусочки в пюре или каше). «Неподходящая» еда вызывает отвращение.	
22	F2303. При одевании капризничает, требует переодеть в ту одежду, которая нравится ему.	
Выберите утверждения, которые описывают интересы и деятельность ребенка		
23	I0103. Необычно долго сохраняет интерес к определенным предметам, игрушкам (веревочки, мячи, камни, пробки и крышки, колеса машин, детали игрушек).	
24	C3304. Визуально-механические навыки хорошо развиты (например, составление пазлов и конструкторов, работа с электронными устройствами, постижение сути работы различных механизмов).	
25	N4205. Любит наблюдать за включением и выключением света, открыванием и закрыванием дверей, кручением колес, вентилятором, открыванием-закрыванием жалюзи, блестящими предметами, мелькающими страницами при перелистывании или т.п.	
Отметьте, как именно ребенок смотрит на другого человека		
26	L0903*. Сразу смотрит на человека, который к нему обращается.	
27	L0902. Чтобы ребенок посмотрел в глаза говорящему, нужно попросить его это сделать (например, "Посмотри на меня"), самостоятельно не проявляет желания смотреть в глаза.	
Что из перечисленного Вы замечали во взаимодействии ребенка с другими людьми?		
28	L1304. У ребенка трудности с налаживанием дружеских отношений.	
29	L1501. Если ребенку предлагают повторить простые действия за взрослым, не повторяет действий других людей: занят собственным делом, и на людей не обращает внимания.	
30	L8303. не реагирует на обращенные к нему вопросы	
31	L1003*. Показывая что-то другому человеку, располагает предмет так, чтобы можно было рассмотреть, проверяет, видит ли человек то, что он показывает.	
32	G2101. Как правило, играет сам, отчужденно, не допускает в свою игру других людей - ни взрослых, ни детей.	
Часто ли встречаются такие проявления активности ребенка?		
33	N6901. В деятельности "слишком много лишних движений", ребенок суетливый, кажется "гиперактивным".	
34	N7102. Не может сидеть спокойно. Раскачивается телом или качает головой, на площадке выбирает качели.	
35	P3905. Ребенок не может усидеть, покидает свое место на занятии, в классе или в другом месте, вскакивает и бродит.	
Особенности речевого развития ребенка		
36	S5301*. Ребенок говорит, но нарушен грамматический строй речи (путает род, число, местоимения)	
37	S5404. Речь ребенка является "отраженной", присутствует эхолалия: повторяет слова других людей, не в целях коммуникации.	
Укажите, какие состояния встречаются у вашего ребенка		

38	V2707. Необычные страхи, такие как страх лифтов, лестниц, туалетов, балконов, пылесосов, другое.	
39	V2901. Агрессивный, драчливый, склонен к физической расправе над животными и другими людьми.	
40	C3201. Кажется, что не обращает внимание на окружающую действительность - бродит по комнате, изучает пространство, берет предметы, не сосредотачивается на них и тут же бросает, иногда за спину.	

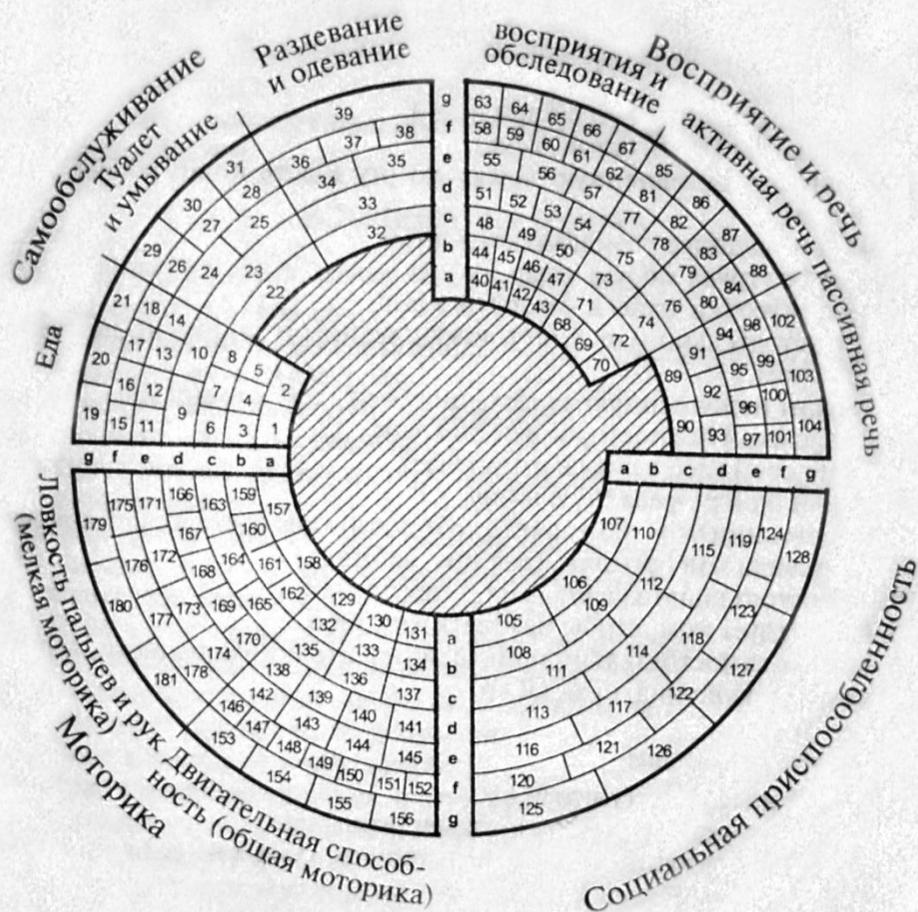
ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Карта наблюдений "Социограмма" (форма РАС - S/P)

Фамилия _____

Возраст _____

Группа _____



Заполнил _____

Дата заполнения _____

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Бланк для обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста (методика Г. Г. Зак)

Критерии оценивания:	Баллы:
1. Изучение знаний о себе и о предметах окружающего мира:	
<i>1. Части тела</i>	
- Покажи, где руки	
- Покажи, где ноги	
- Покажи, где пальчики	
- Покажи, где рот	
- Покажи левую руку	
- Покажу левую ногу	
- Покажи правую руку	
- Покажи правую ногу	
<i>2. Одежда и обувь:</i>	
- Покажи, где футболка	
- Покажи, где брюки	
- Покажи, где ботинки	
<i>3. Посуда:</i>	
- Покажи, где чашка	
- Покажи, где тарелка	
- Покажи, где салфетка	
<i>4. Мебель:</i>	
- Покажи, где стул	
- Покажи, где шкаф	
- Покажи, где стол	
<i>5. Предметы, необходимы для удовлетворения естественных потребностей:</i>	
- Покажи, где мыло	
- Покажи, где полотенце	
- Покажи, где горшок	
Критерии оценивания:	
<ul style="list-style-type: none"> – соотносит предметы ближайшего окружения с их названиями; – не соотносит предметы ближайшего окружения с их названиями. 	
2. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики)	
- Застегни «липучки»	
- Застегни молнию	
- Застегни пуговицы	
- Проба на праксис позы пальцев	
- Пробы на динамический праксис	
Критерии оценивания:	
<ul style="list-style-type: none"> 0 баллов — невозможность выполнения проб; 1 балл — для выполнения пробы необходима помощь в виде вербальной регуляция и сопряженного выполнения; 2 балла — проба выполняется с небольшими ошибками, ребенок либо самостоятельно исправляет ошибку, либо после замечания взрослого; 3 балла — безошибочное и плавное выполнение пробы. 	
3. Изучение сформированности социально-бытовых навыков:	
<i>1. Навыки приема пищи:</i>	

- Сесть за стол	
- Пользоваться ложкой	
- Пользоваться чашкой	
- Вытирать рот салфеткой	
- Убирать за собой посуду и задвигать стул	
<i>2. Навыки удовлетворения естественных потребностей:</i>	
- Проситься в туалет	
- Сидеть на горшке	
- Ходить в горшок	
- Открывать кран с водой	
- Брать мыло и намыливать руки, и тереть их друг о друга	
- Смывать мыло	
- Закрывать кран	
- Вытирать руки полотенцем	
<i>3. Навыки пользования одеждой и обувью:</i>	
- Надевать брюки	
- Надевать футболку	
- Надевать куртку	
- Застегивать молнию на куртке	
- Надевать ботинки	
- Снимать брюки	
- Снимать футболку	
- Снимать куртку	
- Расстегивать молнию на куртке	
- Снимать ботинки	
- Убирать одежду в шкаф (вешать на стульчик)	
Критерии оценивания:	
0 баллов — навык отсутствует, все действия выполняются взрослым.	
1 балл — навык отсутствует, но при этом ребенок сотрудничает со взрослым или пытается с ним сотрудничать для демонстрации того или иного умения, т. е. выполняет действия, незначительно облегчающие уход за ним. Например, при кормлении сам открывает рот или пытается его открыть, пытается взять в руки ложку; при одевании просовывает или пытается просунуть руки в рукава.	
2 балла — ребенок сотрудничает со взрослым, реализация навыка проходит в партнерстве со взрослым, осуществляется «рука в руку» с ребенком, сопровождается пошаговой инструкцией или комментарием к действию.	
3 балла — выполнение навыка при незначительной помощи взрослого (например, педагог начинает действие вместе с ребенком, а продолжает и заканчивает его ребенок самостоятельно при контроле взрослого, или ребенок надевает одежду, а взрослый ее поправляет).	
4 балла — навык у ребенка сформирован, но пользуется им ребенок в зависимости от ситуации, т. е. ему нужны постоянные указания, где и как использовать тот или иной навык.	
5 баллов — навык сформирован. Самостоятельное выполнение навыка без напоминания в любой ситуации.	

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Качественная характеристика результатов испытуемых

Имя: А. Л.

Дата рождения: 13.09.2017

Возраст: 4 года

Диагноз: F.84.0 – Детский аутизм (ПМПК)

Дата оценки: первичная декабрь 2021/повторная февраль 2022

В данной характеристике представлены результаты оценки по шкале Аутизма и результаты уровня сформированности социально-бытовых навыков А. Л., а также поведенческие особенности, которые мешают ему овладеть более сложными навыками.

Общая информация

А. Л. воспитывается в полной семье, есть младший брат. В 3 года был поставлен диагноз РАС психолого-медико-педагогической комиссией г. Екатеринбург. Посещает ДОО на целый день (8 часов).

Результаты наблюдений в свободной и обучающей деятельности

А. Л. очень спокойный и тихий ребенок. О своих потребностях не сообщает, пытается всё делать самостоятельно (обращения ограничены только потребностями ребенка).

При просмотре мультфильма не понимает происходящее на экране и, соответственно, не проявляет адекватных эмоциональных реакций. По-видимому просмотр мультфильмов используется как сенсорная аутостимуляция.

Необычно долго сохраняет интерес к книгам – листает страницы, смотрит картинки, разрисовывает.

У ребенка есть трудности при налаживании дружеских отношений. Часто играем сам, взрослых и сверстников не привлекает к своей игре.

Необычных страхов не наблюдается. Речь понятна, эхололий не наблюдается.

Результаты оценки

В качестве инструмента оценки использовалась шкала Аутизма (А. Д. Наследов, Л. О. Ткачева, С. А. Мирошников), методика «Социограмма» (форма РАС – SP), методика обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста (Г. Г. Зак).

При интерпретации шкалы Аутизма были получены следующие данные по субшкалам:

S1 (коммуникация) = 2 балла;

S2 (эмоции) = 6 баллов;

S3 (сенсорика) = 3 балла;

S4 (расторженность) = 0 баллов.

По формуле для 4-х субшкал проводилось вычисление скорректированного «сырого балла» – дискриминантной оценки для испытуемого.

$$DS = -1.803 + 0.229*2 + 0.175*6 + 0.268*3 + 0.094*0 = 0,509.$$

Далее эти сырые баллы были преобразованы по таблице норм в балльное значение по 20-балльной шкале Аутизма.

По таблице норм шкалы Аутизма вероятность РАС А. Л. 0,460 (7 баллов).

Далее наблюдение было продолжено с помощью методики «Социограмма». Была заполнена карта наблюдений, которая наглядно позволила оценить навыки А. Л. в сфере самообслуживания по трем группам: еда, туалет и умывание, раздевание и одевание.

Карта наблюдений «Социограмма», блок самообслуживания

21	
19	20
17	18
15	16
13	14
11	12

31
30
29
28
27

39
38
37

9	10
7	8
5	6
3	4
1	2
<i>Еда</i>	

26
25
24
23
22
<i>Туалет и умывание</i>

36
35
34
33
32
<i>Раздевание и одевание</i>

	– навык полностью сформирован
	– навык освоен частично
	– навык не сформирован

Использование данной методики позволило определить темп развития ребенка, выявить области наиболее активного развития. Удалось наглядно оценить уровень развития социально-бытовых навыков в сфере самообслуживания. Большая часть навыков полностью сформированы.

Интерпретация методики обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста позволила определить уровень сформированности навыков в следующих сферах:

1. Изучение знаний о себе и предметах окружающего мира – 18 баллов.
2. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики) – 15 баллов.
3. Изучение сформированности социально-бытовых навыков – 86 баллов.

На основе анализа полученных данных в соответствии с представленными сферами был выявлен 2 уровень сформированности социально-бытовых навыков у А. Л. Социально-бытовые навыки частично сформированы. Ребенок выполняет действия самостоятельно, но нуждается в подсказке и напоминании взрослого.

Реализация экспериментального исследования

После анализа проведенного комплекса методик (наблюдение, беседа с родителями и педагогами) были выявлены одни из ключевых социально-бытовых навыков, которые могут быть скорректированы техниками поведенческой терапии – чистка зубов. Ребенок чувствителен к прикосновениям во рту или вокруг рта, поэтому старается избегать данных действий гигиены. Что свидетельствует о повышенной тактильной чувствительности, особенно в области рта.

Перед написанием программы совместно с родителями А. Л. был заполнен опросник поощрения, который является одним из главных инструментов для составления индивидуальной коррекционной программы.

Коррекция программы проводилась через 2 недели от начала реализации, консультации для родителей были доступны в течение всего периода эксперимента.

При реализации программы А. Л. достаточно долго переходил с одного уровня на новый. Действия в программе корректировались и разбивались на более мелкие этапы. В процессе программы появилось нежелательное поведение, отрицательные эмоциональные реакции, которые были вовремя угашены.

Результаты повторной оценки

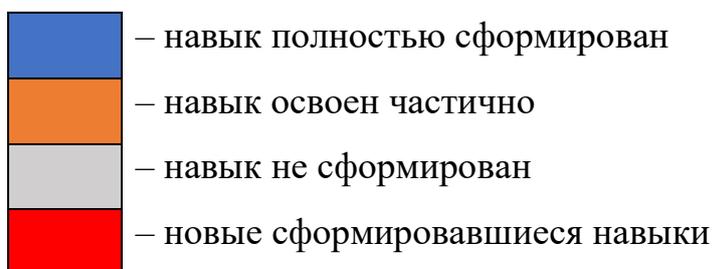
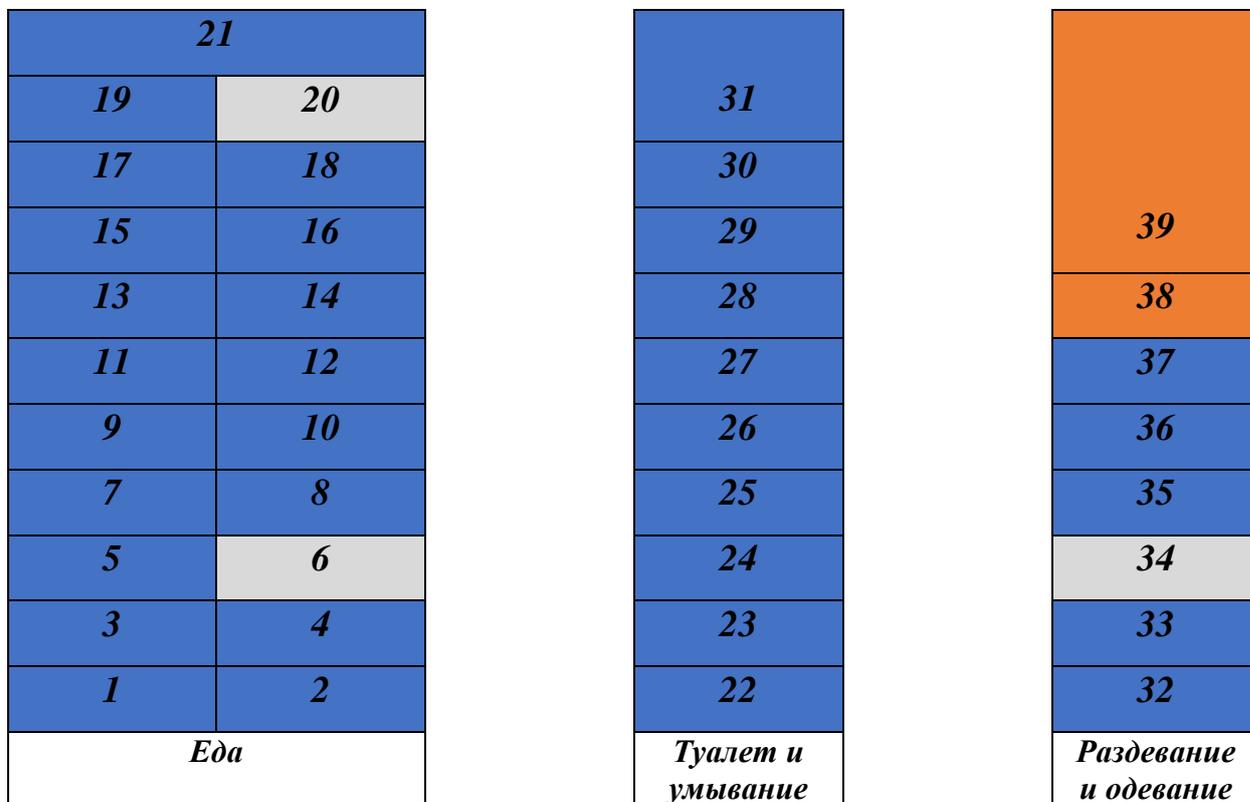
Повторная оценка была проведена в феврале текущего 2022 года, в процессе которой были использованы методики аналогичные первичной диагностике.

В процессе реализации программы не было целенаправленной работы на уменьшение проявлений аутизма, поэтому баллы по шкале Аутизма остались прежними (7 баллов по шкале).

В процессе наблюдения по методике «Социограмма» была заполнена карта наблюдений, которая позволила выявить следующие результаты: после реализации индивидуальной программы у А. Л. были сформированы

необходимые навыки, обеспечивающие успешность ребенка в сфере самообслуживания. Наглядные результаты представлены ниже.

**Карта наблюдений «Социограмма», блок самообслуживания
(повторная диагностика)**



В карте наблюдений не отражены новые сформировавшиеся навыки. А. Л. смог усвоить навык чистки зубов.

Интерпретация повторной оценки с использованием методики обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста позволила оценить уровень сформированности навыков в следующих сферах:

1. Изучение знаний о себе и предметах окружающего мира – 18 баллов.
2. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики) – 15 баллов.

3. Изучение сформированности социально-бытовых навыков – 98 баллов.

На основе анализа полученных данных в соответствии с представленными сферами был выявлен 2 уровень сформированности социально-бытовых навыков у А. Л. Ребенок самостоятельно выполняет большинство действий для самообслуживания (в соответствии со своим возрастом), но нуждается в небольшой подсказке взрослого. Уровень сформированности социально-бытовых навыков близок к первому.

Имя: Вадим К.

Дата рождения: 11.08.2018

Возраст: 3 года

Диагноз: F.84.0 – Детский аутизм (справка от врача)

Дата оценки: первичная декабрь 2021/повторная февраль 2022

В данной характеристике представлены результаты оценки по шкале Аутизма и результаты уровня сформированности социально-бытовых навыков В. К., а также поведенческие особенности, которые мешают ему овладеть более сложными навыками.

Общая информация

В. К. воспитывается в полной семье, родных братьев и сестер нет. Имеется справка от врача с подтверждением диагноза. В. К. не посещает ДОУ.

Результаты наблюдений в свободной и обучающей деятельности

Иногда кажется, что В. К. не обращает внимания на окружающую действительность – замкнут в себе, предпочитает изучать пространство, предметы.

Практически ни с кем не общается, большую часть времени проводит наедине с собой. Как правило, играет сам, не привлекает к игре взрослого или сверстника. Ребенку сложно распознавать эмоции других людей и действовать в соответствии с ними; самостоятельно не проявляет желания смотреть в глаза. Речь неразборчивая, словарный запас ограничен.

Долго сохраняет интерес к определенным предметам (любит катать небольшие машины), любит собирать пазлы (небольшое количество).

Любит раскачиваться телом, на площадке всегда выбирает качели (качели даже установлены дома). В. К. нравится бродить по кабинету, не обращает на деятельность педагога, не понимает идет занятие или нет. Сенсорная дезинтеграция в виде сниженной чувствительности вестибулярной системы.

Результаты оценки

В качестве инструмента оценки использовалась шкала Аутизма (А. Д. Наследов, Л. О. Ткачева, С. А. Мирошников), методика «Социограмма» (форма РАС – SP), методика обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста (Г. Г. Зак).

При интерпретации шкалы Аутизма были получены следующие данные по субшкалам:

S1 (коммуникация) = 3 балла;

S2 (эмоции) = 8 баллов;

S3 (сенсорика) = 4 балла;

S4 (расторможенность) = 5 баллов.

По формуле для 4-х субшкал проводилось вычисление скорректированного «сырого балла» – дискриминантной оценки для испытуемого.

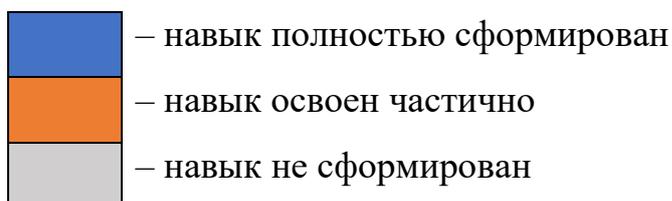
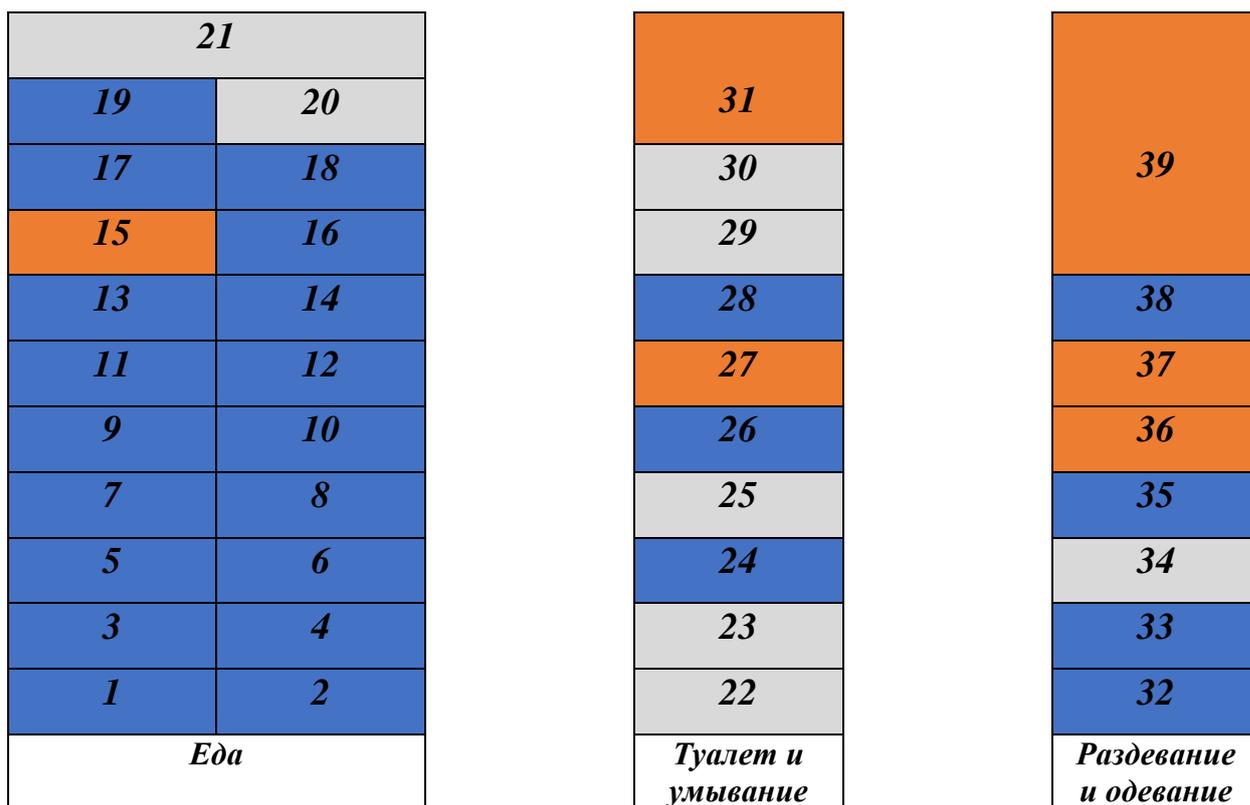
$$DS = -1.803 + 0.229*3 + 0.175*8 + 0.268*4 + 0.094*5 = 1,826.$$

Далее эти сырые баллы были преобразованы по таблице норм в балльное значение по 20-балльной шкале Аутизма.

По таблице норм шкалы Аутизма вероятность РАС В. К. 0,952 (12 баллов).

Далее наблюдение было продолжено с помощью методики «Социограмма». Была заполнена карта наблюдений, которая наглядно позволила оценить навыки В. К. в сфере самообслуживания по трем группам: еда, туалет и умывание, раздевание и одевание.

Карта наблюдений «Социограмма», блок самообслуживания



Использование данной методики позволило определить темп развития ребенка, выявить области наиболее активного развития. Удалось наглядно оценить уровень развития социально-бытовых навыков в сфере самообслуживания. Большая часть навыков полностью сформированы в блоке «еда», но имеются значительные сложности в блоках «раздевание и одевание» и «туалет и умывание».

Интерпретация методики обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста позволила определить уровень сформированности навыков в следующих сферах:

1. Изучение знаний о себе и предметах окружающего мира – 14 баллов.

2. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики) – 15 баллов.

3. Изучение сформированности социально-бытовых навыков – 40 баллов.

На основе анализа полученных данных в соответствии с представленными сферами был выявлен 5 уровень сформированности социально-бытовых навыков у В. К. Ребенок выполняет действия, которые незначительно облегчают уход за собой. В. К. зависит от помощи взрослого в типичных бытовых ситуациях.

Реализация экспериментального исследования

После анализа проведенного комплекса методик (наблюдение, беседа с родителями и педагогами) были выявлены одни из ключевых социально-бытовых навыков, которые могут быть скорректированы техниками поведенческой терапии. Со слов родителей В. К., он не пользуется горшком. Происходят истерики и эмоциональные срывы. Если сидит на горшке, то в горшок не ходит.

Перед написанием программы совместно с родителями Вадима был заполнен опросник поощрения, который является одним из главных инструментов для составления индивидуальной коррекционной программы.

Коррекция программы проводилась каждую неделю, консультации для родителей были доступны в течение всего периода эксперимента.

При реализации программы возникало огромное количество сложностей, из-за чего были введены дополнительные промежуточные точки для коррекции.

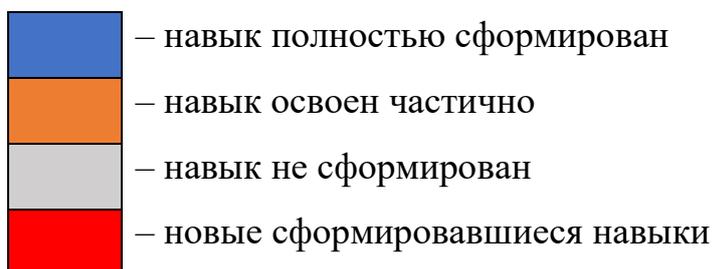
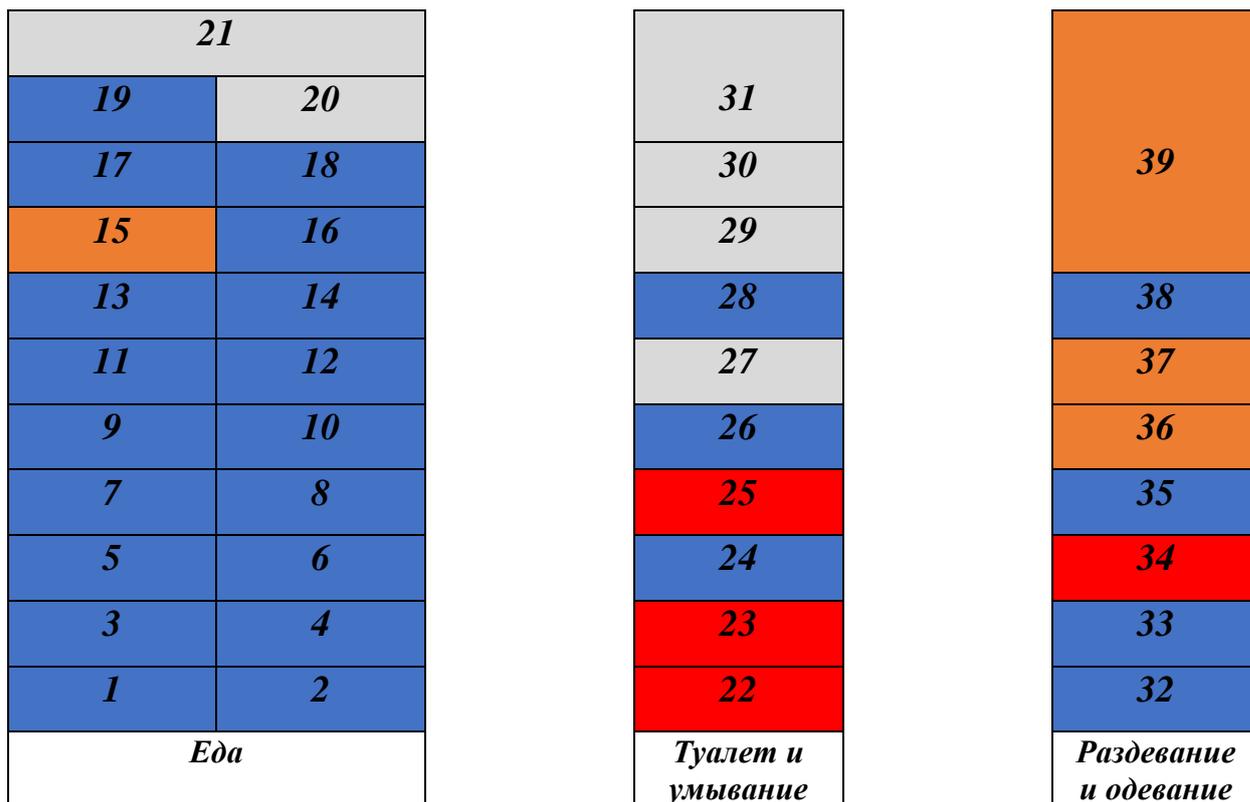
Результаты повторной оценки

Повторная оценка была проведена в феврале текущего 2022 года, в процессе которой были использованы методики аналогичные первичной диагностике.

В процессе реализации программы не было целенаправленной работы на уменьшение проявлений аутизма, поэтому баллы по шкале Аутизма остались прежними (12 баллов по шкале).

В процессе наблюдения по методике «Социограмма» была заполнена карта наблюдений, которая позволила выявить следующие результаты: после реализации индивидуальной программы у В. К. были сформированы необходимые навыки, обеспечивающие успешность ребенка в сфере самообслуживания. Наглядные результаты представлены ниже.

**Карта наблюдений «Социограмма», блок самообслуживания
(повторная диагностика)**



Карта наблюдений позволяет наглядно оценить новые сформировавшиеся навыки в блоке «туалет и умывание» – Вадим начал использовать туалетные принадлежности в домашних условиях, следующий этап – применение данного навыка в различных повседневных ситуациях.

Интерпретация повторной оценки с использованием методики обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста позволила оценить уровень сформированности навыков в следующих сферах:

1. Изучение знаний о себе и предметах окружающего мира – 14 баллов.
2. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики) – 15 баллов.
3. Изучение сформированности социально-бытовых навыков – 51 балл.

На основе анализа полученных данных в соответствии с представленными сферами был выявлен 5 уровень сформированности социально-бытовых навыков у В. К. Некоторые социально-бытовые навыки были сформированы, но в недостаточном количестве для самостоятельного выполнения.

Имя: Валерия Н.

Дата рождения: 06.05.2017

Возраст: 4 года

Диагноз: F.84.0 – Детский аутизм (ПМПК)

Дата оценки: первичная декабрь 2021/повторная февраль 2022

В данной характеристике представлены результаты оценки по шкале Аутизма и результаты уровня сформированности социально-бытовых навыков В. Н., а также поведенческие особенности, которые мешают ей овладеть более сложными навыками.

Общая информация

В. Н. воспитывается в полной семье, братьев и сестер нет. В 3 года был поставлен диагноз РАС психолого-медико-педагогической комиссией г. Екатеринбург. ДОУ не посещает.

Результаты наблюдений в свободной и обучающей деятельности

В. Н. достаточно спокойный ребенок, но склонна к эмоциональным взрывам. Легко «выходит из себя», когда пытается добиться своего.

Иногда самостоятельно инициирует контакт со взрослыми, изредка поддерживает общение. Валерия распознает базовые эмоции других людей, при просмотре видеофрагментов адекватно реагирует на происходящее на экране.

В основном, В. Н. пользуется указательными и коммуникативными жестами при общении. Имеются трудности с установлением контакта со сверстниками.

Речь ребенка является отраженной, присутствует эхолалия.

Со слов родителей, у В. Н. есть необычный страх – боится шума пылесоса (начинает закрывать уши и падает на пол, либо прячется за штору) – критерий сенсорной дезинтеграции в виде повышенной чувствительности слуховой системы.

Результаты оценки

В качестве инструмента оценки использовалась шкала Аутизма (А. Д. Наследов, Л. О. Ткачева, С. А. Мирошников), методика «Социограмма» (форма РАС – SP), методика обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста (Г. Г. Зак).

При интерпретации шкалы Аутизма были получены следующие данные по субшкалам:

S1 (коммуникация) = 3 балла;

S2 (эмоции) = 5 баллов;

S3 (сенсорика) = 4 балла;

S4 (расторженность) = 2 балла.

По формуле для 4-х субшкал проводилось вычисление скорректированного «сырого балла» – дискриминантной оценки для испытуемого.

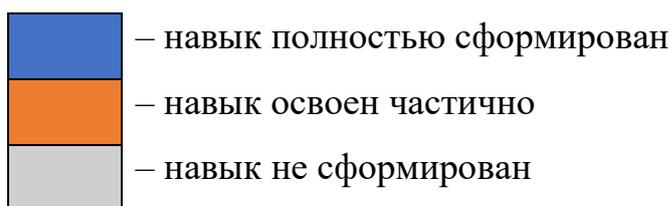
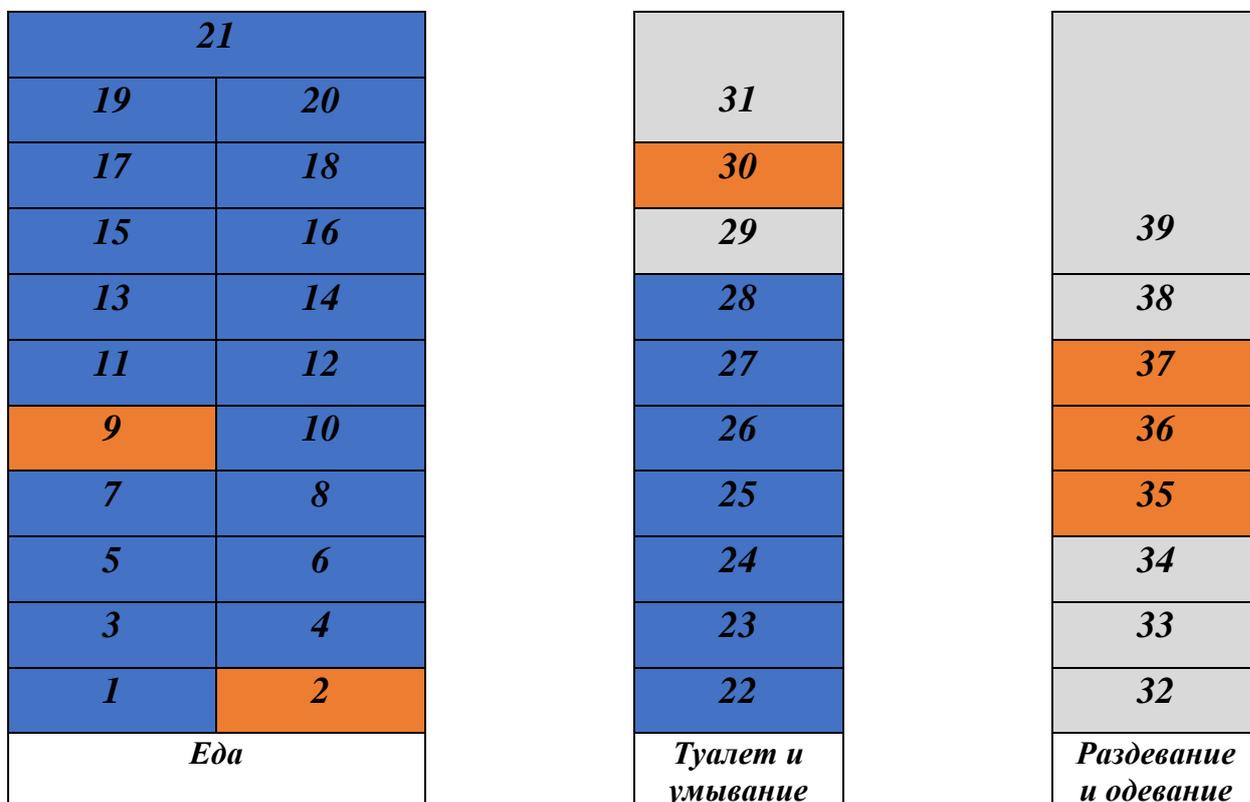
$$DS = -1.803 + 0.229*3 + 0.175*5 + 0.268*4 + 0.094*2 = 1,019.$$

Далее эти сырые баллы были преобразованы по таблице норм в балльное значение по 20-балльной шкале Аутизма.

По таблице норм шкалы Аутизма вероятность РАС В. Н. 0,846 (10 баллов).

Далее наблюдение было продолжено с помощью методики «Социограмма». Была заполнена карта наблюдений, которая наглядно позволила оценить навыки В. Н. в сфере самообслуживания по трем группам: еда, туалет и умывание, раздевание и одевание.

Карта наблюдений «Социограмма», блок самообслуживания



Использование данной методики позволило определить темп развития ребенка, выявить области наиболее активного развития. Удалось наглядно оценить уровень развития социально-бытовых навыков в сфере самообслуживания. Большая часть навыков полностью сформированы, но имеются некоторые сложности в сфере раздевание и одевание.

Интерпретация методики обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста позволила определить уровень сформированности навыков в следующих сферах:

1. Изучение знаний о себе и предметах окружающего мира – 16 баллов.
2. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики) – 11 баллов.
3. Изучение сформированности социально-бытовых навыков – 48 баллов.

На основе анализа полученных данных в соответствии с представленными сферами был выявлен 4 уровень сформированности социально-бытовых навыков у В. Н. Социально-бытовые навыки формируются, ребенок нуждается в помощи взрослого, реализация некоторых навыков осуществляется «рука в руке», сопровождается комментариями к действиям. В. Н. при осуществлении того или иного навыка иногда не пытается помогать взрослому (зависит от взрослого).

Реализация экспериментального исследования

После анализа проведенного комплекса методик (наблюдение, беседа с родителями и педагогами) были выявлены одни из ключевых социально-бытовых навыков, которые могут быть скорректированы техниками поведенческой терапии – навык одевания и раздевания.

Перед написанием программы совместно с родителями В. Н. был заполнен опросник поощрения, который является одним из главных инструментов для составления индивидуальной коррекционной программы.

Коррекция программы проводилась через 2 недели от начала реализации, консультации для родителей были доступны в течение всего периода эксперимента.

При реализации программы не наблюдалось особых трудностей, Валерия при затруднениях прибегала к помощи взрослого и уже через 3 недели инициировала первые самостоятельные попытки.

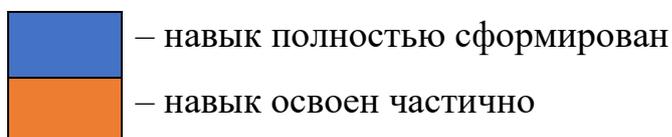
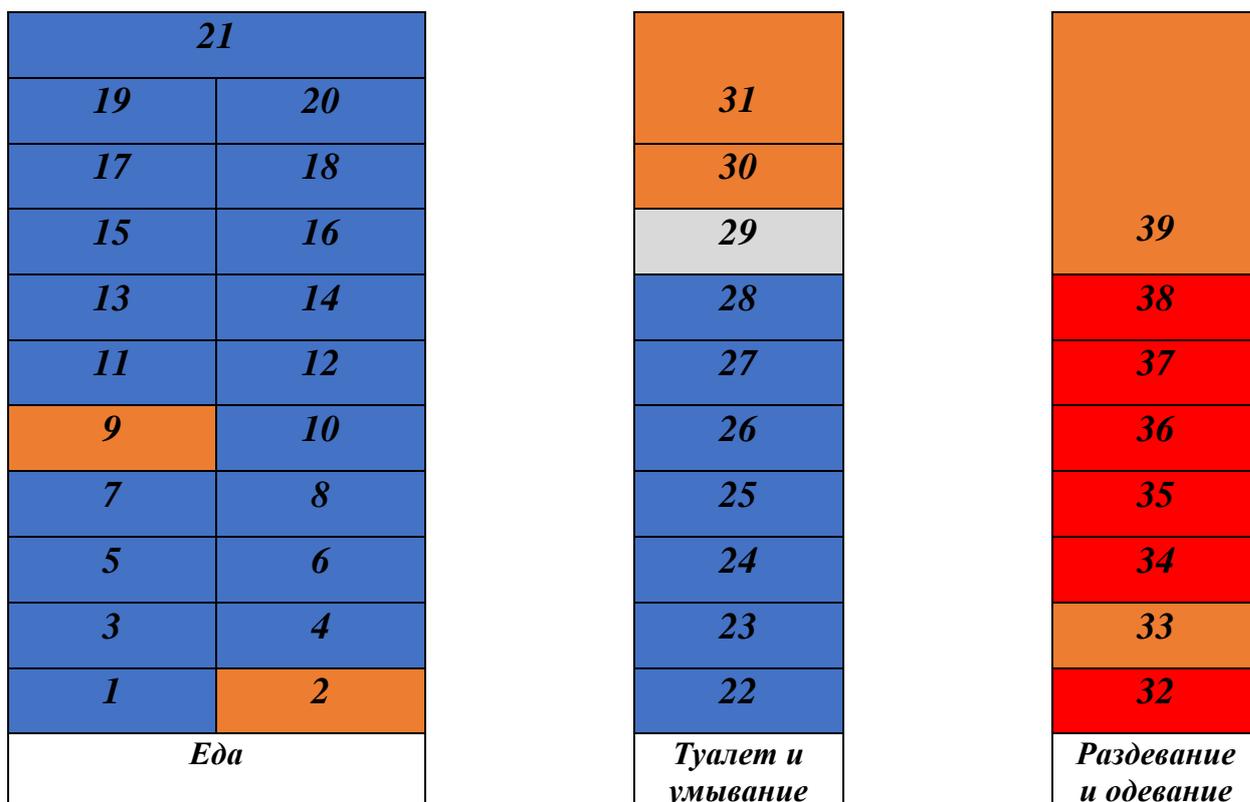
Результаты повторной оценки

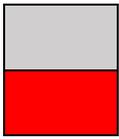
Повторная оценка была проведена в феврале текущего 2022 года, в процессе которой были использованы методики аналогичные первичной диагностике.

В процессе реализации программы не было целенаправленной работы на уменьшение проявлений аутизма, поэтому баллы по шкале Аутизма остались прежними (10 баллов по шкале).

В процессе наблюдения по методике «Социограмма» была заполнена карта наблюдений, которая позволила выявить следующие результаты: после реализации индивидуальной программы у В. Н. были сформированы необходимые навыки, обеспечивающие успешность ребенка в сфере самообслуживания. Наглядные результаты представлены в ниже.

**Карта наблюдений «Социограмма», блок самообслуживания
(повторная диагностика)**





– навык не сформирован

– новые сформировавшиеся навыки

Карта наблюдений позволяет наглядно оценить новые сформировавшиеся навыки в блоке «раздевание и одевание» – Валерия начала самостоятельно делать первые попытки при раздевании и одевании, может по указанию взрослого выполнить простые манипуляции с вещами.

Интерпретация повторной оценки с использованием методики обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста позволила оценить уровень сформированности навыков в следующих сферах:

1. Изучение знаний о себе и предметах окружающего мира – 18 баллов.
2. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики) – 15 баллов.
3. Изучение сформированности социально-бытовых навыков – 82 баллов.

На основе анализа полученных данных в соответствии с представленными сферами был выявлен 2 уровень сформированности социально-бытовых навыков у В. Н. Ребенок выполняет большую часть действий самостоятельно, но нуждается в напоминании и подсказке взрослого при выполнении отдельных операций.

Имя: Дмитрий К.

Дата рождения: 17.12.2017

Возраст: 4 года

Диагноз: F.84.0 – Детский аутизм (справка от врача)

Дата оценки: первичная декабрь 2021/повторная февраль 2022

В данной характеристике представлены результаты оценки по шкале Аутизма и результаты уровня сформированности социально-бытовых навыков Д. К., а также поведенческие особенности, которые мешают ему овладеть более сложными навыками.

Общая информация

Д. К. воспитывается в полной семье, родных братьев и сестер нет. Имеется справка от врача с подтверждением диагноза (планируемая дата посещения психолого-медико-педагогической комиссии 23.05.2022). Д. К. посещает ДОУ с 3х лет на целый день (8 часов).

Результаты наблюдений в свободной и обучающей деятельности

Д. К. спокойный ребенок, в редких ситуациях теряет самоконтроль. Общается мало, в случае отказа качает головой, обращение ограничено лишь потребностями ребенка.

Достаточно долго может сохранять интерес к определенным предметам (перебирает карандаши, мелкие игрушки), любит наблюдать за блестящими предметами. Боится почти всех громких звуков игрушек. Что свидетельствует об элементах сенсорной дезинтеграции в виде сниженной чувствительности зрительной системы и повышенной чувствительности слуховой системы.

У ребенка трудности с налаживанием контакта с незнакомыми взрослыми и со сверстниками, говорит мало, речь неразборчива.

В деятельности слишком много движений. Не может усидеть на одном месте – начинает ходить, вскакивать, разбрасывать карандаши на полу и собирать их.

Результаты оценки

В качестве инструмента оценки использовалась шкала Аутизма (А. Д. Наследов, Л. О. Ткачева, С. А. Мирошников), методика «Социограмма» (форма РАС – SP), методика обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста (Г. Г. Зак).

При интерпретации шкалы Аутизма были получены следующие данные по субшкалам:

S1 (коммуникация) = 2 балла;

S2 (эмоции) = 6 баллов;

S3 (сенсорика) = 5 баллов;

S4 (расторможенность) = 4 балла.

По формуле для 4-х субшкал проводилось вычисление скорректированного «сырого балла» – дискриминантной оценки для испытуемого.

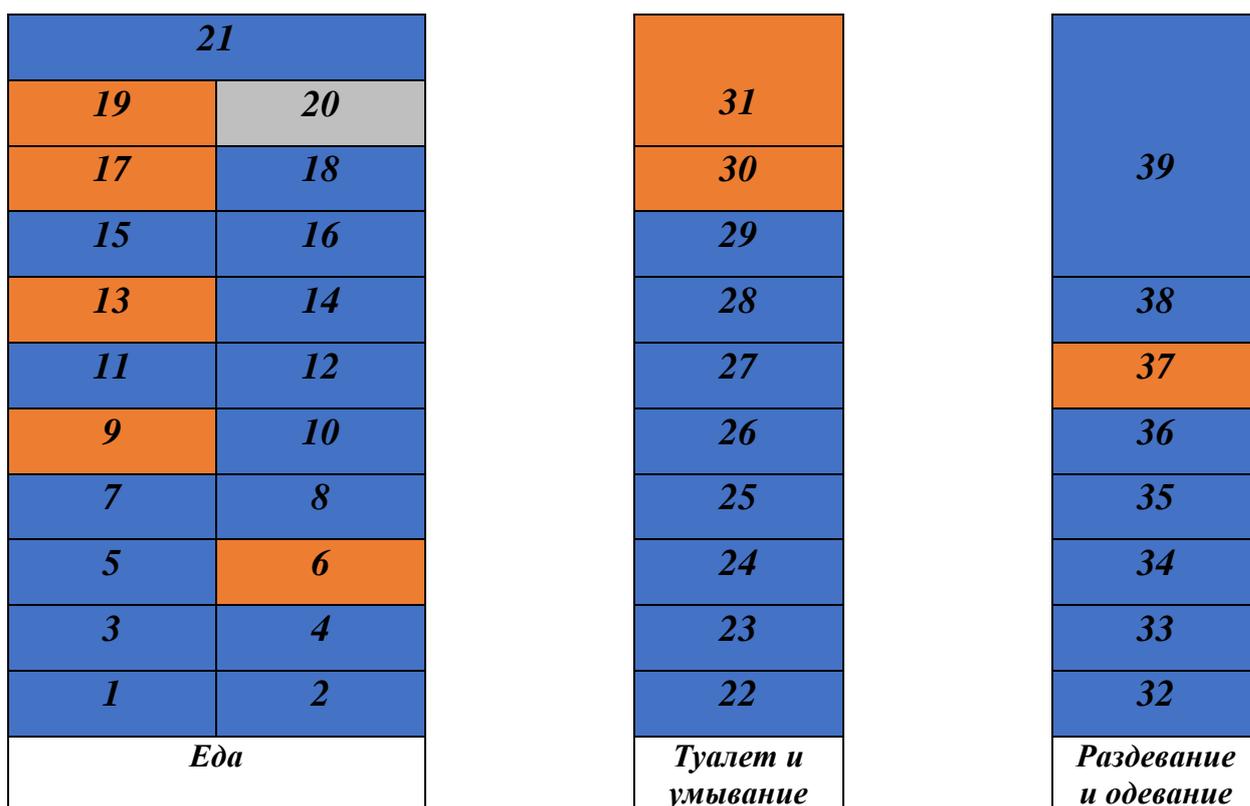
$$DS = -1.803 + 0.229*2 + 0.175*6 + 0.268*5 + 0.094*4 = 1,421.$$

Далее эти сырые баллы были преобразованы по таблице норм в балльное значение по 20-балльной шкале Аутизма.

По таблице норм шкалы Аутизма вероятность РАС Д. К. 0,912 (11 баллов).

Далее наблюдение было продолжено с помощью методики «Социограмма». Была заполнена карта наблюдений, которая наглядно позволила оценить навыки Д. К. в сфере самообслуживания по трем группам: еда, туалет и умывание, раздевание и одевание.

Карта наблюдений «Социограмма», блок самообслуживания



-  – навык полностью сформирован
-  – навык освоен частично
-  – навык не сформирован

Использование данной методики позволило определить темп развития ребенка, выявить области наиболее активного развития. Удалось наглядно оценить уровень развития социально-бытовых навыков в сфере самообслуживания. Большая часть навыков полностью сформированы, лишь в некоторых ситуациях требуется помощь взрослого.

Интерпретация методики обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста позволила определить уровень сформированности навыков в следующих сферах:

1. Изучение знаний о себе и предметах окружающего мира – 19 баллов.
2. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики) – 15 баллов.
3. Изучение сформированности социально-бытовых навыков – 95 баллов.

На основе анализа полученных данных в соответствии с представленными сферами был выявлен 2 уровень сформированности социально-бытовых навыков у Д. К. Социально-бытовые навыки частично сформированы. Ребенок выполняет действия самостоятельно, но нуждается в подсказке и напоминании взрослого.

Реализация экспериментального исследования

После анализа проведенного комплекса методик (наблюдение, беседа с родителями и педагогами) были выявлены одни из ключевых социально-бытовых навыков, которые могут быть скорректированы техниками поведенческой терапии – мытье рук, использование полотенца и средств гигиены. Со слов родителей, Д. К. всегда выполняет действия только со взрослыми, не проявляет активность и инициативу, часто не понимает, что необходимо сделать даже после вербальной и/или визуальной подсказки.

Перед написанием программы совместно с родителями Д. К. был заполнен опросник поощрения, который является одним из главных инструментов для составления индивидуальной коррекционной программы.

Коррекция программы проводилась через 2 недели от начала реализации, консультации для родителей были доступны в течение всего периода эксперимента.

При реализации программы Д. К. достаточно долго переходил с одного уровня на новый. Действия в программе корректировались и разбивались на более мелкие этапы – поведенческая «цепочка» - когда каждый навык разбивается на маленькие шаги и идет последовательное освоение каждого элемента действия, после чего собирается «цепочка» навыка.

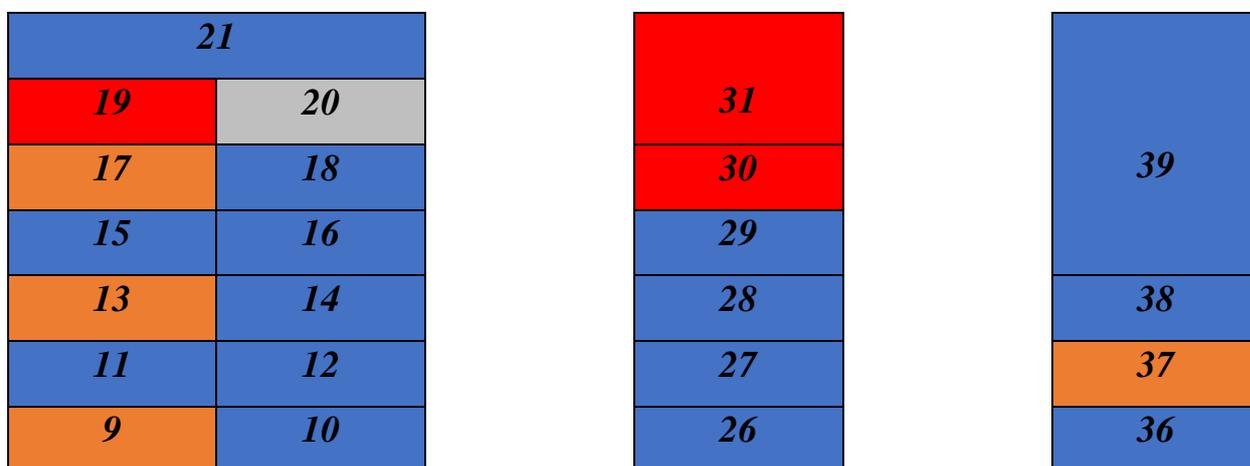
Результаты повторной оценки

Повторная оценка была проведена в феврале текущего 2022 года, в процессе которой были использованы методики аналогичные первичной диагностике.

В процессе реализации программы не было целенаправленной работы на уменьшение проявлений аутизма, поэтому баллы по шкале Аутизма остались прежними (11 баллов по шкале).

В процессе наблюдения по методике «Социограмма» была заполнена карта наблюдений, которая позволила выявить следующие результаты: после реализации индивидуальной программы у Д. К. были сформированы необходимые навыки, обеспечивающие успешность ребенка в сфере самообслуживания. Наглядные результаты представлены ниже.

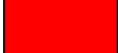
Карта наблюдений «Социограмма», блок самообслуживания (повторная диагностика)



7	8
5	6
3	4
1	2
<i>Еда</i>	

25
24
23
22
<i>Туалет и умывание</i>

35
34
33
32
<i>Раздевание и одевание</i>

	– навык полностью сформирован
	– навык освоен частично
	– навык не сформирован
	– новые сформировавшиеся навыки

Карта наблюдений позволяет наглядно оценить новые сформировавшиеся навыки в блоке «туалет и умывание» – Д. К. к концу реализации программы начал проявлять инициативу, использовать сформированный навык в повседневной жизни. Научился вытирать руки полотенцем, но использует только бумажные полотенца.

Интерпретация повторной оценки с использованием методики обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста позволила оценить уровень сформированности навыков в следующих сферах:

1. Изучение знаний о себе и предметах окружающего мира – 19 баллов.
2. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики) – 15 баллов.
3. Изучение сформированности социально-бытовых навыков – 110 баллов.

На основе анализа полученных данных в соответствии с представленными сферами был выявлен 2 уровень сформированности социально-бытовых навыков у Д. К. Ребенок самостоятельно выполняет большинство действий для самообслуживания (в соответствии со своим возрастом), но нуждается в визуальных подсказках (алгоритмизация действий по типу PECS). Уровень сформированности социально-бытовых навыков близок к первому.

Имя: В. Г.

Дата рождения: 09.11.2017

Возраст: 4 года

Диагноз: F.84.0 – Детский аутизм (ПМПК)

Дата оценки: первичная декабрь 2021/повторная февраль 2022

В данной характеристике представлены результаты оценки по шкале Аутизма и результаты уровня сформированности социально-бытовых навыков В. Г., а также поведенческие особенности (препятствия), которые мешают ей овладеть более сложными навыками.

Общая информация

В. Г. воспитывается в полной семье, есть старшая сестра. В 3 года был поставлен диагноз РАС психолого-медико-педагогической комиссией г. Екатеринбург. Посещает ДООУ на целый день (8 часов).

Результаты наблюдений в свободной и обучающей деятельности

В. Г. очень активна, большую часть времени бегают, машет руками (моторные стереотипии), может валяться на полу (элементы сенсорной дезинтеграции). Ребенка очень сложно контролировать, наблюдается полевое поведение. Не сформирован навык сидения за столом, начинает бродить по кабинету, либо просто уходит.

Практически ни с кем не общается, чаще всего проводит время самостоятельно, отчужденно. Контакт со взрослыми и со сверстниками сама не инициирует, не поддерживает. Ребенку сложно распознавать эмоции других людей и реагировать соответственно (при непосредственном общении или при просмотре разных видеофрагментов). Иногда кажется, что В. Г. не обращает внимания на окружающую действительность – ходит по комнате, изучает пространство и др.

Речь является отраженной, присутствует эхолалия. Нет обращений к другим людям, о своих потребностях сообщает криком.

Результаты оценки

В качестве инструмента оценки использовалась шкала Аутизма (А. Д. Наследов, Л. О. Ткачева, С. А. Мирошников), методика «Социограмма» (форма РАС – SP), методика обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста (Г. Г. Зак).

При интерпретации шкалы Аутизма были получены следующие данные по субшкалам:

S1 (коммуникация) = 7 баллов;

S2 (эмоции) = 10 баллов;

S3 (сенсорика) = 2 балла;

S4 (расторможность) = 4 балла.

По формуле для 4-х субшкал проводилось вычисление скорректированного «сырого балла» – дискриминантной оценки для испытуемого.

$$DS = -1.803 + 0.229*7 + 0.175*10 + 0.268*2 + 0.094*4 = 2,462.$$

Далее эти сырые баллы были преобразованы по таблице норм в балльное значение по 20-балльной шкале Аутизма.

По таблице норм шкалы Аутизма вероятность РАС В. Г. 0,992 (15 баллов).

Далее наблюдение было продолжено с помощью методики «Социограмма». Была заполнена карта наблюдений, которая наглядно позволила оценить навыки В. Г. в сфере самообслуживания по трем группам: еда, туалет и умывание, раздевание и одевание.

Карта наблюдений «Социограмма», блок самообслуживания

21	
19	20
17	18
15	16
13	14
11	12

31
30
29
28
27

39
38
37

9	10
7	8
5	6
3	4
1	2
<i>Еда</i>	

26
25
24
23
22
<i>Туалет и умывание</i>

36
35
34
33
32
<i>Раздевание и одевание</i>

	– навык полностью сформирован
	– навык освоен частично
	– навык не сформирован

Использование данной методики позволило определить темп развития ребенка, выявить области наиболее активного развития. Удалось наглядно оценить уровень развития социально-бытовых навыков в сфере самообслуживания. Большая часть навыков полностью сформированы, но имеются некоторые сложности в сфере туалет и умывание.

Интерпретация методики обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста позволила определить уровень сформированности навыков в следующих сферах:

4. Изучение знаний о себе и предметах окружающего мира – 18 баллов.
5. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики) – 11 баллов.
6. Изучение сформированности социально-бытовых навыков – 61 балл.

На основе анализа полученных данных в соответствии с представленными сферами был выявлен 4 уровень сформированности социально-бытовых навыков у В. Г. Социально-бытовые навыки формируются, ребенок нуждается в помощи взрослого, реализация некоторых навыков осуществляется «рука в руке», сопровождается комментариями к действиям. В. Г. при осуществлении того или

иного навыка пытается помогать взрослому (снимает определенные части одежды, прилагает усилия, чтобы держать столовые приборы и др.).

Реализация экспериментального исследования

После анализа проведенного комплекса методик (наблюдение, беседа с родителями и педагогами) были выявлены одни из ключевых социально-бытовых навыков, которые могут быть скорректированы техниками поведенческой терапии – навык мытья рук.

Перед написанием программы совместно с родителями В. Г. был заполнен опросник поощрения, который является одним из главных инструментов для составления индивидуальной коррекционной программы.

Коррекция программы проводилась через 2 недели от начала реализации, консультации для родителей были доступны в течение всего периода эксперимента.

Основной трудностью стало отсутствие у В. Г. стремления к совершению манипуляций с предложенными предметами, она не всегда воспринимала речевую инструкцию, не делала попыток выполнить действие даже после объяснения значимости данного навыка, при затруднениях не прибегала к использованию помощи находящегося рядом взрослого.

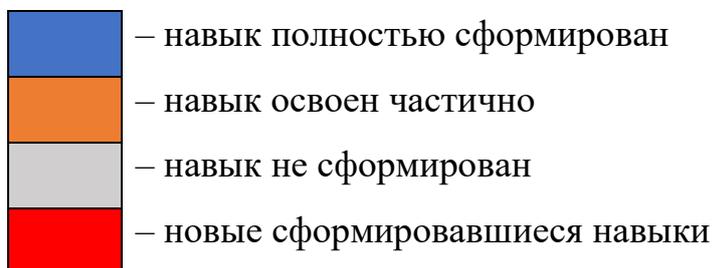
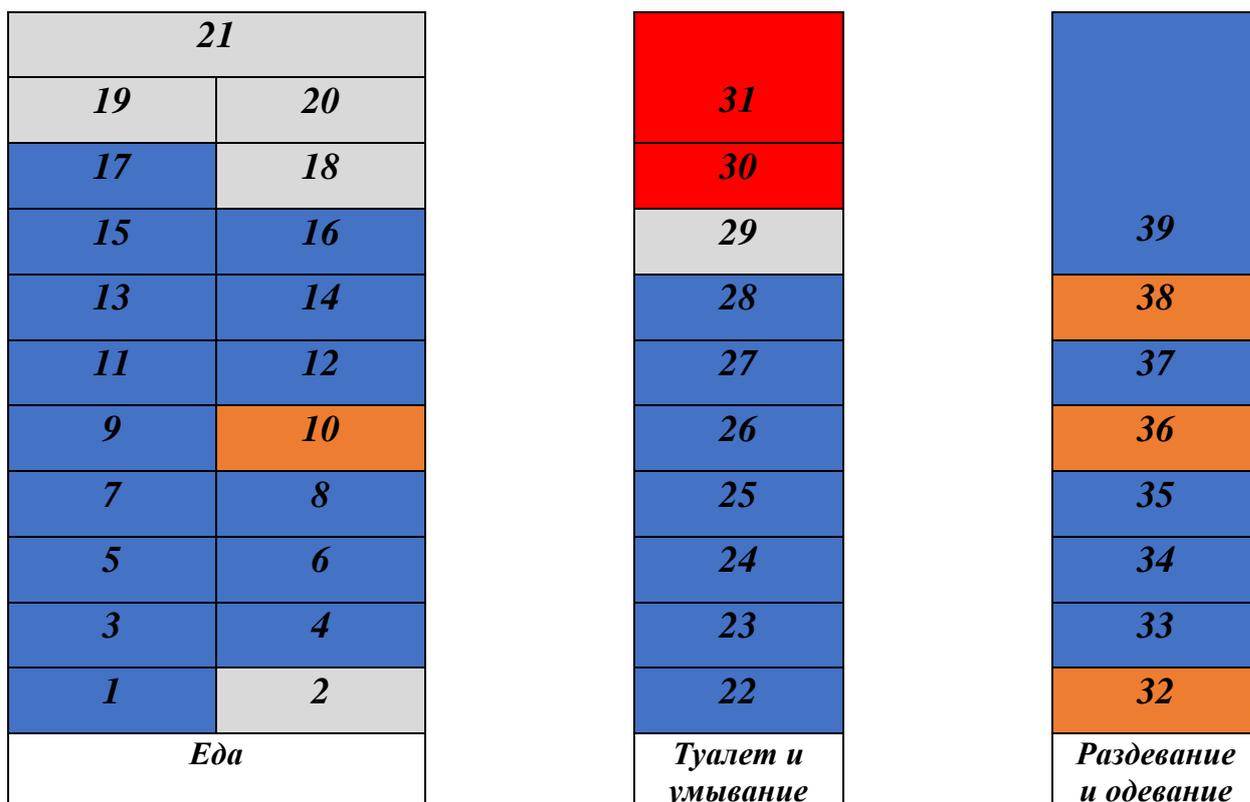
Результаты повторной оценки

Повторная оценка была проведена в феврале текущего 2022 года, в процессе которой были использованы методики аналогичные первичной диагностике.

В процессе реализации программы не было целенаправленной работы на уменьшение проявлений аутизма, поэтому баллы по шкале Аутизма остались прежними (12 баллов по шкале).

В процессе наблюдения по методике «Социограмма» была заполнена карта наблюдений, которая позволила выявить следующие результаты: после реализации индивидуальной программы у В. Г. были сформированы необходимые навыки, обеспечивающие успешность ребенка в сфере самообслуживания. Наглядные результаты представлены ниже.

**Карта наблюдений «Социограмма», блок самообслуживания
(повторная диагностика)**



Карта наблюдений позволяет наглядно оценить новые сформировавшиеся навыки. №30, №31 – «держит руки под текущей водой, трет руки друг о друга», «вытирает руки полотенцем».

Интерпретация повторной оценки с использованием методики обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста позволила оценить уровень сформированности навыков в следующих сферах:

1. Изучение знаний о себе и предметах окружающего мира – 18 баллов.
2. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики) – 12 баллов.

3. Изучение сформированности социально-бытовых навыков – 75 баллов.

На основе анализа полученных данных в соответствии с представленными сферами был выявлен 3 уровень сформированности социально-бытовых навыков у В. Г. Ребенок реализует навыки при незначительной помощи взрослого, при самостоятельном выполнении иногда отмечается неаккуратность во время выполнения определенных действий, встречаются редкие эпизоды нарушений последовательности действий.

Имя: М. Р.

Дата рождения: 12.02.2018

Возраст: 4 года

Диагноз: F.84.0 – Детский аутизм (справка от врача)

Дата оценки: первичная декабрь 2021/повторная февраль 2022

В данной характеристике представлены результаты оценки по шкале Аутизма и результаты уровня сформированности социально-бытовых навыков М. Р., а также поведенческие особенности, которые мешают ей овладеть более сложными навыками.

Общая информация

М. Р. воспитывается в полной семье, братьев и сестер нет. Имеется справка от врача с подтверждением диагноза. Посещает ДООУ на целый день (8 часов).

Результаты наблюдений в свободной и обучающей деятельности

М. Р. очень активна, большую часть времени бегают, любит валяться на полу, не может тихо играть – постоянно издает какие-то звуки. Часто поведение сложно контролировать (полевое поведение). В деятельности наблюдается много лишних движений, не может сидеть спокойно. Что является критерием сенсорной дезинтеграции в виде сниженной чувствительности вестибулярной системы.

Эмоциональное состояние меняется от ситуации: легко «выходит из себя», часто бывает злой и раздражительной.

Со сверстниками и детьми не общается. Взрослым легко сообщает о своих потребностях (использует слова, жесты, мимику). Говорит, но нарушен грамматический строй речи, присутствует эхолалия.

Проявляет интерес к определенным предметам – нравится разбирать и собирать конструктор.

Присутствуют необычные страхи лифта и шума пылесоса. Что является критерием сенсорной дезинтеграции в виде повышенной чувствительности слуховой системы.

Результаты оценки

В качестве инструмента оценки использовалась шкала Аутизма (А. Д. Наследов, Л. О. Ткачева, С. А. Мирошников), методика «Социограмма» (форма РАС – SP), методика обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста (Г. Г. Зак).

При интерпретации шкалы Аутизма были получены следующие данные по субшкалам:

S1 (коммуникация) = 2 балла;

S2 (эмоции) = 7 баллов;

S3 (сенсорика) = 3 балла;

S4 (расторможенность) = 9 баллов.

По формуле для 4-х субшкал проводилось вычисление скорректированного «сырого балла» – дискриминантной оценки для испытуемого.

$$DS = -1.803 + 0.229*2 + 0.175*7 + 0.268*3 + 0.094*9 = 1,53.$$

Далее эти сырые баллы были преобразованы по таблице норм в балльное значение по 20-балльной шкале Аутизма.

По таблице норм шкалы Аутизма вероятность РАС М. Р. 0,912 (11 баллов).

Далее наблюдение было продолжено с помощью методики «Социограмма». Была заполнена карта наблюдений, которая наглядно позволила оценить навыки М. Р. в сфере самообслуживания по трем группам: еда, туалет и умывание, раздевание и одевание.

Карта наблюдений «Социограмма», блок самообслуживания

21			
19	20	31	
17	18	30	
15	16	29	39
13	14	28	38
11	12	27	37
9	10	26	36
7	8	25	35
5	6	24	34
3	4	23	33
1	2	22	32
<i>Еда</i>		<i>Туалет и умывание</i>	<i>Раздевание и одевание</i>

	– навык полностью сформирован
	– навык освоен частично
	– навык не сформирован

Использование данной методики позволило определить темп развития ребенка, выявить области наиболее активного развития. Удалось наглядно оценить уровень развития социально-бытовых навыков в сфере самообслуживания. Большая часть навыков полностью сформированы, но имеются некоторые сложности в сфере раздевание и одевание.

Интерпретация методики обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста позволила определить уровень сформированности навыков в следующих сферах:

1. Изучение знаний о себе и предметах окружающего мира – 19 баллов.
2. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики) – 15 баллов.

3. Изучение сформированности социально-бытовых навыков – 84 баллов.

На основе анализа полученных данных в соответствии с представленными сферами был выявлен 4 уровень сформированности социально-бытовых навыков у М. Р. Социально-бытовые навыки формируются, ребенок нуждается в помощи взрослого, реализация некоторых навыков осуществляется «рука в руке», сопровождается комментариями к действиям.

Реализация экспериментального исследования

После анализа проведенного комплекса методик (наблюдение, беседа с родителями и педагогами) были выявлены одни из ключевых социально-бытовых навыков, которые могут быть скорректированы техниками поведенческой терапии – навык одевания и раздевания.

Перед написанием программы совместно с родителями М. Р. был заполнен опросник поощрения, который является одним из главных инструментов для составления индивидуальной коррекционной программы.

Коррекция программы проводилась через 2 недели от начала реализации, консультации для родителей были доступны в течение всего периода эксперимента.

Основной трудностью стало отсутствие у М. Р. стремления к совершению манипуляций с предложенными предметами, она не всегда воспринимала речевую инструкцию, не делала попыток выполнить действие даже после введения значимого мотивационного фактора, при затруднениях не прибегала к использованию помощи находящегося рядом взрослого.

Результаты повторной оценки

Повторная оценка была проведена в феврале текущего 2022 года, в процессе которой были использованы методики аналогичные первичной диагностике.

В процессе реализации программы не было целенаправленной работы на уменьшение проявлений аутизма, поэтому баллы по шкале Аутизма остались прежними (11 баллов по шкале).

В процессе наблюдения по методике «Социограмма» была заполнена карта наблюдений, которая позволила выявить следующие результаты: после реализации индивидуальной программы у М. Р. были сформированы необходимые навыки, обеспечивающие успешность ребенка в сфере самообслуживания. Наглядные результаты представлены ниже.

**Карта наблюдений «Социограмма», блок самообслуживания
(повторная диагностика)**

21			
19	20	31	
17	18	30	
15	16	29	39
13	14	28	38
11	12	27	37
9	10	26	36
7	8	25	35
5	6	24	34
3	4	23	33
1	2	22	32
<i>Еда</i>		<i>Туалет и умывание</i>	<i>Раздевание и одевание</i>

	– навык полностью сформирован
	– навык освоен частично
	– навык не сформирован
	– новые сформировавшиеся навыки

Карта наблюдений позволяет наглядно оценить новые сформировавшиеся навыки в блоке «раздевание и одевание». Мария начала делать самостоятельные попытки, сотрудничать со взрослым, начала надевать самостоятельно простые предметы одежды.

Интерпретация повторной оценки с использованием методики обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста позволила оценить уровень сформированности навыков в следующих сферах:

1. Изучение знаний о себе и предметах окружающего мира – 18 баллов.
2. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики) – 15 баллов.
3. Изучение сформированности социально-бытовых навыков – 91 баллов.

На основе анализа полученных данных в соответствии с представленными сферами был выявлен 3 уровень сформированности социально-бытовых навыков у М. Р. Ребенок реализует навыки при незначительной помощи взрослого, при самостоятельном выполнении иногда отмечается неаккуратность во время выполнения определенных действий.

Имя: М. Э.

Дата рождения: 23.05.2018

Возраст: 3 года

Диагноз: F.84.0 – Детский аутизм (справка от врача)

Дата оценки: первичная декабрь 2021/повторная февраль 2022

В данной характеристике представлены результаты оценки по шкале Аутизма и результаты уровня сформированности социально-бытовых навыков М. Э., а также поведенческие особенности, которые мешают ей овладеть более сложными навыками.

Общая информация

М. Э. воспитывается в полной семье, есть старшая сестра. В 3 года был поставлен диагноз РАС психолого-медико-педагогической комиссией г. Екатеринбург. Посещает ДОО на полный день (8 часов).

Результаты наблюдений в свободной и обучающей деятельности

Поведение М. Э. сложно контролировать (полевое поведение). Со слов родителей, очень любит ритуалы (во время приема пищи, чистки зубов, выхода из дома и др.). Часто теряет контроль, склонна к «эмоциональным взрывам».

Практически не общается, нет обращений к другим людям, о своих потребностях не сообщает – иногда может «получить своё» криком. На обращенные вопросы не отвечает. Говорит, но с нарушенным грамматическим строем речи.

Визуально-механические навыки хорошо развиты (хорошо составляет пазлы, конструктор, некоторые головоломки). Долго сохраняет интерес к подобному виду деятельности.

Необычные страхи лифта, балконов и лестниц.

Результаты оценки

В качестве инструмента оценки использовалась шкала Аутизма (А. Д. Наследов, Л. О. Ткачева, С. А. Мирошников), методика «Социограмма» (форма РАС – SP), методика обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста (Г. Г. Зак).

При интерпретации шкалы Аутизма были получены следующие данные по субшкалам:

S1 (коммуникация) = 1 балл;

S2 (эмоции) = 3 балла;

S3 (сенсорика) = 6 баллов;

S4 (расторженность) = 5 баллов.

По формуле для 4-х субшкал проводилось вычисление скорректированного «сырого балла» – дискриминантной оценки для испытуемого.

$$DS = -1.803 + 0.229*1 + 0.175*3 + 0.268*6 + 0.094*5 = 1,029.$$

Далее эти сырые баллы были преобразованы по таблице норм в балльное значение по 20-балльной шкале Аутизма.

По таблице норм шкалы Аутизма вероятность РАС М. Э. 0,986 (9 баллов).

Далее наблюдение было продолжено с помощью методики «Социограмма». Была заполнена карта наблюдений, которая наглядно позволила оценить навыки М. Э. в сфере самообслуживания по трем группам: еда, туалет и умывание, раздевание и одевание.

Карта наблюдений «Социограмма», блок самообслуживания

21			
19	20	31	39
17	18	30	
15	16	29	
13	14	28	
11	12	27	
9	10	26	
7	8	25	
5	6	24	
3	4	23	
1	2	22	
<i>Еда</i>		<i>Туалет и умывание</i>	

	– навык полностью сформирован
	– навык освоен частично
	– навык не сформирован

Использование данной методики позволило определить темп развития ребенка, выявить области наиболее активного развития. Удалось наглядно оценить уровень развития социально-бытовых навыков в сфере самообслуживания. Большая часть навыков полностью сформированы в блоке «еда», но имеются значительные сложности в блоках «раздевание и одевание» и «туалет и умывание».

Интерпретация методики обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста позволила определить уровень сформированности навыков в следующих сферах:

1. Изучение знаний о себе и предметах окружающего мира – 14 баллов.
2. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики) – 16 баллов.
3. Изучение сформированности социально-бытовых навыков – 53 баллов.

На основе анализа полученных данных в соответствии с представленными сферами был выявлен 4 уровень сформированности социально-бытовых навыков у М. Э. Ребенок сотрудничает со взрослым по выполнению каких-либо действий, реализация происходит в партнерстве.

Реализация экспериментального исследования

После анализа проведенного комплекса методик (наблюдение, беседа с родителями и педагогами) были выявлены одни из ключевых социально-бытовых навыков, которые могут быть скорректированы техниками поведенческой терапии. Со слов родителей М. Э., она не пользуется горшком. Не сообщает о потребности посетить туалет. Мочеиспускание и дефекацию справляет в определенном месте комнаты (ритуальное поведение). При усаживании на горшок может случиться истерика, поэтому в горшок не ходит, даже когда сидит на нем.

Перед написанием программы совместно с родителями М. Э. был заполнен опросник поощрения, который является одним из главных инструментов для составления индивидуальной коррекционной программы.

Коррекция программы проводилась каждую неделю, консультации для родителей были доступны в течение всего периода эксперимента.

При реализации программы возникало огромное количество сложностей, из-за чего были введены дополнительные промежуточные точки для коррекции.

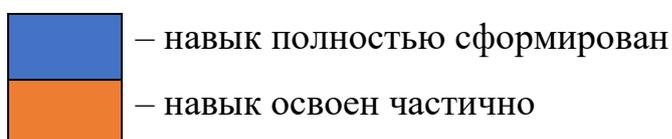
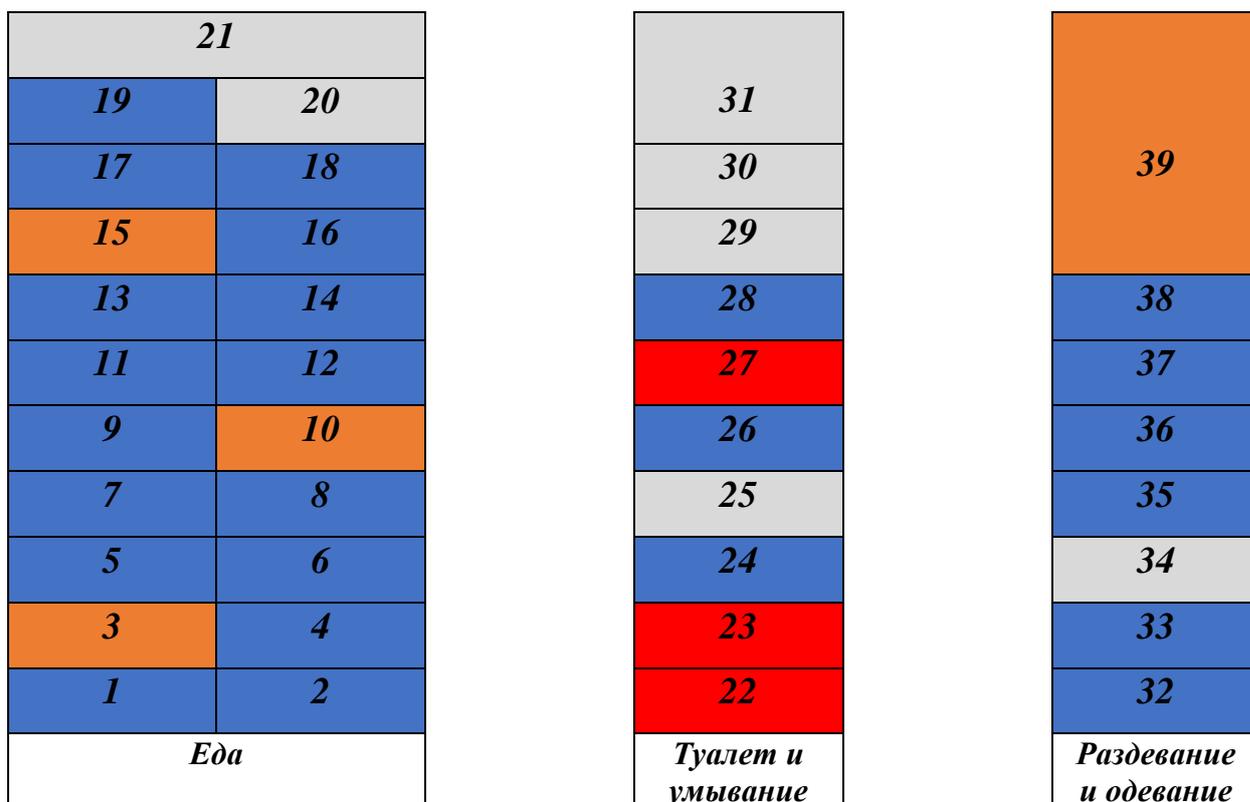
Результаты повторной оценки

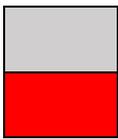
Повторная оценка была проведена в феврале текущего 2022 года, в процессе которой были использованы методики аналогичные первичной диагностике.

В процессе реализации программы не было целенаправленной работы на уменьшение проявлений аутизма, поэтому баллы по шкале Аутизма остались прежними (9 баллов по шкале).

В процессе наблюдения по методике «Социограмма» была заполнена карта наблюдений, которая позволила выявить следующие результаты: после реализации индивидуальной программы у М. Э. были сформированы необходимые навыки, обеспечивающие успешность ребенка в сфере самообслуживания. Наглядные результаты представлены ниже.

**Карта наблюдений «Социограмма», блок самообслуживания
(повторная диагностика)**





– навык не сформирован

– новые сформировавшиеся навыки

Карта наблюдений позволяет наглядно оценить новые сформировавшиеся навыки в блоке «туалет и умывание» – М. Э. начала использовать туалетные принадлежности в домашних условиях, следующий этап – применение данного навыка в различных повседневных ситуациях.

Интерпретация повторной оценки с использованием методики обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста позволила оценить уровень сформированности навыков в следующих сферах:

1. Изучение знаний о себе и предметах окружающего мира – 14 баллов.
2. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики) – 16 баллов.
3. Изучение сформированности социально-бытовых навыков – 57 балл.

На основе анализа полученных данных в соответствии с представленными сферами был выявлен 4 уровень сформированности социально-бытовых навыков у М. Э. – социально-бытовые навыки были сформированы на базовом уровне. Требуется дальнейшая отработка для самостоятельного выполнения действий.

Имя: С. С.

Дата рождения: 21.07.2018

Возраст: 3 года

Диагноз: F.84.0 – Детский аутизм (справка от врача)

Дата оценки: первичная декабрь 2021/повторная февраль 2022

В данной характеристике представлены результаты оценки по шкале Аутизма и результаты уровня сформированности социально-бытовых навыков С. С., а также поведенческие особенности, которые мешают ему овладеть более сложными навыками.

Общая информация

С. С. воспитывается в неполной семье, родных братьев и сестер нет, маме помогает бабушка. Имеется справка от врача с подтверждением диагноза. С. С. не посещает ДОУ.

Результаты наблюдений в свободной и обучающей деятельности

Иногда кажется, что С. С. не обращает внимания на окружающую действительность – замкнут в себе, предпочитает изучать пространство, предметы.

Практически ни с кем не общается, большую часть времени проводит наедине с собой. Как правило, играет сам, не привлекает к игре взрослого или сверстника. Ребенку сложно распознавать эмоции других людей и действовать в соответствии с ними; самостоятельно не проявляет желания смотреть в глаза. Речь неразборчивая, словарный запас ограничен.

Долго сохраняет интерес к определенным предметам (любит катать небольшие машины), любит собирать пазлы (небольшое количество).

Любит раскачиваться всем телом, на площадке всегда выбирает качели (качели даже установлены дома), что является критерием сенсорной дезинтеграции в виде сниженной чувствительности вестибулярной системы. С. С. нравится бродить по кабинету, не обращает на деятельность педагога, не понимает идет занятие или нет.

Результаты оценки

В качестве инструмента оценки использовалась шкала Аутизма (А. Д. Наследов, Л. О. Ткачева, С. А. Мирошников), методика «Социограмма» (форма РАС – SP), методика обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста (Г. Г. Зак).

При интерпретации шкалы Аутизма были получены следующие данные по субшкалам:

S1 (коммуникация) = 5 баллов;

S2 (эмоции) = 10 баллов;

S3 (сенсорика) = 3 балла;

S4 (расторженность) = 4 баллов.

По формуле для 4-х субшкал проводилось вычисление скорректированного «сырого балла» – дискриминантной оценки для испытуемого.

$$DS = -1.803 + 0.229*5 + 0.175*10 + 0.268*3 + 0.094*4 = 2,272.$$

Далее эти сырые баллы были преобразованы по таблице норм в балльное значение по 20-балльной шкале Аутизма.

По таблице норм шкалы Аутизма вероятность РАС С. С. 0,986 (14 баллов).

Далее наблюдение было продолжено с помощью методики «Социограмма». Была заполнена карта наблюдений, которая наглядно позволила оценить навыки С. С. в сфере самообслуживания по трем группам: еда, туалет и умывание, раздевание и одевание.

Карта наблюдений «Социограмма», блок самообслуживания

21	
19	20
17	18
15	16
13	14
11	12
9	10
7	8
5	6
3	4
1	2
Еда	

31
30
29
28
27
26
25
24
23
22
Туалет и умывание

39
38
37
36
35
34
33
32
Раздевание и одевание

	– навык полностью сформирован
	– навык освоен частично
	– навык не сформирован

Использование данной методики позволило определить темп развития ребенка, выявить области наиболее активного развития. Удалось наглядно оценить уровень развития социально-бытовых навыков в сфере самообслуживания. Большая часть навыков полностью сформированы в блоке «еда», но имеются значительные сложности в блоках «раздевание и одевание» и «туалет и умывание».

Интерпретация методики обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста позволила определить уровень сформированности навыков в следующих сферах:

1. Изучение знаний о себе и предметах окружающего мира – 14 баллов.
2. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики) – 15 баллов.
3. Изучение сформированности социально-бытовых навыков – 40 баллов.

На основе анализа полученных данных в соответствии с представленными сферами был выявлен 5 уровень сформированности социально-бытовых навыков у С. С. Ребенок выполняет действия, которые незначительно облегчают уход за собой. С. С. зависит от помощи взрослого в типичных бытовых ситуациях.

Реализация экспериментального исследования

После анализа проведенного комплекса методик (наблюдение, беседа с родителями и педагогами) были выявлены одни из ключевых социально-бытовых навыков, которые могут быть скорректированы техниками поведенческой терапии. Со слов мамы С. С., он не пользуется горшком. Перед мочеиспусканием С. С. снимает с себя одежду, начинает кружиться вокруг себя. Дефекация происходит в ванной комнате, стоя, в одежде (ритуальное поведение). Данное поведение наблюдается в домашних условиях и в коррекционном центре. При усаживании на горшок может случиться истерика, приступы аутоагрессии.

Перед написанием программы совместно с мамой С. С. был заполнен опросник поощрения, который является одним из главных инструментов для составления индивидуальной коррекционной программы.

Коррекция программы проводилась каждую неделю, консультации для родителей были доступны в течение всего периода эксперимента.

При реализации программы возникало огромное количество сложностей, из-за чего были введены дополнительные промежуточные точки для коррекции. Мама и бабушка активно участвовали, использовали все рекомендации.

Результаты повторной оценки

Повторная оценка была проведена в феврале текущего 2022 года, в процессе которой были использованы методики аналогичные первичной диагностике.

В процессе реализации программы не было целенаправленной работы на уменьшение проявлений аутизма, поэтому баллы по шкале Аутизма остались прежними (14 баллов по шкале).

В процессе наблюдения по методике «Социограмма» была заполнена карта наблюдений, которая позволила выявить следующие результаты: после реализации индивидуальной программы у С. С. были сформированы необходимые навыки, обеспечивающие успешность ребенка в сфере самообслуживания. Наглядные результаты представлены ниже.

***Карта наблюдений «Социограмма», блок самообслуживания
(повторная диагностика)***



7	8
5	6
3	4
1	2
<i>Еда</i>	

25
24
23
22
<i>Туалет и умывание</i>

35
34
33
32
<i>Раздевание и одевание</i>

	– навык полностью сформирован
	– навык освоен частично
	– навык не сформирован
	– новые сформировавшиеся навыки

Карта наблюдений позволяет наглядно оценить новые сформировавшиеся навыки в блоке «туалет и умывание» – С. С. начал использовать туалетные принадлежности в домашних условиях, следующий этап – применение данного навыка в различных повседневных ситуациях.

Интерпретация повторной оценки с использованием методики обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста позволила оценить уровень сформированности навыков в следующих сферах:

1. Изучение знаний о себе и предметах окружающего мира – 14 баллов.
2. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики) – 15 баллов.
3. Изучение сформированности социально-бытовых навыков – 51 балл.

На основе анализа полученных данных в соответствии с представленными сферами был выявлен 5 уровень сформированности социально-бытовых навыков у С. С. Некоторые социально-бытовые навыки были сформированы, но в недостаточном количестве для самостоятельного выполнения.

Имя: Ю. С.

Дата рождения: 17.09.2017

Возраст: 4 года

Диагноз: F.84.0 – Детский аутизм (ПМПК)

Дата оценки: первичная декабрь 2021/повторная февраль 2022

В данной характеристике представлены результаты оценки по шкале Аутизма и результаты уровня сформированности социально-бытовых навыков Ю. С., а также поведенческие особенности, которые мешают ей овладеть более сложными навыками.

Общая информация

Ю. С. воспитывается в полной семье, братьев и сестер нет. В 3 года был поставлен диагноз РАС психолого-медико-педагогической комиссией г. Екатеринбург. На данный момент ДООУ не посещает.

Результаты наблюдений в свободной и обучающей деятельности

Ю. С. очень активна, большую часть времени бегает, машет руками, может валяться на полу. Ребенка очень сложно контролировать, наблюдается полевое поведение. Не может сидеть в классе на занятиях, начинает бродить по кабинету, либо просто уходит.

Практически ни с кем не общается. Контакт со взрослыми и со сверстниками сама не иницирует, не поддерживает. Ребенку сложно распознавать эмоции других людей и реагировать в соответствии ними (при непосредственном общении или при просмотре разных видеофрагментов). Не реагирует на вопросы, нет навыка имитации.

Может долго сохранять интерес к определенным игрушкам, любит наблюдать за включением и выключением света (лампы, светильники, игрушки и др.). Обычно играет одна, не допускает в свою игру посторонних.

Речь является отраженной, присутствует эхолалия. Нет обращений к другим людям, о своих потребностях сообщает криком.

Результаты оценки

В качестве инструмента оценки использовалась шкала Аутизма (А. Д. Наследов, Л. О. Ткачева, С. А. Мирошников), методика «Социограмма»

(форма РАС – SP), методика обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста (Г. Г. Зак).

При интерпретации шкалы Аутизма были получены следующие данные по субшкалам:

S1 (коммуникация) = 7 баллов;

S2 (эмоции) = 8 баллов;

S3 (сенсорика) = 3 балла;

S4 (расторможенность) = 4 балла.

По формуле для 4-х субшкал проводилось вычисление скорректированного «сырого балла» – дискриминантной оценки для испытуемого.

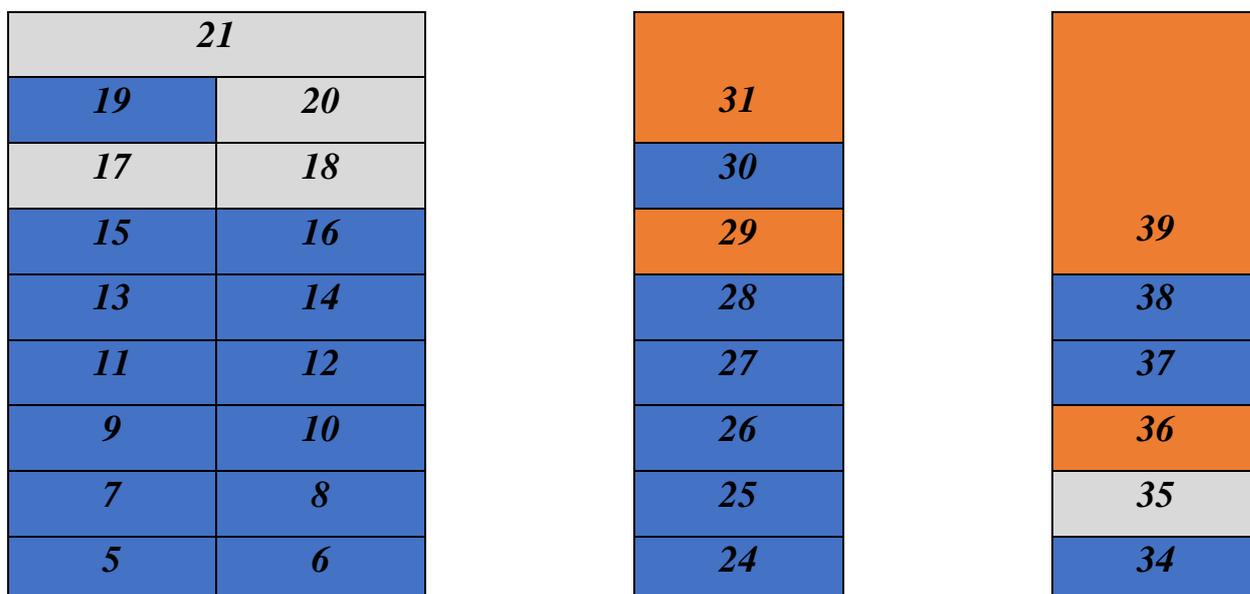
$$DS = -1.803 + 0.229*7 + 0.175*8 + 0.268*3 + 0.094*4 = 2,38.$$

Далее эти сырые баллы были преобразованы по таблице норм в балльное значение по 20-балльной шкале Аутизма.

По таблице норм шкалы Аутизма вероятность РАС Ю. С. 0,986 (14 баллов).

Далее наблюдение было продолжено с помощью методики «Социограмма». Была заполнена карта наблюдений, которая наглядно позволила оценить навыки Ю. С. в сфере самообслуживания по трем группам: еда, туалет и умывание, раздевание и одевание.

Карта наблюдений «Социограмма», блок самообслуживания



3	4
1	2
<i>Еда</i>	

23
22
<i>Туалет и умывание</i>

33
32
<i>Раздевание и одевание</i>

	– навык полностью сформирован
	– навык освоен частично
	– навык не сформирован

Использование данной методики позволило определить темп развития ребенка, выявить области наиболее активного развития. Удалось наглядно оценить уровень развития социально-бытовых навыков в сфере самообслуживания. Большая часть навыков полностью сформированы, но имеются некоторые сложности в сферах «раздевание и умывание» и «туалет и умывание».

Интерпретация методики обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста позволила определить уровень сформированности навыков в следующих сферах:

1. Изучение знаний о себе и предметах окружающего мира – 18 баллов.
2. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики) – 12 баллов.
3. Изучение сформированности социально-бытовых навыков – 58 баллов.

На основе анализа полученных данных в соответствии с представленными сферами был выявлен 4 уровень сформированности социально-бытовых навыков у Ю. С. Социально-бытовые навыки формируются, ребенок нуждается в помощи взрослого, реализация некоторых навыков осуществляется «рука в руке», сопровождается комментариями к действиям. Ю. С. при осуществлении того или иного навыка пытается помогать взрослому (снимает определенные части одежды, прилагает усилия, чтобы держать столовые приборы и др.).

Реализация экспериментального исследования

После анализа проведенного комплекса методик (наблюдение, беседа с родителями и педагогами) были выявлены одни из ключевых социально-бытовых навыков, которые могут быть скорректированы техниками поведенческой терапии – навык одевания и раздевания и мытье рук.

Перед написанием программы совместно с родителями Ю. С. был заполнен опросник поощрения, который является одним из главных инструментов для составления индивидуальной коррекционной программы.

Коррекция программы проводилась через 2 недели от начала реализации, консультации для родителей были доступны в течение всего периода эксперимента.

В процессе реализации программы не возникало особых сложностей. Родители совместно с ребенком переходили успешно с одного этапа на другой. По-видимому, это было обусловлено фактором совместного времени родителей и ребенка, которое было ничем не ограничено.

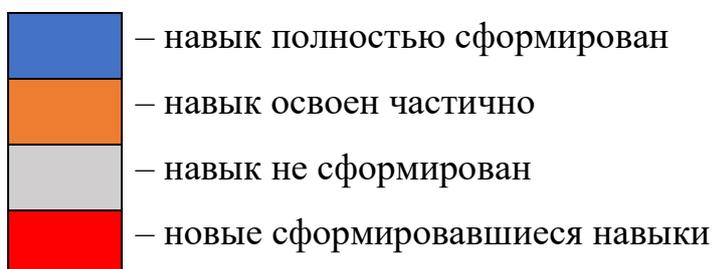
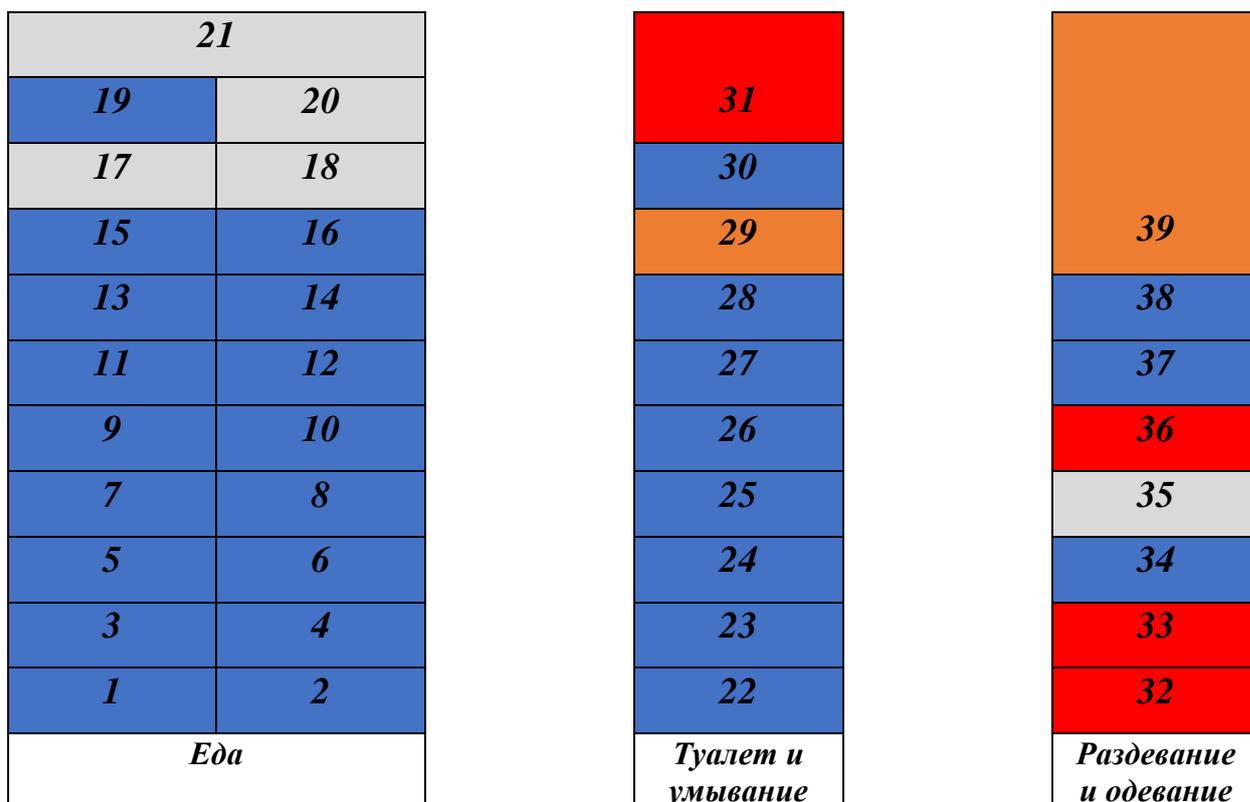
Результаты повторной оценки

Повторная оценка была проведена в феврале текущего 2022 года, в процессе которой были использованы методики аналогичные первичной диагностике.

В процессе реализации программы не было целенаправленной работы на уменьшение проявлений аутизма, поэтому баллы по шкале Аутизма остались прежними (14 баллов по шкале).

В процессе наблюдения по методике «Социограмма» была заполнена карта наблюдений, которая позволила выявить следующие результаты: после реализации индивидуальной программы у Ю. С. были сформированы необходимые навыки, обеспечивающие успешность ребенка в сфере самообслуживания. Наглядные результаты представлены ниже.

**Карта наблюдений «Социограмма», блок самообслуживания
(повторная диагностика)**



Карта наблюдений позволяет наглядно оценить новые сформировавшиеся навыки в сферах «туалет и умывание» и «раздевание и одевание».

Интерпретация повторной оценки с использованием методики обследования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста позволила оценить уровень сформированности навыков в следующих сферах:

1. Изучение знаний о себе и предметах окружающего мира – 18 баллов.
2. Изучение развития двигательной сферы (мелкой моторики) – 12 баллов.

3. Изучение сформированности социально-бытовых навыков – 75 баллов.

На основе анализа полученных данных в соответствии с представленными сферами был выявлен 3 уровень сформированности социально-бытовых навыков у Ю. С. Ребенок реализует навыки при незначительной помощи взрослого, при самостоятельном выполнении иногда отмечается неаккуратность во время выполнения определенных действий.

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Примеры (шаблоны) программ по формированию социально-бытовых навыков техниками поведенческой терапии

Формирование социально-бытовых навыков	
Задача 1. Чистка зубов	
Целевое поведение ребенка	Ребенок самостоятельно чистит зубы
Краткое описание тренинга, метод	<p><u>Процедура обучения:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Попросите ребенка показать ладони (можно использовать моделирование). Как только выполнил «Отлично! Я вижу твои ладони». 2. Возьмите руку ребенка и вместе откройте кран с холодной водой, затем горячей (рука в руке). 3. Переместите руки ребенка под воду – намочите (продолжаем рука в руке). 4. Скажите «Возьми мыло». Возьмите кусок мыла и продолжайте растирать его в руках (совместно). 5. Уберите кусок мыла. 6. Продолжайте мыть руки под водой. Сначала правую, затем левую. Скажите «Ты моешь руки». 7. Вместе с ребенком выключите кран с горячей водой, затем с холодной (рука в руке). 8. Вытирайте руки полотенцем. <p><u>Рекомендации:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Для того чтобы полотенце не падало с перекладки, когда ребенок вытирает руки, скрепите его противоположные части между собой булавкой. 2. Для того чтобы отличать кран с холодной водой от крана с горячей, наклейте крупные цветные кругляшки или квадратики синим - холодный и красным - горячий, соответственно. 3. Чтобы ребенку легче было держать мыло, разрежьте один кусок пополам.
Критерий мастерства	Ребенок чистит зубы без помощи взрослого
Материалы	Зубная паста, щетка, стаканчик для воды, поощрение
Используемые подсказки, критерий перехода с уровня на уровень	Физическая, моделирование, вербальная, жестовая; Критерий перехода: 80% успешности на текущем уровне Подсказки постепенно снижаются и исчезают

Различение стимулов (для блока одевания)	
Задача 1. Выполнение действий по вербальной инструкции взрослого	
Целевое поведение ребенка	Ребенок выполняет требуемое (названное инструктором) действие
Краткое описание тренинга, метод	<p><u>Процедура обучения:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Убедитесь в том, что ребёнок принял позу ученика

	<p>2. Максимально чётко проговаривая слова, предоставьте ребёнку инструкцию, состоящую из одного слова (названия действия): «Гладь!» «Стучи», «Надень»). Подсказкой являются предметы, находящиеся на столе перед ребёнком: из них только один можно надеть, только одним можно стучать, словом, каждый из предметов годится только для одного из требуемых действий.</p> <p>3. Предоставьте запланированную подсказку</p> <p>4. В случае незамедлительного правильного выполнения предъявите усилитель (жетон)</p> <p>5. Если реакция неправильная либо слишком задержанная, дайте обратную связь: «Нет. Ещё раз» или: «Медленно! Ещё...». Не предъявляйте усилитель. Повторите пункты 3-4</p> <p>6. Предоставьте следующую инструкцию</p> <p>7. Когда собраны все жетоны, ребёнок получает поощрение и сопутствующий ему перерыв в занятии. Метод: отдельные блоки</p> <p><u>Рекомендации:</u></p> <p>1. Отрабатывая умение надевать носки, дайте ему свои, они больше и ему будет легче их надеть.</p> <p>2. Ребенок не умеет застегивать пуговицы, начните с больших (на пальто, на Вашем кардигане и так далее), а не маленьких, поскольку они крупнее, и с ними легче справиться.</p> <p>3. Если вы обучаете его одеваться, то пусть это будут вещи, которые ему немного велики.</p>
Критерий мастерства	Безошибочное незамедлительное выполнение
Материалы	Предметы на столе, максимально соответствующие целевым действиям: молоток для стука, стакан для питья, кепка/носки для надевания, зверюшка, чтобы её гладить, и т.д
Используемые подсказки, критерий перехода с уровня на уровень	Жест, жестовая с задержкой. Критерий перехода: достижение 80% успеха на текущем уровне подсказки

Развитие поведения просьбы	
Задача 1. Вербальная просьба	
Целевое поведение ребенка	Ребёнок будет просить предметы или помощь в действиях («Включи», «Качай меня», «Открой дверь» и т.п.), произносить для каждой просьбы сначала слово, а потом фразу из 2-3 слов интегрируя высказывание со зрительным контактом. Целевые вокализации надо тренировать в сессиях на эхо (вербальную имитацию)
Краткое описание тренинга, метод	Провоцировать (невербально) поведение просьбы: все, желанные для ребёнка, предметы и действия должны быть в поле его зрения, причем таким образом, чтобы самостоятельно он к ним доступа получить не мог. Чтобы ребёнок вынужден был попросить. Допускается подсказка: «Что ты хочешь?», но не следует использовать её часто. Надо стремиться довести количество просьб в течение одного дня до 300. Когда ребёнок даёт понять, что ему надо каким-то образом помочь или что-то подать, взрослый предоставляет вербальную подсказку («Налей сок!»), а затем делает паузу, предоставляя ребёнку возможность произнести

	<p>целевую вокализацию. Если ребёнок молчит дольше 3 секунд, взрослый предоставляет вторую такую же подсказку («Налей сок!») и снова делает выразительную паузу. Если ребёнок снова ничего не произносит 3 секунды, взрослый предоставляет требуемое, одновременно с передачей ребёнку называя его полным словом («Сок!»). В случае, если ребёнок после первой или второй подсказки (или, тем более, без подсказок, сразу) произносит целевую вокализацию, выражая просьбу, требуемое (сок) предоставляется ему незамедлительно с искренней радостью и кратким выразительным одобрением (социальное поощрение: может быть тактильным (прикосновение, объятие), в зависимости от того, что нравится ребёнку. В тот момент, когда ребёнок получает желаемое, ощущает его в своей ладони или во рту, взрослый ещё раз произносит полное слово: «Сок!». По мере освоения ребёнком целевых вокализаций последние усложняются. Метод: Случайное обучение в естественной среде, моделирование ситуаций.</p>
Критерий мастерства	Ребенок просит указанным образом правильно в 4 последовательных сессиях в разных местах с разными людьми (холодные пробы)
Материалы	Мотивационные стимулы, непарные части от парных предметов (щётка без пасты, тарелка без еды, один носок, бумага без фломастеров и т.п.)
Используемые подсказки, критерий перехода с уровня на уровень	Вербальная, вербальная с задержкой. Критерий перехода: достижение мастерства при текущем уровне подсказки

Формирование социально-бытовых навыков	
Задача 1. Мытье рук	
Целевое поведение ребенка	Ребенок самостоятельно чистит зубы
Краткое описание тренинга, метод	<p><u>Процедура обучения:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Попросите ребенка показать ладони (можно использовать моделирование). Как только выполнил «Отлично! Я вижу твои ладони». 2. Возьмите руку ребенка и вместе откройте кран с холодной водой, затем горячей (рука в руке). 3. Переместите руки ребенка под воду – намочите (продолжаем рука в руке). 4. Скажите «Возьми мыло». Возьмите кусок мыла и продолжайте растирать его в руках (совместно). 5. Уберите кусок мыла. 6. Продолжайте мыть руки под водой. Сначала правую, затем левую. Скажите «Ты моешь руки». 7. Вместе с ребенком выключите кран с горячей водой, затем с холодной (рука в руке). 8. Вытирайте руки полотенцем. <p><u>Рекомендации:</u></p>

	<p>1. Для того чтобы полотенце не падало с перекладины, когда ребенок вытирает руки, скрепите его противоположные части между собой булавкой.</p> <p>2. Для того чтобы отличать кран с холодной водой от крана с горячей, наклейте крупные цветные кругляшки или квадратики синим - холодный и красным - горячий, соответственно.</p> <p>3. Чтобы ребенку легче было держать мыло, разрежьте один кусок пополам.</p>
Критерий мастерства	Ребенок чистит зубы без помощи взрослого
Материалы	Зубная паста, щетка, стаканчик для воды, поощрение
Используемые подсказки, критерий перехода с уровня на уровень	<p>Физическая, моделирование, вербальная, жестовая;</p> <p>Критерий перехода: 80% успешности на текущем уровне</p> <p>Подсказки постепенно снижаются и исчезают</p>