

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ**

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный
детский специалист
психиатр Департамента
здравоохранения города
Москвы, к.м.н.


« _____ П.В. Безменов
_____ 2025 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 17


« _____
_____ 2025 г.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ПРИКЛАДНОГО АНАЛИЗА
ПОВЕДЕНИЯ (АВА-ТЕРАПИИ) В ТЕРАПИИ
РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ**

Методические рекомендации № 116

Москва 2025

УДК 616.89-053.2

ББК 56.14

М71

Организация-разработчик: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы».

Авторы-составители: М.В. Бухбиндер, педагог-дефектолог ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»;

А.Д. Златомрежева, медицинский психолог ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»;

А.Я. Басова, к.м.н., заместитель директора ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» по научной работе.

Рецензенты: А.А. Шмилович, д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России;

О.В. Быкова, д.м.н., ГБУЗ «НПЦ Детской Психоневрологии ДЗМ».

Использование методов прикладного анализа поведения (АВА-терапии) в терапии расстройств аутистического спектра у детей. Методические рекомендации / М.В. Бухбиндер, А.Д. Златомрежева, А.Я. Басова – М.: ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» 2025. – 43 с.

Предназначение: в настоящих методических рекомендациях представлена краткая информация о методе прикладного анализа поведения и возможностях его использования в условиях медицинских организаций. Методические рекомендации адресованы врачам-психиатрам, неврологам, педиатрам, психологам, учителям-дефектологам и другим специалистам, участвующим в оказании помощи детям с расстройствами аутистического спектра и другими нарушениями развития.

Методические рекомендации разработаны в рамках выполнения программы Департамента здравоохранения города Москвы «Научное обеспечение столичного здравоохранения" на 2023-2025 гг.» НИР «Научные основы развития детской психиатрической службы в условия современной модели мультидисциплинарной персонифицированной пациенториентированной помощи».

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

ISBN:

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2025

© ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, 2025

© Коллектив авторов, 2025

Оглавление

Нормативные документы.....	4
Определения	5
Сокращения	7
Введение.....	8
Краткая история метода. Теоретическая основа и базисные принципы.....	9
ПАП как зонтичный метод	10
Показания, противопоказания, критерии оценки динамики.....	12
Противопоказания.....	14
Критерии оценки динамики	14
Возрастные ограничения.....	15
Интенсивность и длительность вмешательства	15
Требования к квалификации специалистов, реализующих программу	16
Методология подхода	17
Пять основных шагов использования ПАП (АВА)	19
Этапы реализации программы	21
Восприятие АВА-терапии в нашей стране. Мифы о прикладном анализе поведения. 25	
Практика использования в медицинском учреждении	27
Заключение.....	29
Список литературы	31
Форма АВС для сбора данных о возможных причинах поведения	37
Чек-лист “Таблица для записи количества реакций”	37
Применение АВА-терапии (прикладного анализа поведения) в условиях психиатрического стационара.....	38
Алгоритм работы с ребенком с РАС в медицинской организации на основе принципов АВА.....	41

Нормативные документы

- Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14.10.2022 г. № 668н “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения”
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2.02.2015 г. № 32н “Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра)”
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 февраля 2015 г. № 31н “Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра) (диспансерное наблюдение)”
- Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации “Расстройства аутистического спектра”, утверждены Минздравом России 26.08.2024

Определения

- Абилитация — система и процесс формирования у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности, которые ранее отсутствовали.
- АВА-специалист / АВА-терапевт — специалист, практикующий в области прикладного анализа поведения (ПАП).
- Антецедент (или «установочное событие») — действие, событие, предмет или обстоятельство, предшествующее определённому поведению и способствующее его возникновению.
- Бихевиоризм — направление в психологии XX века, основателем которого является Дж. Уотсон; рассматривает поведение человека как реакцию на воздействие факторов внешней среды.
- Вербальное поведение — поведение, основанное на использовании речи или знаковых систем и подкрепляемое последствиями поведения другого человека. Включает как вокальные, так и невокальные формы. К вербальному поведению относятся все виды речевой деятельности (мышление, понимание, составление текстов и др.).
- Генерализация навыка — перенос навыка из учебной среды в естественную.
- Мотивационные условия — внешние факторы, изменяющие ценность стимула и частоту связанных с ним поведенческих реакций: повышающие мотивационные условия увеличивают ценность стимула, понижающие — уменьшают её. Мотивационные условия предшествуют поведению и контролируют его.
- Нежелательное поведение (проблемное поведение) — поведение, которое может быть опасным для самого человека, окружающих или объектов, либо мешать обучению, социализации или выполнению задач. В настоящее время термин «нежелательное поведение» в сообществе родителей и специалистов несёт негативную смысловую нагрузку, поэтому часто заменяется на «проблемное поведение».
- Поведение — процесс взаимодействия живых существ с окружающей средой; взаимодействие организма со средой, характеризующееся перемещением в пространстве или во времени и приводящее к изменению измеряемых аспектов окружающей среды.
- Последствия — стимулы, возникающие сразу после поведения (формулировка Купера — одного из основателей ПАП). Последствия позволяют осуществлять контроль над рассматриваемым поведением.
- Оперантное поведение — поведение, формирование, поддержание и стимульный контроль которого определяются последствиями. Репертуар оперантного поведения каждой особи является результатом взаимодействия с окружающей средой (онтогенеза).
- Подкрепление (подкрепитель) — стимул, повышающий будущую частоту поведенческих реакций.
- Реакция — единичное проявление поведения.

- Реабилитация (медицинская) — комплекс медицинских, педагогических, психологических и иных мероприятий, направленных на максимально возможное восстановление или компенсацию нарушенных или утраченных вследствие болезни или травмы психических и физиологических функций организма и его трудоспособности.
- Режим подкрепления — правило, описывающее условия получения подкрепления при определённом поведении. Может быть постоянным (после каждой правильной реакции) или переменным (после определённого количества реакций или по истечении времени).
- Реляционный фрейм — способность устанавливать связи между различными стимулами, событиями или понятиями и делать на их основе выводы.
- Среда — совокупность обстоятельств действительности, в которой существует организм или его наблюдаемая часть. Средой может быть и сам организм.
- Стимул — воздействие внешней или внутренней среды, воспринимаемое организмом с помощью рецепторных клеток. Стимулы могут быть внутренними и внешними.
- Супервизор — специалист, осуществляющий супервизию — профессиональную поддержку и наставничество специалистов в своей области практики.
- Функция поведения — цель, по причине которой поведение возникает.

Сокращения

АДК	Альтернативная и дополнительная коммуникация
ДТТ	Discrete Trial Training — Метод обучения отдельными блоками
ПАП	Прикладной анализ поведения
РАС	Расстройства аутистического спектра
АВА	Applied Behavior Analysis (англ.) — Прикладной анализ поведения
АВІ	Antecedent-Based Intervention — Вмешательство, основанное на antecedентах
АВLLS-R	Assessment of Basic Language and Learning Skills – Revised — Оценка базовых речевых и учебных навыков (пересмотренная версия)
АFLS	Assessment of Functional Living Skills — Оценка функциональных жизненных навыков
ВМІ	Behavioral Momentum Intervention — Вмешательство, основанное на поведенческом импульсе
DRА	Differential Reinforcement of Alternative behavior — Дифференцированное подкрепление альтернативного поведения
DRІ	Differential Reinforcement of Incompatible behavior — Дифференцированное подкрепление несовместимого поведения
DRL	Differential Reinforcement of Low rates of responding — Дифференцированное подкрепление низкой частоты реакций
DRO	Differential Reinforcement of Other behavior — Дифференцированное подкрепление иного поведения
ESDM	Early Start Denver Model — Денверская модель раннего вмешательства
FBA	Functional Behavior Assessment — Функциональная оценка поведения
FCT	Functional Communication Training — Обучение функциональной коммуникации
NET	Natural Environment Teaching — Обучение в естественной среде
PEAK	Promoting the Emergence of Advanced Knowledge — Содействие формированию продвинутых знаний
PECS	Picture Exchange Communication System — Система коммуникации через обмен изображениями
PFA	Practical Functional Assessment — Практический функциональный анализ
PRT	Pivotal Response Treatment — Тренинг ключевых реакций
SBT	Skill-Based Treatment — Тренинг с опорой на навыки
VB-MAPP	Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program — Программа оценки всех вербального поведения

Введение

Расстройство аутистического спектра (РАС) — нарушение нейropsychического развития, характеризующееся качественными отклонениями в социальном взаимодействии и коммуникации, а также ограниченным, стереотипным и повторяющимся набором интересов и занятий [34].

Первые симптомы чаще всего проявляются в раннем возрасте, до трёх лет, при этом выраженность нарушений социального взаимодействия и коммуникации может существенно варьировать.

Этиопатогенез РАС не имеет общепризнанной концепции. Причины возникновения могут быть различными, однако ведущая роль отводится генетическим и физиологическим факторам, а также влиянию внешней среды [34][32].

РАС включает группу расстройств (синдром Ретта, синдром Аспергера, детский аутизм, атипичный аутизм и др.), объединённых симптомами нарушения социального взаимодействия и стереотипностью поведения и интересов. При подборе методов вмешательства в каждом случае следует оценивать необходимость фармакотерапии и применения научно обоснованных немедикаментозных методов коррекции.

Оценка распространённости аутизма варьирует в разных странах в зависимости от диагностических критериев и возраста обследованных детей. По усреднённым данным, диагноз устанавливается примерно одному ребёнку из 100 [8].

Эпидемиологические исследования в различных странах показывают на заметный рост лиц, страдающих РАС. Рост распространённости аутизма в последние годы объясняется, главным образом, расширением диагностических критериев и принятием концепции аутизма как спектра нарушений различной степени выраженности [25][26][58].

В последние годы центральными задачами становятся разработка системных стратегий оказания комплексной помощи, внедрение единых подходов к диагностике, исключая как гипер-, так и гиподиагностику РАС [5][14][28][32].

Согласно клиническим рекомендациям «Расстройства аутистического спектра», 2024 г., основные методы терапии носят преимущественно немедикаментозный характер и включают поведенческие, педагогические и психологические вмешательства [8]. Залог их успеха — направленность на развитие базовых дефицитов при РАС, в первую очередь в области социального взаимодействия и коммуникации.

К числу таких вмешательств относятся методики, основанные на принципах прикладного анализа поведения (ПАП).

ПАП/АВА-терапия широко используется за рубежом уже несколько десятилетий, однако в России получила распространение относительно недавно — примерно 15 лет назад.

ПАП является методом с доказанной эффективностью [41]. Многочисленные исследования показывают его эффективность в терапии детей с РАС, а также детей с трудностями обучения или поведенческими нарушениями. Метод позволяет формировать навыки в области жизненных компетенций: коммуникативные, социально-бытовые, учебные.

Программы вмешательства, основанные на принципах ПАП, улучшают адаптивное поведение и когнитивные навыки, что качественно изменяет жизнь детей с РАС [1][12][18][22][32][33][41][42][43][45][49][51][52][55][57].

Краткая история метода. Теоретическая основа и базисные принципы

Прикладной анализ поведения (ПАП) — это наука, разрабатывающая прикладные методики на основе законов поведения и систематически применяющая их для улучшения социально значимого поведения. В своей работе ПАП использует экспериментальные методы для выявления переменных, ответственных за изменение поведения [10].

Теоретической основой прикладного анализа поведения является бихевиоризм — направление в психологии, рассматривающее поведение как объективно наблюдаемый и измеримый феномен, доступный научному анализу. Основоположником бихевиоризма считается Дж. Уотсон.

Идеи бихевиоризма уходят корнями в естественно-научные концепции И.М. Сеченова, И.П. Павлова и В.М. Бехтерева, которые показали, что в процессе индивидуального развития у человека формируются условные (приобретённые) рефлексy, зависящие от внешней среды [3]. Однако классический (павловский) бихевиоризм оказался недостаточным для объяснения сложных форм поведения, включая обучение и социальное взаимодействие.

Значительный вклад в развитие бихевиоризма внес Б.Ф. Скиннер, предложивший концепцию оперантного обусловливания и заложивший основы анализа вербального поведения. Согласно его теории, ключевую роль в обучении играют последствия поведения: поведение, за которым следует подкрепление, с большей вероятностью повторяется в будущем [10][30][35]. Именно эти идеи легли в основу прикладного применения поведенческих принципов в образовательной и терапевтической практике.

Годом рождения прикладного анализа поведения как самостоятельной научной дисциплины принято считать 1968 год — год публикации статьи Б. Баера, М. Вулфа и Т. Рисли, в которой были сформулированы семь критериев ПАП [10].

В 1970–1980-е годы И. Ловаас (Калифорнийский университет, США) провёл пионерские исследования по применению ПАП у детей с аутизмом. Он продемонстрировал, что при интенсивном поведенческом вмешательстве (до 40 часов в неделю) значительная часть детей (около 40%) достигает уровня развития, позволяющего им успешно обучаться в общеобразовательных классах к школьному возрасту [5]. Хотя ранние версии метода Ловааса включали активное использование наказаний, современные программы практически отказались от этой практики, сохранив при этом структурированный, стандартизированный и интенсивный подход к обучению.

В XXI веке ПАП эволюционировал в травмаинформированный и человекоцентрированный подход, признающий индивидуальный опыт ребёнка, его интересы и потребности. Современная практика ПАП ориентирована не на «исправление» поведения, а на создание безопасной, поддерживающей и мотивирующей обучающей среды, в которой ребёнок может развивать навыки, значимые для него и его семьи [37].

Основными направлениями работы в рамках ПАП являются:

- формирование социально приемлемого поведения;
- структурированное обучение функциональным навыкам;
- анализ и развитие вербального поведения.

Главная задача метода — развитие функциональных навыков, то есть практических способностей, необходимых для эффективного функционирования в повседневной жизни. К таким навыкам относятся:

- коммуникативные навыки;
- навыки самообслуживания и бытовой адаптации;
- навыки самостоятельности;
- игровые и социальные навыки;
- способность осваивать новые среды и ситуации.

Таким образом, теоретическая основа ПАП сочетает в себе строгую научную методологию с гуманистической ориентацией на интересы и благополучие ребёнка и его семьи.

ПАП как зонтичный метод

Прикладной анализ поведения (ПАП) представляет собой зонтичный подход, объединяющий разнообразные методы, методики, приёмы и стратегии, которые подбираются индивидуально в зависимости от особенностей ребёнка, его потребностей и целей вмешательства [1][6][10][12][30][31][43][53][56]. Выбор конкретных техник определяется не жёстким протоколом, а функциональным анализом поведения, актуальным уровнем развития ребёнка, а также теми навыками, которые необходимо сформировать.

К числу методов и стратегий и техник, используемых в рамках ПАП, относятся:

- Денверская модель раннего вмешательства (The Early Start Denver Model, ESDM) — комплексная программа раннего поведенческого вмешательства для детей в возрасте 12–60 месяцев. Направлена на развитие навыков совместного внимания, подражания, выражения и понимания эмоций, а также игровой и социальной коммуникации. Программа строится на основе индивидуальной оценки текущего уровня развития ребёнка по когнитивной, социально-эмоциональной и языковой сферам. Может реализовываться с различной интенсивностью и включает активное участие родителей.
- Альтернативная и/или дополнительная коммуникация (АДК) — совокупность методик, направленных на формирование коммуникативных навыков с использованием жестов, предметов или графических символов, заменяющих или дополняющих речь.
- Вмешательство, основанное на antecedентах (Antecedent-Based Intervention, ABI) — изменение структуры окружающей среды с целью повышения вероятности желательного поведения и снижения вероятности проявления проблемного поведения.
- Вмешательство, основанное на поведенческом импульсе (Behavioral Momentum Intervention, BMI) — использование серии инструкций с высокой вероятностью выполнения для повышения вероятности выполнения последующих, менее предпочтительных инструкций.

- Безошибочное обучение (Errorless Learning) — обучение навыку с использованием иерархии подсказок, минимизирующей вероятность ошибки. Чаще всего применяется как компонент методики обучения отдельными блоками.
- Гашение (Extinction) — прекращение подкрепления ранее подкреплявшегося проблемного поведения. Применяется только после функционального анализа поведения и, как правило, в сочетании с обучением функциональной коммуникации и дифференциальным подкреплением. В современной практике используется ограниченно и преимущественно опытными специалистами.
- Дифференцированное подкрепление несовместимого поведения (DRI) — подкрепление поведения, которое физически не может осуществляться одновременно с проблемным.
- Дифференцированное подкрепление альтернативного поведения (DRA) — подкрепление социально приемлемой альтернативы проблемному поведению.
- Дифференцированное подкрепление иного поведения (DRO) — подкрепление отсутствия проблемного поведения в течение заданного интервала времени.
- Дифференцированное подкрепление низкой частоты реакций (DRL) — подкрепление при условии, что частота определённого поведения не превышает установленного порога (применяется для поведений, которые допустимы, но проявляются чрезмерно).
- Жетонная система (Token Economy) — сбор жетонов за желаемое поведение с последующим обменом на награду.
- Моделирование (Modeling) — демонстрация целевого поведения с целью его имитации. Может осуществляться вживую, а также в виде аудио- или видеомоделирования.
- Метод обучения отдельными блоками (Discrete Trial Training, DTT) — структурированная форма обучения, в которой каждый учебный блок состоит из чёткой инструкции, реакции ребёнка и последствия (подкрепления или коррекции).
- Обучение в естественной среде (Natural Environment Teaching, NET) — применение принципов ПАП в повседневных ситуациях (дома, в школе, на прогулке) для усиления целевого поведения и его генерализации.
- Обучение функциональной коммуникации (Functional Communication Training, FCT) — замена проблемного поведения, имеющего коммуникативную функцию, социально приемлемыми способами выражения потребностей. Основывается на функциональном анализе и включает дифференциальное подкрепление.
- Подкрепление (Reinforcement) — основополагающая процедура ПАП, заключающаяся в предоставлении стимула после поведения, что увеличивает вероятность его повторения в будущем.
- Подсказка (Prompt) — временная помощь (вербальная, жестовая, физическая и др.), повышающая вероятность правильной реакции. Подсказки систематически нивелируются по мере освоения навыка.

- Практический функциональный анализ (Practical Functional Assessment, PFA) — метод, направленный на выявление мотивационных условий и подкрепляющих последствий, поддерживающих проблемное поведение, с целью разработки безопасного и эффективного плана вмешательства.
- Поведенческий договор (Behavioral (Contingency) Contract) — письменное соглашение между ребёнком и взрослым, в котором чётко описаны поведенческие ожидания и связанные с ними последствия.
- Формирование поведенческих цепочек (Chaining) — обучение сложным навыкам путём разбиения их на последовательные шаги, каждый из которых подкрепляется.
- Систематическая десенсибилизация — постепенное снижение тревожной реакции на стимул путём его сочетания с расслабляющим поведением.
- Социальные истории (Social Stories™) — индивидуально составленные рассказы, помогающие ребёнку понять социальные ситуации, ожидаемое поведение и реакции других людей.
- Тренинг ключевых реакций (Pivotal Response Treatment, PRT) — натуралистический подход, направленный на развитие мотивации, инициативности и социальной коммуникации. Основное внимание уделяется ключевым (пивотальным) областям, изменения в которых способствуют обобщённому улучшению функционирования.
- Тренинг с опорой на навыки (Skill-Based Treatment, SBT) — подход, ориентированный на создание условий, в которых ребёнок остаётся спокойным, заинтересованным и не проявляет проблемного поведения в процессе обучения.
- Функциональная оценка поведения (Functional Behavior Assessment, FBA) — систематический сбор и анализ данных для определения функции проблемного поведения и разработки индивидуального плана вмешательства.
- Шейпинг (Shaping) — поэтапное формирование нового поведения путём подкрепления последовательных приближений к целевому навыку.
- Терапия принятия и ответственности для поведенческих аналитиков (ACT for VAs) — интеграция принципов ПАП с методами терапии принятия и ответственности для повышения психологической гибкости у лиц с РАС.
- PECS (Picture Exchange Communication System) — система альтернативной коммуникации на основе обмена изображениями. Направлена на развитие спонтанной и функциональной коммуникации.

Важно подчеркнуть, что применение отдельных техник не равносильно реализации полноценной АВА-программы. Эффективность подхода достигается за счёт системного, интегрированного и индивидуализированного применения методов в рамках единого поведенческого плана, основанного на данных функциональной оценки и регулярного мониторинга прогресса.

Показания, противопоказания, критерии оценки динамики

Показаниями для начала поведенческого вмешательства на основе принципов прикладного анализа поведения (ПАП) являются:

- задержка речевого и психоэмоционального развития, сопровождающаяся нарушением формирования возрастных навыков;
- нарушения коммуникации, включая речевые и невербальные трудности;
- трудности в освоении бытовых навыков и навыков самообслуживания;
- необходимость формирования адаптивных поведенческих навыков и навыков саморегуляции;
- наличие различных форм проблемного (нежелательного) поведения.

Согласно рекомендациям Купера [10], перед началом поведенческой терапии специалисту следует задать себе следующие вопросы для принятия обоснованного решения:

1. Возникло ли расстройство внезапно?

а) Не является ли оно следствием соматического или неврологического заболевания?

б) Проводилось ли медицинское обследование?

Если поведение обусловлено другим заболеванием, ребёнку может потребоваться медикаментозное лечение до или параллельно с поведенческим вмешательством.

2. Может быть, изменению подлежит не поведение ребёнка, а его окружение?

Необходимо исключить, что проблема обусловлена внешними факторами (например, конфликт с педагогом, изменения в школьной среде).

3. Применялись ли ранее другие методы вмешательства?

4. Действительно ли существует проблема?

Некоторые поведенческие особенности могут быть возрастными (например, отказ трёхлетнего ребёнка съесть всё с тарелки).

5. Существует ли простое, бытовое решение?

6. Будет ли более уместна помощь специалиста из другой области?

7. Насколько остра проблема?

Наиболее эффективным поведенческое вмешательство оказывается при его начале в раннем возрасте, поскольку этот период является сензитивным для формирования психических функций. Тем не менее, ПАП успешно применяется и у детей школьного возраста, подростков и взрослых.

Цели коррекции подбираются с учётом возраста ребёнка, а не только его текущего уровня развития. Одна из ключевых задач ПАП — максимально возможная адаптация ребёнка к среде сверстников. Поэтому при постановке целей специалист ориентируется на возрастные нормы и социальный контекст. Например, для четырёхлетнего ребёнка целесообразно формировать навык совместной игры с машинками, тогда как для десятилетнего — навык участия в играх на планшете или других возрастно релевантных активностях.

Хотя АВА-подход изначально получил распространение как метод работы с тяжёлыми формами аутизма, он также эффективен у лиц с РАС, имеющих высокий уровень речевого и когнитивного функционирования. Для таких детей разрабатываются программы, направленные на развитие социальных компетенций, повышение самостоятельности, навыков саморегуляции и управления эмоциями.

Противопоказания

Абсолютным противопоказанием к применению ПАП в «чистом» виде является острое психотическое состояние, при котором поведение ребёнка определяется не столько внешними условиями, сколько внутренними патологическими процессами, не поддающимися контролю через поведенческие последствия. В таких случаях поведенческая терапия может быть неэффективной или приводить к регрессу ранее приобретённых навыков.

При глубокой умственной отсталости применение ПАП возможно, но требует значительной адаптации методик, снижения темпа обучения и фокуса на базовых функциональных навыках (например, с использованием протокола Essential for Living).

Важно подчеркнуть: если поведение ребёнка обусловлено нестабильным психопатологическим состоянием, поведенческое вмешательство целесообразно проводить на фоне стабилизирующей медикаментозной терапии и в тесном взаимодействии с лечащим врачом-психиатром.

К относительным противопоказаниям относятся:

- невозможность обеспечить регулярность и систематичность занятий;
- отсутствие готовности семьи к участию в процессе;
- нестабильная жизненная ситуация (частые переезды, смена опекунов и др.)

Особенно критична непрерывность при работе с проблемным поведением, так как перерывы могут привести к усилению нежелательных реакций и снижению эффективности вмешательства.

Критерии оценки динамики

Эффективность поведенческого вмешательства оценивается по следующим критериям:

- достижение поставленных целей (количественно — процент правильных реакций; качественно — генерализация навыка в разные среды и ситуации);
- снижение частоты, интенсивности и продолжительности проблемного поведения;
- появление новых форм социально приемлемого поведения;
- повышение уровня самостоятельности и адаптации;
- переход к более естественным форматам обучения (например, от индивидуальных занятий к групповой деятельности).

При отсутствии прогресса, стагнации или регрессе навыков специалист обязан:

- провести повторный функциональный анализ поведения;
- исключить влияние сопутствующих медицинских или психиатрических факторов;
- рекомендовать семье консультацию у врача (психиатра, невролога);
- пересмотреть программу вмешательства.

Таким образом, оценка динамики в ПАП носит системный, объективный и многомерный характер, основанный на регулярном сборе и анализе данных.

Возрастные ограничения

Возрастных ограничений для применения методов прикладного анализа поведения (ПАП) не существует. Однако наиболее благоприятным считается начало вмешательства в раннем возрасте, сразу после выявления первых признаков нарушений развития. Это обусловлено тем, что раннее вмешательство совпадает с сензитивными периодами формирования ключевых психических функций, что способствует более высокой скорости и эффективности приобретения навыков.

Тем не менее, ПАП-программы успешно применяются и у детей школьного возраста, подростков, а также взрослых с расстройствами аутистического спектра. Эффективность вмешательства в более старшем возрасте зависит от индивидуальных особенностей человека, уровня его когнитивного и коммуникативного функционирования, а также от системности и продолжительности реализуемой программы.

Таким образом, возраст не является препятствием для начала поведенческого вмешательства, однако раннее начало остаётся оптимальной стратегией с точки зрения прогноза развития и адаптации.

Интенсивность и длительность вмешательства

Несмотря на убедительные данные о том, что долгосрочная комплексная коррекционная работа, основанная на принципах прикладного анализа поведения (ПАП), способствует значительному прогрессу в формировании когнитивных, коммуникативных и адаптивных навыков, в научной литературе продолжают дискуссии относительно оптимальной интенсивности терапии (количества часов занятий в неделю) для достижения наилучших результатов [44][48][50].

Исторически программы ПАП разрабатывались с расчётом на высокую интенсивность — не менее 40 часов в неделю. Современные исследования подтверждают, что высокоинтенсивные вмешательства, как правило, предпочтительнее низкоинтенсивных, однако последние также могут быть эффективными при условии достаточной продолжительности и системности.

Имеющиеся данные свидетельствуют о положительной линейной зависимости между интенсивностью и длительностью коррекционных занятий, с одной стороны, и темпом приобретения навыков — с другой. В то же время отсутствуют эмпирические доказательства того, что высокая интенсивность без учёта продолжительности вмешательства обеспечивает оптимальные результаты. Более того, для развития когнитивных функций, речи и исполнительных навыков длительность вмешательства оказывается более значимым фактором, чем его интенсивность [44].

На практике интенсивность программы может быть ограничена рядом объективных факторов: графиком жизни семьи, необходимостью взаимодействия с другими специалистами, финансовыми возможностями, доступностью квалифицированных специалистов. В таких случаях рекомендуемая интенсивность составляет от 10 до 25 часов в неделю (40–120 часов в месяц). Тем не менее, даже низкоинтенсивные программы (4–10 часов в неделю) демонстрируют достоверную эффективность независимо от возраста ребёнка.

При определении интенсивности следует учитывать индивидуальный темп обучения и количество целей, которые могут быть реализованы в рамках имеющихся

ресурсов. Высокая интенсивность позволяет одновременно работать над большим числом навыков, тогда как при низкой интенсивности фокус смещается на приоритетные, наиболее значимые для адаптации цели.

Важным преимуществом ПАП является возможность интеграции обучающих стратегий в повседневную жизнь. Среда для обучения может быть организована не только в кабинете специалиста, но и дома, в школе, на прогулке. Таким образом, коррекционная программа при активном участии семьи и окружения может реализовываться непрерывно, в естественных условиях, что значительно усиливает её эффективность и способствует генерализации навыков.

Требования к квалификации специалистов, реализующих программу

Программы, основанные на принципах прикладного анализа поведения (ПАП), могут реализовываться специалистами различных профилей: клиническими психологами, педагогами-психологами, дефектологами, логопедами, воспитателями, педагогами дополнительного образования, а также родителями — при условии, что программа разработана квалифицированным специалистом и сопровождается профессиональной супервизией.

В Российской Федерации на сегодняшний день не существует отдельной профессии «поведенческий специалист», регламентированной профессиональными стандартами. Подготовка специалистов в области ПАП осуществляется преимущественно через многоуровневые модульные программы, включающие теоретическое обучение, практическую подготовку и супервизию.

Ключевым элементом профессионального развития является супервизия — систематическая поддержка и наставничество, направленные на формирование у специалиста:

- репертуара профессиональных навыков;
- способности к аналитическому мышлению;
- понимания этических принципов практики;
- умения работать в рамках стандартов ПАП;
- обеспечения высокого качества вмешательства.

Согласно международным стандартам (например, требованиям Behavior Analyst Certification Board, ВАСВ), для получения сертификации специалиста требуется не только прохождение академического курса по ПАП (не менее 250 часов), но и накопление значительного объёма практики под супервизией (1500 часов для уровня ВСВА) и успешная сдача сертификационного экзамена [23]. При этом наличие высшего образования в области психологии или педагогики не является обязательным условием для сертификации в рамках ПАП.

Эта особенность создаёт определённые вызовы в российской практике: часть специалистов, работающих в области ПАП, не имеет базовой подготовки в психологии, педагогике или дефектологии. В результате могут возникать трудности в междисциплинарном взаимодействии с врачами, психологами, дефектологами, логопедами и другими членами мультидисциплинарной команды, что особенно критично при работе с детьми с РАС.

В ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» программы, основанные на принципах ПАП, реализуются только специалистами, имеющими:

- высшее образование в области медицины (психиатрии), клинической психологии, педагогики и психологии или специального (дефектологического) образования;
- дополнительную профессиональную подготовку в области прикладного анализа поведения;
- опыт работы с детьми с РАС;
- регулярную супервизию.

Такой подход позволяет интегрировать поведенческие методы в более широкий контекст знаний о закономерностях психического развития, особенностях нарушений и принципах комплексной реабилитации. Наличие профильного образования обеспечивает понимание возрастных норм, механизмов формирования навыков, а также способность дифференцировать поведенческие проявления от симптомов сопутствующих неврологических или психиатрических расстройств.

Таким образом, хотя формально ПАП может применять любой обученный человек, в условиях медицинского учреждения реализация программ должна осуществляться специалистами с базовой подготовкой в области психического здоровья и развития, что соответствует высоким стандартам клинической практики и обеспечивает безопасность и эффективность вмешательства.

Методология подхода

Прикладной анализ поведения (ПАП) — это научная дисциплина, в основе которой лежит требование эмпирической достоверности: результаты должны быть воспроизводимы, данные — объективно измеримы, а методики — описаны с достаточной точностью для их независимой репликации.

Базисные принципы ПАП

Согласно классической работе Баера, Вулфа и Рисли (1968), эффективная поведенческая программа должна соответствовать семи критериям:

1. Прикладной характер — вмешательство направлено на социально значимое поведение, способное качественно улучшить жизнь человека и его семьи.
2. Ориентация на поведение — целевое поведение должно быть чётко определено, наблюдаемо и измеримо.
3. Аналитичность — необходимо установить функциональную связь между поведением и переменными окружающей среды.
4. Технологичность — методика вмешательства описана настолько подробно, что её могут воспроизвести другие специалисты.
5. Концептуальная выдержанность — все процедуры основаны на принципах поведенческой теории.
6. Эффективность — вмешательство приводит к практически значимым изменениям.
7. Генерализация — приобретённые навыки сохраняются во времени, переносятся в другие условия и распространяются на смежные поведенческие репертуары.

Законы и функции поведения

Поведение рассматривается как функция взаимодействия организма со средой. Основные законы поведения описывают, как поведение изменяется под влиянием antecedентов (предшествующих стимулов) и последствий.

Специалист, проводя функциональный анализ, выявляет функцию поведения — ту цель, ради которой оно возникает. Выделяют четыре основные функции:

- получение внимания или социального взаимодействия;
- получение желаемого объекта или деятельности;
- избегание или уклонение от неприятного стимула, требования или ситуации;
- сенсорная стимуляция (автоматическое подкрепление).

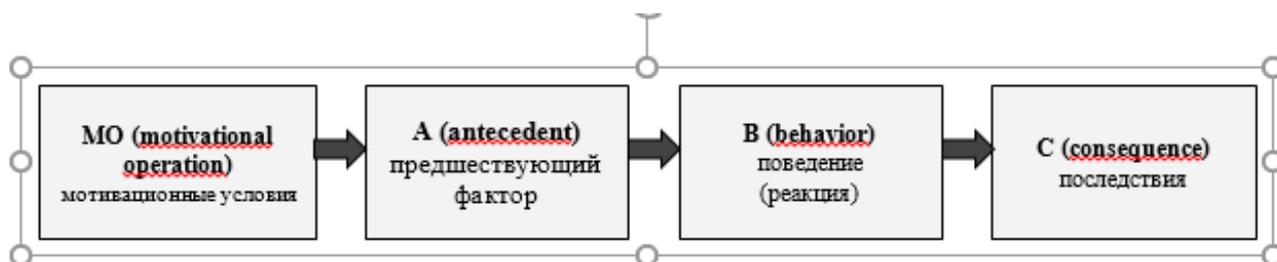
Важно отметить, что одно и то же поведение может выполнять несколько функций одновременно.

Четырёхкомпонентная последовательность (рис. 1)

Анализ поведения строится на модели, включающей четыре компонента:

1. Мотивационные условия — факторы, изменяющие ценность последствия (например, голод повышает мотивационную ценность еды);
2. Antecedent — запускающий стимул или событие, непосредственно предшествующее поведению (например, инструкция «Сядь»);
3. Поведение — наблюдаемая и измеримая реакция (ребёнок садится);
4. Последствие — стимул, возникающий сразу после поведения, который может его усилить, ослабить или нейтрализовать.

Рисунок 1. Четырёхкомпонентная последовательность



Пример:

Ребёнок голоден (мотивационное условие) → видит магазин (антецедент) → заходит внутрь и покупает булочку (поведение) → ест булочку (последствие, положительное подкрепление). В результате вероятность повторения поведения в схожих условиях повышается.

Стратегии поведенческого вмешательства

На основе анализа четырёхкомпонентной последовательности специалист выбирает одну из основных стратегий:

1. Оперирование мотивационными условиями – создание повышающих или понижающих условий. Поведение вероятнее, когда мотивационные условия повышают ценность подкрепления, связанного с этим поведением.
2. Оперирование antecedентами — изменение среды для повышения вероятности желательного поведения (например, использование визуального расписания, упрощение инструкций, структурирование пространства).
3. Оперирование последствиями — применение процедур подкрепления, ослабления или гашения:
 - Положительное подкрепление — предоставление стимула после поведения, что увеличивает его частоту (основной инструмент современного ПАП);
 - Отрицательное подкрепление — удаление неприятного стимула после поведения, что также усиливает поведение;
 - Гашение — прекращение подкрепления ранее подкреплявшегося поведения; применяется с осторожностью и только в сочетании с обучением альтернативному поведению.
4. Парное обусловливание (парное сочетание стимулов) — ассоциативное обучение, при котором нейтральный стимул (например, новая игрушка) многократно сочетается с мотивирующим (например, любимой едой), вследствие чего сам становится подкрепляющим. Этот метод используется для расширения интересов, развития игры и формирования мотивации к взаимодействию.

Таким образом, методология ПАП представляет собой системный, аналитический и гибкий подход, позволяющий разрабатывать индивидуализированные программы на основе объективных данных, а не субъективных предположений.

Пять основных шагов использования ПАП (АВА)

Реализация поведенческого вмешательства на основе принципов прикладного анализа поведения (ПАП) осуществляется в рамках систематического цикла, включающего пять последовательных этапов - шагов:

1. Выбор поведения для анализа и определение целей вмешательства
На данном этапе проводится предварительная оценка, включающая анализ анамнеза, изучение медицинской и педагогической документации, а также беседы с семьёй и другими специалистами. Цель — определить приоритетные направления коррекции, сформулировать конкретные, измеримые и социально значимые цели, а также оценить имеющиеся ресурсы (готовность семьи, доступность специалистов, условия среды).
2. Определение параметров измерения и сбор базовых данных
Выбранное поведение (как желательное, так и проблемное) должно быть чётко операционализировано — описано в наблюдаемых и измеримых терминах. Определяются параметры измерения: частота, продолжительность, интенсивность, латентность. Собираются базовые данные до начала вмешательства, что позволяет объективно оценить его эффективность.

3. **Разработка и внедрение стратегии вмешательства**
На основе функционального анализа поведения и данных о текущем уровне развития составляется индивидуальная программа вмешательства. Программа включает:
 - конкретные учебные цели;
 - выбранные методики и протоколы;
 - режимы подкрепления и подсказок;
 - условия реализации (среда, материалы, участники).Перед началом работы с ребёнком достигается добровольное информированное согласие со стороны законных представителей на все процедуры вмешательства, согласие может браться и с ребенка.
4. **Мониторинг эффективности и коррекция программы**
В процессе реализации программы специалист регулярно собирает и анализирует данные. Если прогресс отсутствует или недостаточен, проводится пересмотр стратегии: корректируются цели, изменяются методики, пересматриваются мотивационные условия или режимы подкрепления.
5. **Принятие решения о продолжении, модификации или завершении вмешательства**
На основании анализа динамики принимается решение:
 - о переходе к новым целям;
 - о снижении интенсивности вмешательства при стабилизации навыков;
 - о завершении работы по данной цели в случае её достижения и генерализации.

Роль семьи в процессе вмешательства

ПАП-терапия невозможна без активного участия ближайшего окружения ребёнка, в первую очередь — семьи. Специалист не только информирует родителей о принципах работы, но и обучает их применению ключевых процедур (например, использованию подсказок, подкреплению, управлению проблемным поведением). Это обеспечивает:

- непрерывность обучения в естественных условиях;
- генерализацию навыков за пределами терапевтической сессии;
- снижение стресса у ребёнка и семьи в повседневных ситуациях.

Таким образом, ПАП-вмешательство — это командная работа, в которой специалист выступает не только как исполнитель, но и как наставник для семьи.

Подготовка к началу вмешательства

Перед запуском программы специалист обязан оценить готовность ребёнка к обучению. В случае наличия признаков острого психопатологического состояния, выраженного проблемного поведения или соматических нарушений рекомендуется консультация врача (психиатра, невролога) с целью исключения медицинских причин поведенческих трудностей и, при необходимости, назначения стабилизирующей терапии. Только при условии медицинской и поведенческой стабильности возможно эффективное поведенческое вмешательство.

Этапы реализации программы

Психокоррекционная работа в рамках прикладного анализа поведения (ПАП) включает пять последовательных этапов:

1. Знакомство и установление сотрудничества
2. Диагностика
3. Составление программы вмешательства
4. Реализация коррекционной программы
5. Сбор данных и оценка эффективности

1. Знакомство и установление сотрудничества

Этот этап является фундаментальным для всего последующего процесса. Он включает:

- Встречу с семьёй — для выявления запросов, обсуждения целей, ресурсов и предпочтений семьи, а также получения добровольного информированного согласия на применение методов, процедур и видов подкрепления.
- Установление контакта с ребёнком — формирование доверительных отношений и мотивации к взаимодействию.

Специалисты проводят просветительскую работу с родителями, объясняя принципы ПАП, механизмы формирования навыков и важность системности вмешательства. Заключается письменный договор, в котором фиксируются согласованные цели, методы и условия работы. Если семья возражает против каких-либо аспектов программы, её реализация невозможна.

Особое внимание уделяется формированию ранних навыков сотрудничества и коммуникации, которые составляют основу для дальнейшего обучения. К ним относятся:

- понимание значимости внимания и одобрения взрослого;
- готовность следовать инструкциям и переходить от свободной игры к структурированному обучению;
- принятие задержки в получении подкрепления и отказа;
- использование подсказок;
- снижение частоты проблемного поведения.

Для установления контакта специалисты используют стандартизированные протоколы, такие как:

- «7 шагов установления руководящего контроля» Р. Шрамма [31];
- «Формирование ранних навыков сотрудничества и коммуникации» С. Уорда [24];
- «Протокол установления руководящего контроля» Э. Шиллинсбург [54];
- «Тренинг с опорой на навыки» Г. Хенли [53].

Важную роль играет создание безопасной, предсказуемой и мотивирующей среды. Для этого специалисты:

- собирают информацию об интересах ребёнка через анкетирование родителей;
- проводят структурированное наблюдение;
- применяют методы оценки предпочтений (одиночный стимул, попарный выбор, множественный выбор с замещением и без него).

Это позволяет подобрать индивидуально значимые подкрепители и организовать взаимодействие, в котором ребёнок чувствует себя спокойным, заинтересованным и вовлечённым.

2. Диагностика

Диагностика — обязательный этап, на котором определяется текущий уровень развития ребёнка и функции проблемного поведения. Процедура может занимать от 4 часов до нескольких недель — в зависимости от адаптации ребёнка, выраженности проблемного поведения и избирательности интересов.

На этом этапе проводятся:

- Стандартизированная оценка навыков с использованием диагностических протоколов (см. ниже);
- Функциональная оценка поведения (ФВА) — сбор анамнеза, наблюдение, анализ данных и, при необходимости, экспериментальная проверка гипотез о функции поведения.

Результаты диагностики позволяют:

- определить приоритетные направления коррекции;
- выявить барьеры обучения;
- разработать эффективные стратегии вмешательства.

Диагностические инструменты, используемые в ПАП

1. VB-MAPP (The Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program)

Оценивает 170 вех развития в области вербального поведения, социального взаимодействия, игры и др. Включает три компонента: оценку вех, выявление барьеров и планирование перехода в менее ограничивающую среду.

Целевая группа: дети до 4 лет. Наиболее распространён в России.

2. ABLLS-R® (Assessment of Basic Language and Learning Skills – Revised)

Оценивает 544 навыка в 25 областях (просьбы, диалог, игра, генерализация и др.) и 24 барьера обучения.

Целевая группа: дети до 8 лет [23].

3. AFLS (Assessment of Functional Living Skills)

Фокусируется на функциональных навыках самообслуживания, быта, школы, общественной жизни, самостоятельности и трудоустройства.

Целевая группа: от 2 лет и старше [19].

4. PEAK (Promoting the Emergence of Advanced Knowledge)

Оценивает когнитивные и языковые навыки через призму теории реляционных фреймов (184 навыка в 4 модулях).

Целевая группа: от 18 месяцев до подросткового возраста.

5. Essential for Living

Предназначен для лиц с умеренными и выраженными интеллектуальными нарушениями, ограниченным коммуникативным репертуаром и тяжёлыми поведенческими нарушениями.

Целевая группа: без возрастных ограничений.

Несмотря на возрастные рамки, эти инструменты могут применяться у детей с задержками развития любого возраста. Преимущество большинства протоколов —

независимость от наличия устной речи, что позволяет выявить опорные навыки для дальнейшего развития коммуникации.

3. Составление программы вмешательства

На основе данных диагностики разрабатывается индивидуальная программа обучения, включающая:

- общие рекомендации по взаимодействию с ребёнком;
- режим и интенсивность занятий;
- типы подсказок и стратегии их нивелирования;
- режимы подкрепления;
- протоколы формирования навыков и коррекции проблемного поведения;
- чек-листы для отслеживания прогресса.

Сложные навыки разбиваются на последовательные шаги (чейнинг). Программа направлена на выравнивание уровней развития различных сфер, восполнение пробелов и формирование опорных навыков, на которых будет строиться дальнейшее обучение.

Цели согласовываются с семьёй и должны:

- соответствовать возрастным нормам;
- быть социально значимыми;
- повышать качество жизни ребёнка и семьи.

В исключительных случаях (например, при выраженных нарушениях коммуникации и тяжёлом проблемном поведении) вмешательство может начинаться до завершения полной диагностики — с фокусом на стабилизацию поведения и установление контакта, после чего проводится полноценная оценка.

4. Реализация коррекционной программы

Формат занятий подбирается индивидуально: от структурированного обучения за столом до натуралистического взаимодействия в игре. Используются:

- визуальные опоры;
- структурирование пространства и времени;
- индивидуально подобранные подкрепители.

Программа может охватывать следующие области:

- развитие коммуникации и речи;
- формирование самостоятельной и совместной игры;
- навыки имитации и деятельности по образцу;
- моторное развитие;
- социальное взаимодействие;
- самообслуживание и бытовые навыки;
- самостоятельность и жизненные компетенции;
- академические навыки.

Методики и протоколы применяются в гибких комбинациях и корректируются по мере достижения прогресса.

Важно! На протяжении реализации всей программы специалисту, ведущему ребенка необходимо получать супервизию, для того, чтобы вмешательство было

наиболее эффективным, процессуально точным, этичным и соответствовало стандартам практики АВА.

5. Сбор данных и оценка эффективности

Специалист регулярно собирает и анализирует данные с помощью:

- чек-листов;
- графиков и гистограмм;
- видеозаписей (с согласия семьи).

Анализ позволяет:

- отслеживать динамику освоения навыков;
- оценивать частоту, интенсивность и продолжительность проблемного поведения;
- выявлять барьеры обучения;
- вносить коррективы в программу.

Критериями эффективности являются:

- достижение поставленных целей (количественно и качественно);
- генерализация навыков в естественные условия;
- снижение проблемного поведения;
- появление новых форм социально приемлемого поведения;
- переход к более естественным форматам обучения (например, групповым).

При отсутствии прогресса, стагнации или регрессе проводится:

- повторный функциональный анализ;
- консультация врача (психиатра, невролога) для исключения соматических или психиатрических причин изменений.

Таким образом, реализация программы в ПАП — это динамичный, циклический и адаптивный процесс, основанный на объективных данных и направленный на достижение устойчивых, социально значимых результатов.

Клинический случай

Мальчик В., 6 лет. Ребёнок находился в низкоинтенсивной программе АВА-терапии на протяжении 2-х лет. Ребёнок проявлял интерес к игрушкам животных, к лизунам, пищевым поощрениям, играм-потешкам, сенсорным играм, в ходе коррекционной работы стал проявлять интерес к простым сюжетным играм. В процессе работы проявлялось низко выраженное нежелательное поведение в виде громких вокализаций, возникающих в ситуациях, когда менялся привычный для ребёнка стереотип, а также аутостимуляционное поведение, которое удавалось прервать с помощью речевых инструкций. В ходе работы специалисты столкнулись с ухудшением состояния ребёнка, которое выражалось в том, что мальчик перестал интересоваться какими-либо игрушками, интересы сузились до пищевых поощрений, кроме того, значительно усилилось аутостимуляционное поведение, которое стало занимать основное место в

поведении ребёнка. каждое занятие с ребёнком проводилось тестирование новых мотивационных стимулов, при этом новые игровые интересы выявить не удалось. Усилилась частота и интенсивность протестного поведения (громкие вокализации), которое стало проявляться не только в условиях нарушения стереотипа, но и в условиях требования желаемого (требовал еду), при этом ребёнок перестал пользоваться речевыми просьбами о получении желаемого, которые были сформированы ранее (т.е. произошёл частичный регресс навыков). При анализе ситуации выявили, что программа обучения ребёнка до ухудшения состояния не менялась, как и интенсивность занятий или педагоги. Родителям рекомендовали обратиться к психиатру для консультации, оценки текущего состояния ребёнка и возможного назначения медикаментозной поддержки для ребёнка.

Восприятие АВА-терапии в нашей стране. Мифы о прикладном анализе поведения

Прикладной анализ поведения (ПАП/АВА) в Российской Федерации остаётся развивающимся направлением. Несмотря на растущую известность, метод нередко сопровождается негативными стереотипами и мифами, которые распространены не только в родительской среде, но и в отдельных кругах научного и профессионального сообщества [47].

Наиболее распространённые заблуждения включают:

- представление об АВА как о «дрессировке» или «обучении за конфетку»;
- убеждение, что метод применим исключительно к детям с тяжёлыми формами аутизма;
- восприятие АВА как жёсткой, стандартизированной системы, не учитывающей индивидуальные особенности ребёнка.

Такие установки затрудняют информированное принятие решений семьями и междисциплинарное взаимодействие специалистов.

Культурный и профессиональный контекст

В отличие от зарубежных стран, где АВА-подход часто интегрирован в систему образования и здравоохранения, в России сложилась традиция мультимодального подхода к коррекции нарушений развития. Семьи, как правило, обращаются одновременно к логопедам, дефектологам, психологам, неврологам и другим специалистам, использующим разнообразные методы. В этих условиях специалисты по ПАП редко настаивают на исключительности своего подхода, а скорее стремятся к гибкой интеграции в существующую систему сопровождения ребёнка.

Однако это создаёт и определённые ограничения: поскольку педагоги детских садов и школ, как правило, не владеют принципами ПАП, перенос навыков в естественные среды остаётся задачей семьи и узкого круга специалистов. Это снижает эффективность генерализации и требует от поведенческого специалиста фокусироваться

преимущественно на тех средах, где он может обеспечить контроль за реализацией программы.

Перспективным направлением является внедрение элементов ПАП в систему инклюзивного образования — в частности, через создание ресурсных классов и подготовку педагогов к работе с детьми с РАС на основе поведенческих принципов.

Миф о «поощрениях»

Одним из наиболее устойчивых предубеждений является негативное отношение к использованию подкрепления, особенно пищевого. Многие родители и специалисты стремятся к тому, чтобы ребёнок «занимался просто так», без внешней мотивации.

Однако такой подход игнорирует фундаментальную особенность РАС — нарушение внутренней мотивации и избирательность интересов. У детей с аутизмом обучение часто не сопровождается естественным подкреплением (удовольствием от процесса), что делает внешнее подкрепление не «подкупом», а необходимым условием формирования новых навыков.

Современный ПАП предполагает систематический подбор и расширение мотивационных стимулов, включая игры, социальное взаимодействие, сенсорные активности. Пищевые подкрепители используются лишь в тех случаях, когда они оказываются наиболее эффективными, и постепенно заменяются на более естественные формы (похвалу, совместную деятельность). Цель — максимально приблизить формат обучения к повседневному взаимодействию.

Миф об АДК и речевом развитии

Ещё одно распространённое заблуждение — убеждение, что использование альтернативной и дополнительной коммуникации (АДК) тормозит развитие устной речи. На самом деле, эмпирические данные опровергают этот миф: введение АДК (например, PECS, жестовой коммуникации, коммуникативных планшетов) способствует:

- снижению частоты проблемного поведения, вызванного коммуникативной фрустрацией;
- повышению уровня социального взаимодействия;
- в ряде случаев — инициации и развитию устной речи [38].

АДК может применяться даже при отсутствии сформированных навыков имитации или понимания речи, поскольку её цель — предоставить ребёнку функциональный и доступный способ выражения потребностей.

Этическая основа современного ПАП

Современный прикладной анализ поведения — это гуманный, человекоцентрированный и травмаинформированный подход, ориентированный на:

- уважение к индивидуальности ребёнка;
- учёт его интересов, эмоционального состояния и сенсорных особенностей;
- создание безопасной, предсказуемой и мотивирующей обучающей среды;
- активное вовлечение семьи в процесс.

Акцент делается не на «исправлении» поведения, а на развитии функциональных навыков, повышении качества жизни и расширении возможностей для участия в социальной жизни.

Таким образом, преодоление мифов требует не только просветительской работы, но и демонстрации реальных практик, соответствующих этическим и научным стандартам современного ПАП.

Практика использования в медицинском учреждении

В ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» методы, основанные на принципах прикладного анализа поведения (ПАП), применяются с 2020 года [16]. Программы реализуются клиническими психологами и дефектологами, прошедшими специализированную подготовку в области ПАП и работающими под профессиональной супервизией. Вмешательство осуществляется как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Ключевым преимуществом работы в медицинском учреждении является возможность междисциплинарного взаимодействия: тесное сотрудничество с лечащим врачом-психиатром, неврологом и другими специалистами позволяет формировать целостный, системный взгляд на ребёнка и его семью, а также оперативно корректировать поведенческую программу при изменении клинического статуса.

Особенности реализации в стационарных условиях

Несмотря на доказанную эффективность ПАП, его применение в условиях стационара сопряжено с рядом объективных ограничений:

- Краткосрочный характер госпитализации (в среднем 21 день) часто не позволяет завершить полный цикл диагностики, установления контакта и реализации комплексной программы;
- Адаптационный период у детей с РАС может занимать значительную часть госпитализации, особенно при первичной госпитализации [9]. Только после формирования доверия к новой среде и специалистам становится возможным эффективное обучение;
- Ограниченная интенсивность — высокая частота занятий (20–40 часов в неделю), рекомендуемая для достижения максимального эффекта, трудно реализуема в условиях стационара из-за нехватки кадровых ресурсов;
- Сложности с вовлечением семьи — хотя родители проявляют заинтересованность, их участие в стационаре ограничено, а после выписки преемственность вмешательства часто нарушается из-за отсутствия доступа к квалифицированным специалистам по месту жительства.

В этих условиях ПАП-вмешательство в стационаре носит фокусированный и приоритетный характер. Программы включают ограниченное число целей, направленных на решение наиболее острых проблем:

- снижение опасного или деструктивного поведения;
- формирование базовой коммуникации (в том числе с использованием АДК, например, PECS);
- развитие навыков совместного внимания и имитации;
- структурирование среды с помощью визуальных опор (расписаний, карточек выбора);
- обучение самостоятельному досугу и использованию таймеров;

- туалетный тренинг.

Особое внимание уделяется подготовке семьи: родителям разъясняются принципы поведенческого подхода, демонстрируются ключевые процедуры, даются рекомендации по поддержанию достигнутых результатов после выписки.

Клинический случай

Мальчик М., 3 года 6 мес., находится вместе с мамой в отделении совместного пребывания. Родители обратились в связи с отсутствием речи, нарушениями коммуникации (не смотрит в глаза, когда хочет что-то, ведёт родителей за руку и накладывает руку взрослого на предмет), несформированностью бытовых навыков и игры (развлекая себя, раскидывает игрушки, из функциональных действий с предметами - строит башню из кубиков, катает машинку, эпизодически повторяет действия родителей). Специалист занимался с ребенком 5 дней в неделю, занятие длилось 1 час. В начале работы были поставлены следующие цели, достижимые в процессе краткосрочного вмешательства: 1. Формирование навыка совместного внимания; 2. Формирование указательного жеста как средства коммуникации; 3. Расширение игровых интересов; 4. Развитие имитации с предметами во время игры. Через 4 недели после начала вмешательства специалист провёл повторную диагностику формируемых навыков, в результате которой выявили, что мальчик М. стал смотреть в глаза взрослому для получения желаемого в 50% проб, использовал указательный жест с частичной подсказкой, стал проявлять интерес к мыльным пузырям, бассейну с шариками, водной раскраске, пластилину, повторял за взрослым игровые действия в совместных играх в 50% случаев. Родителям были даны рекомендации по дальнейшим целям коррекционной работы.

Работа в амбулаторном звене

Амбулаторный формат позволяет реализовать более полные и системные программы ПАП.

Для детей до 3 лет предлагаются краткосрочные (3 месяца) низкоинтенсивные программы (от 4 часов в неделю), направленные на:

- развитие коммуникативной инициативы;
- формирование зрительного контакта и жестовой коммуникации;
- введение АДК;
- расширение игровых интересов и развитие совместной игры.

Для детей старше 3 лет возможна долгосрочная работа без временных ограничений, включающая:

- полную стандартизованную диагностику (VB-MAPP, ABLLS-R и др.);
- функциональную оценку поведения;
- разработку индивидуальной программы вмешательства;

- регулярный мониторинг и коррекцию целей.

Интенсивность занятий варьируется от 4 часов в неделю и выше в зависимости от запроса семьи и ресурсов. Формат обучения — игровой, с активным участием родителей.

Важным преимуществом амбулаторной работы в медицинском учреждении является возможность синхронизации поведенческого вмешательства с медикаментозной терапией. Специалисты могут оперативно реагировать на изменения в состоянии ребёнка (например, при назначении, коррекции или отмене препаратов), что повышает безопасность и эффективность комплексной помощи.

Просветительская и образовательная деятельность

Центр активно занимается:

- просвещением родителей через лекции и консультации, направленные на разъяснение принципов ПАП, развенчание мифов и мотивацию к системной работе;
- обучением персонала основам поведенческого подхода для улучшения взаимодействия с детьми в повседневной деятельности отделений.

Эти меры способствуют созданию единого поведенческого контекста и повышают общую эффективность реабилитационного процесса.

Заключение

Прикладной анализ поведения (ПАП/АВА) является научно обоснованным и эффективным подходом, доказавшим свою результативность в работе с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС) и другими нарушениями развития. В Российской Федерации метод продолжает активно развиваться, постепенно интегрируясь в систему здравоохранения и образования.

Подход объединяет широкий спектр методик, стратегий и протоколов, позволяющих гибко и индивидуально выстраивать коррекционную работу с детьми разного возраста, уровня развития и тяжести нарушений. Ключевыми принципами ПАП являются:

- научная достоверность (воспроизводимость, измеримость, технологичность);
- ориентация на социально значимые цели, повышающие качество жизни ребёнка и его семьи;
- аналитичность — принятие решений на основе объективных данных, а не субъективных предположений;
- индивидуализация — учёт особенностей мотивации, интересов, сенсорных и поведенческих характеристик каждого ребёнка;
- вовлечённость семьи — признание родителей ключевыми партнёрами в процессе вмешательства.

Современный ПАП — это не жёсткая система «дрессировки», а гуманный, человекоцентрированный и травмаинформированный подход, направленный на

создание безопасной, предсказуемой и мотивирующей обучающей среды. Акцент делается не на подавлении «нежелательного» поведения, а на развитии функциональных навыков, которые позволяют ребёнку эффективно взаимодействовать с окружающим миром.

Применение методов ПАП в условиях медицинского учреждения — как в стационарном, так и в амбулаторном звене — возможно и целесообразно, однако требует:

- наличия квалифицированных специалистов с профильным образованием и подготовкой в области ПАП;
- обеспечения системной супервизии;
- тесного междисциплинарного взаимодействия, особенно с врачами-психиатрами и неврологами;
- адаптации формата и интенсивности вмешательства к реальным условиям стационара или амбулаторного приёма.

Особую ценность представляет синхронизация поведенческого вмешательства с медикаментозной терапией, что повышает общую эффективность комплексной реабилитации и позволяет оперативно реагировать на изменения в состоянии ребёнка.

Таким образом, прикладной анализ поведения — это не просто набор техник, а целостная научная парадигма, способная внести значительный вклад в систему ранней помощи, абилитации и реабилитации детей с РАС в России. Дальнейшее развитие подхода требует стандартизации подготовки специалистов, внедрения элементов ПАП в образовательные программы для педагогов и медицинских работников, а также расширения доступности квалифицированной помощи для семей по всей стране.

Список литературы

1. Барбера, М.Л. Вербально-поведенческий подход в АВА-терапии: Методы обучения детей с аутизмом и другими особенностями развития. — 3-е изд. / Мэри Линч Барбера, Трейси Расмуссен; пер. с англ. Д. Г. Сергеева; предисл. к рус. изд. В. Г. Ромека; предисл. М. Сандберга. — Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2019. — 264 с
2. Бадалян Л.О. Невропатология. - М., 2000.
3. Философия: Энциклопедический словарь. — М.: Гардарики. Под редакцией А.А. Ивина. 2004. https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_philosophy/146/БИХЕВИОРИЗМ
4. Григоренко, Е.Л. Расстройства аутистического спектра. Вводный курс. Учебное пособие для студентов. Григоренко Е.Л. — М.: Практика, 2018. — 280 с.
5. Власова О.А. Памяти Ивара Ловааса // Аутизм и нарушения развития. 2010. Том 8. № 3. С. 68–72.
6. Грей, К. Социальные Истории: Инновационная методика для развития социальной компетентности у детей с аутизмом / Кэрол Грей; предисл. Тони Эттвуда и Барри М. Призанга; пер. с англ. У. Жарниковой; науч. ред. С. Анисимова. — Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2018. — 432 с
7. Давыдова Е.Ю., Тюшкевич С.А., Давыдов Д.В., Илюнцева А.А., Ускова О.А., Мовчан А.А. Исследование эффективности применения Денверской модели ранней помощи детям с аутизмом и с риском РАС. Систематический обзор [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2023. Том 12. № 4. С. 77–90
8. Клинические рекомендации “Расстройства аутистического спектра”, утверждены Минздравом России 14.08.2020
9. Ковалева, Н.А., Журавлева, В.А., Розумейко, Л.А., Ушакова Л.П. Особенности адаптации детей дошкольного и школьного возраста в рамках их пребывания в больничном учреждении (на примере Детского клинического центра медицинской реабилитации) // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2020. - № 1 [электронный ресурс] URL: <http://www.fesmu.ru/voz/20201/2020105.aspx> (дата обращения 17.02.2024)
10. Купер, Джон О. Прикладной анализ поведения / Купер Джон О., Херон Тимоти Э., Хьюард Уильям Л.; Пер. с англ. – М.: Практика, 2016. – 864 с
11. Малхасьян, Е.А., Чернова, А.Д. Использование программы VB-MAPP для оценки социально-бытовых навыков у детей с расстройством аутистического спектра // Коррекционная педагогика: теория и практика. 2015. № 3. С. 3—6

12. Мелешкевич, О. Особые дети. Введение в прикладной анализ поведения (АВА): принципы коррекции проблемного поведения и стратегии обучения детей с расстройствами аутистического спектра и другими особенностями развития / О. Мелешкевич, Ю. Эрц. – 105 Самара: Издательский дом «Барах-М», 2020. – 208 с.
13. Нигматуллина И.А., Борисова Н.С., Фролова А.С. Оценка базовых навыков у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра с помощью методики VB-MAPP / Аутизм и нарушения развития. 2021. Том 19. № 1. С. 25–33.
14. Новицкая К, Таланцева О, Романова Р. Исследования превалентности аутизма и их связь с системой помощи. Часть 1 [Электронный ресурс]: URL: <https://autismjournal.help/articles/issledovaniya-prevalentnostirasstroystv-autisma-i-ih-svyaz-s-sistemoj-pomoschi> (дата обращения 14.02.2024)
15. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 10.07.2023) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации"
16. Опыт внедрения Прикладного Анализа Поведения на базе медицинского учреждения // АНО «Журавлик, Москва, 2021. - 60 с.
17. Партингтон Д., Оценка функциональных навыков (The AFLS). Руководство: Оценка, система мониторинга, руководство для оценки навыков, важных для самостоятельной жизни. - Москва, Сам полиграфист, 2020. – 59 с.
18. Попова О.А., Филина Н.М. Влияние системы альтернативной коммуникации PECS на проявления вокальной речи у детей с аутизмом // Аутизм и нарушения развития. 2021. Том 19. № 2. С. 23–39.
19. Профессиональный кодекс поведенческих аналитиков [электронный ресурс] URL:<https://abaunion.ru/wp-content/uploads/2021/11/Этический-кодекс-ПСПА.pdf> (дата обращения 20.02.2024)
20. Сандберг М. Руководство. Программа оценки навыков речи и социального взаимодействия для детей с аутизмом и другими нарушениями развития / пер. С. Доленко. Ришон ле-Цион: MEDIAL, 2008. - 275 с.
21. Семенович, М.Л., Манелис, Н.Г., Хаустов, А.В., Козорез, А.И., Морозова, Е.В. Описание методики оценки базовых речевых и учебных навыков (ABLLS-R) // Аутизм и нарушения развития. 2015. Том 13. № 3. С. 3–10.
22. Старикова, О.В., Дворянинова, В.В., Баландина, О.В. Применение программы ранней помощи на основе Денверской модели раннего вмешательства для детей с РАС // Аутизм и нарушения развития. 2022. Том 20. № 1. С. 29–36.

23. Требования к сертификации. Профессиональный союз поведенческих специалистов [Электронный ресурс]: URL: https://abaunion.ru/wp-content/uploads/2023/03/Trebovaniya_sertifikatsii.pdf (дата обращения 18.02.2024)
24. Уорд, С. Формирование ранних навыков сотрудничества и коммуникации у детей с РАС / Стив Уорд; пер. с англ. У. Жарниковой; предисл. С. Анисимовой. — Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2023. — 734, [2] с.
25. Устинова Н.В., Намазова-Баранова Л.С., Басова А.Я., Солошенко М.А., Вишнева Е.А., Сулейманова З.Я., Лапшин М.С. Распространенность расстройств аутистического спектра в Российской Федерации: ретроспективное исследование // Consortium Psychiatricum. 2022. Том 3. № 4. С. 28–37.
26. Филиппова Н.В. Барыльник Ю.Б. Издание: Социальная и клиническая психиатрия Год издания: 2014 Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему. Объем: 6с. Дополнительная информация: 2014.-N 3.-С.96-101
27. Хаустов А.В., Богорад П.Л., Загуменная О.В., Козорез А.И., Панцырь С.Н., Никитина Ю.В., Стальмахович О.В. Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с расстройствами аутистического спектра. Методическое пособие / Под общ. ред. Хаустова А.В. М.: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2016. - 125с.
28. Хаустов, А.В., Шумских, М.А. Динамика в развитии системы образования детей с расстройствами аутистического спектра в России: результаты Всероссийского мониторинга 2021 года // Аутизм и нарушения развития. 2022. Том 20. № 3. С. 6–14.
29. Чижова, Ю.В. Оценка и формирование жизненных компетенций у детей с РАС в условиях инклюзии при помощи методов прикладного анализа поведения // Аутизм и нарушения развития. 2022. Том 20. № 4. С. 59–68.
30. Шаповалова О., Введение в прикладной анализ поведения, под науч. ред. Алипова Н.Н. М. «Практика», 2020. - 192 с.
31. Шрамм, Р.: Мотивация и подкрепление. Практическое применение методов прикладного анализа поведения (АВА/VB) / Роберт Шрамм; пер.с англ. У. Жарниковой; предисл. М.Анисимовой. - Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2021. - 608 с.
32. Дети с расстройствами аутистического спектра в детском саду и школе: практики с доказанной эффективностью / Довбня С. и др. Санкт-Петербург: Сеанс, 2018. - 202 с.
33. Расстройства аутистического спектра: прикладной анализ поведения в работе с детьми и их родителями [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие /

- И.А. Нигматуллина, О.А. Иванова, А.Ю. Сазонова, И.В. Диярова. – Электрон. текстовые данные (1 файл: 383 КБ). – Казань: Издательство Казанского университета, 2022. – 108 с.
34. Психиатрия: национальное руководство / гл. ред.: Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1008 с.
35. Фёдоров А. А. Скиннер Беррес Фредерик // Большая российская энциклопедия: научно-образовательный портал – URL: <https://bigenc.ru/c/skinner-berres-frederik-36c076/?v=7280018>. – Дата публикации: 30.06.2022. – Дата обновления: 16.05.2023
36. Философский энциклопедический словарь / гл. ред.: Л. Ф. Ильичёв, П. Н. Федосеев, С. М. Ковалёв, В. Г. Панов., 1983 г. [Электронный ресурс]: URL: <http://philosophy.niv.ru/doc/dictionary/philosophical/index.htm> дата обращения 15.05.2024
37. [Adithyan Rajaraman](#), [Jennifer L. Austin](#), [Holly C. Gover](#), [Anthony P. Cammilleri](#), [David R. Donnelly](#), Gregory P. Hanley Toward trauma-informed applications of behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis* 55 (1), 40-61
38. Anna Lerna, Dalila Esposito, Massimiliano Conson, Luigi Russo and Angelo Massagli, Social–communicative effects of the Picture Exchange Communication System (PECS) in Autism Spectrum Disorders (*INT J LANG COMMUN DISORD, SEPTEMBER–OCTOBER 2012, VOL. 47, NO. 5, 609–617*)
39. Belisle J, Dixon MR, Stanley CR, Munoz B, Daar JH. Teaching foundational perspective-taking skills to children with autism using the PEAK-T curriculum: single-reversal "I-You" deictic frames. *J Appl Behav Anal.* 2016 Dec;49(4):965-969. doi: 10.1002/jaba.324. Epub 2016 Jun 9. PMID: 27279459.
40. Gregory P. Hanley, A Perspective on Today’s ABA from Dr. Hanley [Электронный ресурс]: URL: <https://practicalfunctionalassessment.com/2021/09/09/a-perspective-on-todays-aba-by-dr-greg-hanley/> (дата обращения 10.02.2024)
41. Eckes, T., Buhlmann, U., Holling, HD. et al. Comprehensive ABA-based interventions in the treatment of children with autism spectrum disorder – a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 23, 133 (2023)
42. Flippin M, Reszka S, Watson LR. Effectiveness of the Picture Exchange Communication System (PECS) on communication and speech for children with autism spectrum disorders: a meta-analysis. *Am J Speech Lang Pathol.* 2010 May;19(2):178-95.

43. Hume, K., Steinbrenner, J.R., Odom, S.L. et al. (2021). EvidenceBased Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism: Third Generation Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
44. Linstead E, Dixon DR, Hong E, Burns CO, French R, Novack MN, Granpeesheh D. An evaluation of the effects of intensity and duration on outcomes across treatment domains for children with autism spectrum disorder. *Transl Psychiatry*. 2017 Sep 19;7(9):e1234. doi: 10.1038/tp.2017.207. PMID: 28925999; PMCID: PMC5639250.
45. Maria K. Makrygianni, Angeliki Gena, Sofia Katoudi, Petros Galanis, The effectiveness of applied behavior analytic interventions for children with Autism Spectrum Disorder: A meta-analytic study,
46. McKeel, A., Matas, J. Utilizing PEAK Relational Training System to Teach Visual, Gustatory, and Auditory Relations to Adults with Developmental Disabilities. *Behav Analysis Practice* 10, 252–260 (2017)
47. Keenan, M., Dillenburger, K., Röttgers, H.R. et al. Autism and ABA: The Gulf Between North America and Europe. *Rev J Autism Dev Disord* 2, 167–183 (2015).
48. Lotfizadeh AD, Kazemi E, Pompa-Craven P, Eldevik S. Moderate Effects of Low-Intensity Behavioral Intervention. *Behav Modif*. 2020 Jan;44(1):92-113.
49. Roane HS, Fisher WW, Carr JE. Applied Behavior Analysis as Treatment for Autism Spectrum Disorder. *J Pediatr*. 2016 Aug;175:27-32.
50. Peters-Scheffer N., Didden R., Mulders M., Korzilius H. Effectiveness of low intensity behavioral treatment for children with autism spectrum disorder and intellectual disability,
51. Research in Autism Spectrum Disorders, Volume 7, Issue 9, 2013, Pages 1012-1025
52. Research in Autism Spectrum Disorders, Volume 51, 2018, Pages 18-31
53. Slaton, J. & Hanley, G. (2019). Practical functional assessment of problem behavior. In R. Pennington (Ed.) Principles and practices explained by researchers who use them. Autism Asperger Publishing Company
54. Shillingsburg MA, Hansen B, Wright M. Rapport Building and Instructional Fading Prior to Discrete Trial Instruction: Moving From Child-Led Play to Intensive Teaching. *Behav Modif*. 2019 Mar;43(2):288-306.
55. Uclaa/Lovaas Intervention [Электронный ресурс]: URL:<https://asatonline.org/for-parents/learn-more-about-specific-treatments/applied-behavior-analysis-aba/aba-techniques/uclalovaas-intervention/> (дата обращения 10.02.2024)
56. Vivanti G, Stahmer AC. Can the Early Start Denver Model Be Considered ABA Practice? *Behav Anal Pract*. 2020 Aug 18;14(1):230-239.

57. Zeidan J, Fombonne E, Scora J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, Yusuf A, Shih A, Elsabbagh M. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res.* 2022 May;15(5):778-790. doi: 10.1002/aur.2696. Epub 2022 Mar 3. PMID: 35238171; PMCID: PMC9310578.

Форма ABC для сбора данных о возможных причинах поведения

Дата	Время и место наблюдения	Предшествующие события (Antecedent)	Поведение	Последствия / события после поведения (Consequences)	Интенсивность поведения (1–2–3)

Чек-лист “Таблица для записи количества реакций”

Дата _____
 Ученик _____
 Сфера/ сферы _____

СР - самостоятельная реакция

РП - реакция с подсказкой

НП - нежелательное поведение

Инструкция / стимул	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ИТОГО

Применение АВА-терапии (прикладного анализа поведения) в условиях психиатрического стационара

Применение АВА-терапии в медицинской организации государственной системы здравоохранения требует учета ограниченных сроков пребывания пациента, междисциплинарного характера работы, медицинской приоритетности и ограниченных кадровых ресурсов.

1. Целеполагание: фокус на приоритетные и достижимые цели

В условиях стационара (средняя длительность госпитализации — 21 день) нельзя реализовать полномасштабную АВА-программу. Вместо этого необходимо выбрать 1–3 социально значимые цели, критически важные для:

- Безопасности (снижение аутоагрессии, опасного поведения);
- Коммуникации (введение АДК, жестов, простых просьб);
- Базового сотрудничества (контакт глазами, выполнение простых инструкций);
- Самообслуживания (туалетный тренинг, приём пищи).

Пример: вместо обучения чтению — формирование указательного жеста для выражения потребностей.

2. Формат вмешательства: краткосрочный, структурированный, с участием семьи

Интенсивность: 4–6 часов в неделю (в стационаре — ежедневно по 45–60 мин).

Формат: сочетание структурного обучения (ДТТ) и естественного обучения (NET) в рамках повседневной рутины (приёмы пищи, прогулки, гигиена).

Участие родителей: обязательное. Особенно при совместном пребывании в стационаре — обучение родителей ключевым процедурам:

- Как реагировать на проблемное поведение;
- Как поддерживать коммуникацию;
- Как использовать визуальные опоры.

Важно: обучение родителей — не полная подготовка, а просветительская поддержка с фокусом на практическом применении.

3. Использование АВА-инструментов, совместимых с медицинской средой

Выбирайте методы, которые:

- Не требуют длительной диагностики;
- Быстро внедряются;
- Совместимы с лечебно-охранительным режимом.

Рекомендуемые техники:

Метод	Применение в стационаре
Визуальное расписание	Снижает тревогу, структурирует день, уменьшает протестное поведение
PECS / жесты	Быстрое введение АДК при отсутствии речи
Социальные истории	Подготовка к процедурам (взятие крови, осмотр врача)
Функциональная оценка поведения (FBA)	Краткая — для понимания функции агрессии/аутоагрессии
DRA / DRI	Замена опасного поведения безопасной альтернативой (например, «дай руку» вместо удара)
Таймеры и жетонные системы	Формирование терпения, ожидания, выполнения рутинных действий

Избегайте: длительных протоколов гашения (*extinction*), сложных цепочек навыков, интенсивного ДТТ без предварительного раппорта.

4. Интеграция в междисциплинарную команду

АВА-специалист не работает изолированно:

- Ежедневное взаимодействие с лечащим врачом-психиатром: согласование поведенческих целей с медикаментозной терапией;
- Координация с медперсоналом: обучение медсестёр простым АВА-приёмам (например, как давать инструкции, как реагировать на крик);
- Обмен данными: фиксация поведения в медицинской документации (поведенческие нарушения, успешные коммуникации и т.п.)

Пример: если ребёнок отказывается от приёма таблеток — АВА-специалист разрабатывает протокол «приём лекарств через игру» с поощрением.

5. Диагностика: упрощённая и функциональная

Полноценные протоколы (VB-MAPP, ABLLS-R) — нецелесообразны при краткой госпитализации.

Используйте целевую оценку:

- Как ребёнок выражает потребности?
- Что вызывает агрессию?
- Какие стимулы мотивируют?
- Какие базовые навыки уже есть?

Результат — не «профиль развития», а план на 2–3 недели.

6. Преемственность помощи после выписки

- Подготовка «дорожной карты» для семьи;
- Рекомендации по продолжению работы;

- Контакты региональных специалистов (если есть);
- Простые чек-листы для отслеживания прогресса.

7. Этические и организационные требования

Информированное согласие — обязательно, включая согласие на:

- Использование поощрений;
- Введение АДК.
- Супервизия — даже при краткосрочной работе.

Специалист — должен иметь:

- Профильное образование (психология, дефектология);
- Дополнительную подготовку в области ПАП;
- Опыт работы с РАС.

Заключение

АВА-терапия в медицинской организации возможна и эффективна, но требует адаптации под реалии системы здравоохранения:

- Краткосрочность → фокус на безопасности и коммуникации;
- Ограниченные ресурсы → выбор простых, доказанных техник;
- Медицинский контекст → тесная интеграция с врачами и медперсоналом;
- Семейная вовлечённость → просвещение, а не полное обучение.

Такой подход позволяет максимально использовать короткий период госпитализации для запуска позитивных изменений и подготовки семьи к продолжению работы в амбулаторных условиях.

Алгоритм работы с ребенком с РАС в медицинской организации на основе принципов АВА

На основе представленной методической рекомендации по прикладному анализу поведения (ПАП/АВА) при расстройствах аутистического спектра (РАС) разработан практический алгоритм работы с ребёнком с РАС в медицинской организации (стационарной и/или амбулаторной). Алгоритм учитывает специфику медицинского учреждения, ограниченные сроки госпитализации, необходимость междисциплинарного взаимодействия и этические принципы.

Этап 1. Предварительная оценка и принятие решения о включении в программу

1. Медицинская оценка:

- Подтверждение диагноза РАС (по МКБ-11 или DSM-5);
- Исключение/учёт сопутствующих состояний (эпилепсия, психотические эпизоды, тяжёлая депрессия и др.);
- Оценка показаний и противопоказаний к поведенческому вмешательству [см. раздел «Показания, противопоказания»].

2. Консультация с семьёй:

- Обсуждение запроса родителей;
- Информирование о принципах АВА, целях, формате, этических нормах;
- Получение добровольного информированного согласия на вмешательство, включая использование поощрений, АДК, видеозаписи и др.

3. Оценка ресурсов:

- Готовность семьи к участию;
- Наличие квалифицированного специалиста (клинический психолог/дефектолог с дополнительным образованием в области ПАП);
- Возможность супервизии.

***Важно:** При выраженных проблемах поведения (агрессия, аутоагрессия, опасное поведение) приоритет — стабилизация состояния и обеспечение безопасности до начала обучения.*

Этап 2. Установление контакта и адаптация (особенно в стационаре)

1. Знакомство с ребёнком и средой:

- Наблюдение за поведением в естественных условиях;
- Заполнение анкеты предпочтений (с участием родителей);
- Проведение оценки мотивационных стимулов (одиночный выбор, парный выбор и др.)

2. Формирование раппорта:

- Создание комфортной, предсказуемой среды;
- Использование протоколов установления сотрудничества (напр., «7 шагов» Р. Шрамма);

- Акцент на позитивном взаимодействии без требований.

3. Оценка готовности к обучению:

- Способность к совместному вниманию;
- Реакция на инструкции;
- Отсутствие выраженного протестного поведения.

В стационаре: этот этап может занимать 3–7 дней и совпадать с адаптацией к больнице.

Этап 3. Диагностика и функциональная оценка

1. Стандартизированная оценка навыков (в зависимости от возраста и уровня развития):

- VB-MAPP (до 4 лет);
- ABLLS-R (до 8 лет);
- AFLS (функциональные навыки);
- Essential for Living (при тяжёлых нарушениях).

2. Функциональная оценка поведения (FBA):

- Сбор анамнеза;
- Наблюдение;
- Анализ триггеров и последствий проблемного поведения;
- Формулировка гипотезы о функции поведения (получение, избегание, сенсорная стимуляция).

В условиях стационара: диагностика может быть сокращённой — фокус на приоритетных навыках и поведении.

Этап 4. Составление индивидуальной программы вмешательства

1. Формулировка целей (в согласии с семьёй):

- Приоритет: коммуникация, снижение опасного поведения, базовые навыки сотрудничества;
- Цели должны быть измеримыми, достижимыми, социально значимыми.

2. Выбор методов и стратегий (в зависимости от целей):

- Для коммуникации: FCT, PECS, жесты;
- Для снижения проблемного поведения: DRA, DRI, ABI;
- Для обучения: DTT, NET, шейпинг, чейнинг (поведенческие цепочки);
- Для структурирования: визуальное расписание, социальные истории.

Этап 5. Реализация программы и сбор данных

1. Проведение занятий:

- Чередование структурированного (за столом) и естественного обучения (в игре, быту);

- Использование подсказок и поощрений;
- Постепенное снижение поддержки.

2. Систематический сбор данных:

- Фиксация частоты, длительности, интенсивности поведения;
- Оценка прогресса по целям (в % или баллах);
- Ведение графиков динамики.

3. Супервизия:

- Регулярный анализ данных с куратором/супервизором;
- Коррекция программы при отсутствии прогресса.

Этап 6. Оценка эффективности и планирование продолжения

1. Анализ результатов:

- Достижение целей;
- Генерализация навыков;
- Снижение проблемного поведения.

2. Работа с семьёй:

- Обучение родителей ключевым процедурам (по согласованию);
- Выдача рекомендаций по продолжению работы после выписки;
- Направление к специалистам в регионе (при возможности).

3. Преимственность помощи:

- Формирование «дорожной карты» дальнейшего сопровождения;
- Передача данных новому специалисту (с согласия семьи).

Заключение

Алгоритм обеспечивает структурированный, этичный и научно обоснованный подход к работе с детьми с РАС в медицинской организации. Он учитывает как возможности системы здравоохранения, так и индивидуальные потребности ребёнка и семьи. Ключевые условия успеха — междисциплинарное взаимодействие, супервизия, вовлечение семьи и фокус на социально значимых навыках.