

Н. В. Заверико

кандидат педагогічних наук, професор,
завідувач кафедри соціальної педагогіки
Запорізького національного університету

Ю. Р. Мацкевич

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри соціальної педагогіки
Запорізького національного університету

У. В. Авраменко

аспірант кафедри соціальної педагогіки
Запорізького національного університету

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

У статті здійснено аналіз сучасних технологій соціальної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра, розкриваються особливості їх застосування в умовах інклюзивної освіти та виховання, зокрема: теорії оперантного навчання та терапії ТЕАССН (*Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children* – лікування та освіта аутистичних дітей і дітей з проблемами у спілкуванні); ігрового методу; АВА-терапії та складання АВА-програм із конкретними методиками, такими як метод навчання «Окремі блоки» або дискретне навчання (*Discrete Trial Teaching*), відпрацьовування окремих реакцій; методу «Випадкове навчання» (*Incidental Teaching*) – стимуляції спонтанної ініціативи, формування мовленнєвих навичок та інших способів комунікації; методики «Вербальна поведінка» (*Verbal Behavior*) – встановлення зв'язків між словом та його значенням для формування в дитини навичок мовленнєвої комунікації; навчання в природному середовищі – методики, що заснована на тезі «всі навички, які засвоює дитина, мають відповідати тим умовам, в яких вона їх потім буде використовувати»; методу «Головні реакції» – методики, спрямованої на підвищення мотивації; навчання саморегуляції – методики, спрямованої на розвиток самостійності та незалежності від старших, усунення небажаної поведінки та формування соціально прийнятних реакцій; методики «Відеомодельювання» – навчання бажаної поведінки, необхідних соціальних норм, гігієнічно-культурних навичок через демонстрацію відеопрезентації бажаної поведінки з участю інших дітей чи самої дитини.

Також подано загальні рекомендації щодо організації занять, особливо на перших етапах, коли дитина тільки знайомиться з педагогом і новим оточенням, незвичним приміщенням. Акцент зроблено на тому, що мотивація дітей із розладами аутистичного спектра та дітей із типовим розвитком суттєво відрізняється, саме тому важливо визначити мотиваційні важелі, включно з матеріальним заохоченням.

Ключові слова: аутизм, розлади аутистичного спектра, діти із синдромом раннього дитячого аутизму, соціальна реабілітація, ТЕАССН, АВА-терапія.

Постановка проблеми. За даними сучасних дослідників, різні форми дитячого аутизму трапляються в 4–26 випадках із 10 000, що становить 0,04–0,26% від загальної дитячої популяції. У 2015 році Центр із контролю захворюваності і профілактики США встановив, що розлади аутистичного спектра є в 1 дитини із 68, що на 30% більше, ніж аналогічний рівень два роки тому, який становив 1 із 88. Ці дані свідчать про збільшення частоти цього порушення в дітей усього світу. Така тенденція спостерігається і в Україні. Згідно з офіційною статистикою МОЗ України, захворюваність на розлади аутистичного спектра з 2009 по 2013 рік зросла на 194%. У зв'язку з цим

досить гостро стоїть питання про можливості соціалізації таких дітей, розвитку у них навичок комунікації та взаємодії з оточуючими, а також щодо соціально-педагогічної підтримки їх батьків в організації життя такої дитини.

Актуальність цієї проблеми зумовлюється не лише кількісними показниками захворюваності, а, перш за все, необхідністю реалізації права на освіту та створення умов для інклюзивного навчання дітей із розладами аутистичного спектра (далі РАС).

У 1943 році американський клініцист Лео Канер, узагальнивши спостереження паралельних випадків, вперше зробив висновок про

існування особливого клінічного синдрому з типовим порушенням психічного розвитку, назвавши його «синдром раннього дитячого аутизму». Доктор Л. Каннер не тільки описав сам синдром, але і виділив найбільш характерні риси його клінічної картини. На це дослідження спираються і сучасні критерії цього синдрому, що отримав згодом другу назву – «Синдром Канера».

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

На думку більшості науковців (О. Нікольська, О. Баєнська, М. Ліблінг, С. Морозов, R. Jordan, L. Kanner, B. Prizant, M. Rutter, H. Tager-Flusberg, A. Schuler та інші), одним із головних порушень, що перешкоджають успішній адаптації у разі дитячого аутизму, є брак комунікативних навичок, що виявляється у вигляді відставання або відсутності розмовної мови, неспроможність ініціювати чи підтримати розмову, наявність стереотипних висловлювань і низки інших специфічних особливостей.

Для нашої країни, яка з 2016 року активно втілює інклюзивну освіту, цінним є досвід закордонних фахівців, які мають десятирічні традиції продуктивного залучення дітей з аутизмом до загальноосвітнього простору.

Мета статті – розглянути основні технології соціальної реабілітації дітей з РАС та визначити основні напрями роботи соціального педагога з такими дітьми в закладах загальної освіти з інтегрованим або інклюзивним навчанням.

Виклад основного матеріалу. Соціальна реабілітація дитини з РАС може здійснюватися у різних умовах. В Україні діти з РАС частіше навчаються вдома, державна система освіти пропонує їм індивідуальне навчання. Слід зазначити, що для багатьох аутичних дітей раннього та дошкільного віку (до 6 років) саме така форма є ефективною, оскільки терапія з метою зменшення аутистичних проявів і здобуття первинних соціально-комунікативних навичок і навичок навчання з використанням традиційних сучасних методик проводиться переважно саме в домашніх умовах за участю фахівців. Але для дитини старше 6 років важливою умовою її повноцінного емоційного та комунікативного розвитку є регулярне відвідування навчального закладу [3].

Більшість реабілітаційних методик для осіб із розладами аутистичного спектра побудована на концепції біхевіоризму. Класичний біхевіоризм, біля джерел якого стояв Дж. Вотсон, визначає, що поведінка (реакції) людини перебуває у прямій залежності від подразника (стимулу) та може бути відображена у формулі S-R (стимул-реакція) [5]. Ця теорія була доповнена необіхевіористом Е. Толменом, який додав до формули перемінну «I» – психічні процеси, що залежать від індивідуальних особливостей індивіда, так формула набула вигляду «S – I – R». Ф. Скінер також зробив суттєве доповнення до класичної теорії, вклю-

чивши до діади «стимул – реакція» перемінну «підкріплення» – зовнішній чинник, що може спонукати до повторення реакції (позитивне підкріплення) чи, навпаки, накладати заборону на певні види реакцій (негативне підкріплення). Так утворилася теорія оперантного навчання, де головним чинником, що зумовлює поведінкові новоутворення, є наслідки, до яких приводять певні дії. Саме теорія оперантного навчання лежить в основі двох ключових технологій соціально-педагогічної реабілітації осіб з РАС: терапії ТЕАССН (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children – лікування та освіта аутичних дітей та дітей з проблемами у спілкуванні) та АВА-терапії (прикладний аналіз поведінки). Широку популярність у корекційній практиці також мають групова терапія, пет-терапія, музикотерапія, сенсорна інтеграція та холдінг-терапія.

Соціально-педагогічна реабілітація та навчання дітей з РАС успішно реалізується за програмою ТЕАССН [2]. Ця програма спрямована на полегшення соціально-побутової адаптації дитини з РАС шляхом організації візуальних підказок у зовнішньому середовищі, які допомагають структурувати дії та утримують дитину в ситуації завдання. Першочерговим компонентом у реалізації цієї програми є формування «робочої поведінки» – здатності дитини виконувати завдання зосереджено та не залишати своє місце без необхідності. Зорова організація за програмою ТЕАССН суттєво зменшує залежність дитини від старших і підвищує її рівень самостійності, проте варто пам'ятати, що в дитини з РАС є ризик залежності від звичної зорової візуалізації, тому дитина не зможе поводитись так само вільно і адекватно у неструктурованому середовищі.

Оперантне навчання та чітка організація навчального середовища ставлять дитину в ситуацію залежності від рівня організації середовища, а поведінка, що відпрацьовується, має ознаки механічності. Проте ця програма є однією з найефективніших для вирішення завдань соціально-побутової реабілітації дітей-аутистів. Звичайно, під час організації навчально-виховного процесу за програмою ТЕАССН варто враховувати специфіку вітчизняних реалій.

За програмою ТЕАССН, зазвичай небажана поведінка дитини усувається шляхом переключення уваги. Також для корекції деяких типів проявів небажаної поведінки аутичної дитини може бути організовано окреме місце в будинку, де вона мешкає, і де їй можна робити те, що забороняється, наприклад малювати на шпалерах лише у відведеному кутку.

Низка проблем, пов'язаних з адаптацією дитини до сімейного побуту, відмовою виконувати певні дії, нерідко спричинена її страхами.

Страх може бути зумовлений різкими звуками, неприємними відчуттями під час виконання певної діяльності, попереднім негативним досвідом або недостатньою кількістю інформації про об'єкт, що лякає. Одним із шляхів подолання цих страхів у вітчизняній практиці оперантного навчання є елементи «прихованої психодрами», де в ігровій ситуації об'єкти, що лякають дитину, виставляються або смішними, або конче необхідними для розв'язання питання [2].

Значне місце у програмі TEACCH займає просторово-часова організація занять і розпорядку дня дитини-аутиста, адже, на відміну від типових дітей, діти з РАС не можуть інтуїтивно розмежувати простір за різним призначенням. Цей компонент нерідко запозичують до інших програм реабілітації, і він може доповнювати АВА-терапію [7]. Інтер'єр у житловому приміщенні та навчально-реабілітаційних класах для дитини з РАС має бути лаконічним. Речі на полицях і стінах не мають відволікати увагу, а вирізнятися мають саме ті об'єкти, на які необхідно звернути увагу дитини. Не менш важливим є зонування простору, що дає змогу організувати індивідуальне матеріальне середовище навчання. У зв'язку з цим важливо, як будуть розташовані меблі та навчальні матеріали у приміщеннях. Увага до матеріального устаткування важлива з низки причин: вони є ресурсом для організації простору дітей з РАС; чіткі фізичні кордони допомагають аутичній дитині усвідомити початок і кінець простору чи середовища; правильна організація простору мінімізує візуальні та аудіальні фактори, що можуть стати відволікаючим чинником.

Ступінь структурування простору має залежати не від когнітивних здібностей дитини, а від її здатності до самоконтролю. У міру підвищення самостійності дитини можливо знижувати рівень структурованості простору.

Структурувати простір необхідно не лише в навчальному приміщенні, а в максимальній кількості місць, де дитина з РАС проводить свій час, включно зі спальнею, ігровим майданчиком і приміщенням для збереження речей. Завдяки оптимальному зонуванню дитина сприймає кожну зону, де вона починається та закінчується.

Дуже активно в соціально-педагогічній реабілітації дітей з РАС застосовується ігровий метод, що базується на психолого-педагогічних уявленнях про розвиток ігрової діяльності дітей за здорового онтогенезу. Суть методу полягає в тому, щоб провести дитину з РАС через всі етапи розвитку ігрової діяльності, допомагати та підтримувати в процесі ігрової діяльності, стимулювати перехід на новий рівень.

АВА-терапія (Applied Behavioral Analysis), також відома як метод Ловааса (розробив Ivar Lovaas) – це система реабілітаційних заходів для осіб із роз-

ладами аутистичного спектра, основною ідеєю яких є те, що соціальні поведінкові навички через систему заохочень і наслідків можуть бути прищеплені навіть дітям із важкою формою аутизму [7]. Терапевтичні впливи за цією програмою здійснює АВА-терапевт – особа, що пройшла спеціальні курси та тренінги з АВА-терапії. В реабілітаційній діяльності АВА-терапевт має спиратись на базові принципи прикладного аналізу поведінки (АВА), вміти оцінювати власну професійну діяльність і наслідки, які вона може спричинити. У разі, коли спеціаліст не знає, як вчинити в тій чи іншій ситуації, він має отримати консультацію супервізора та узгодити з ним свою діяльність.

АВА-програми соціально-педагогічної реабілітації складаються індивідуально для кожної дитини. Тривалість програми – 1 місяць. У процесі виконання програми фахівець має вести записи, проводити моніторинг ефективності впливів і правильно використовувати поведінкову методологію та відповідні методи:

Метод навчання «Окремі блоки» або дискретне навчання – Discrete Trial Teaching, що засновується на інтенсивній практиці окремих реакцій. У процесі виконання такого навчання для закріплення потрібної реакції спеціаліст використовує декілька (зазвичай 5 або більше) навчальних блоків, які повторюються разом із дитиною задля досягнення прогресу. Цей метод передбачає надання чітких конкретних інструкцій, заохочень і використання підказок: наочність, жести, фізична допомога.

Метод «Випадкове навчання» – Incidental Teaching, що використовується для стимулювання спонтанної ініціативи та формування мовленнєвих комунікативних навичок. Під час використання цього методу терапевт у природних умовах для дитини створює такі ситуації, щоб викликати у неї мотивацію до одержання певного стимулу, і, коли дитина проявляє потрібну реакцію, фахівець вимагає більш складної мовленнєвої реакції [2].

Методика «Вербальна поведінка» – Verbal Behavior (VB): головна мета цієї методики – сформувати в дитини навичку мовленнєвої комунікації шляхом утворення зв'язків між словами та їх значеннями, ця мета може досягатися через різні вправи, такі як «Скажи-повтори», «Покажи де?», «Попроси».

Навчання в природному середовищі – методика, близька до методики випадкового навчання. Вона заснована на позиції, що всі навички, які засвоює дитина, мають відповідати тим умовам і тому реальному навколишньому середовищу, в якому вони будуть використовуватися. Також цей метод допомагає узагальнити засвоєні навички для різноманітних життєвих ситуацій.

Головні реакції – ця методика спрямована на посилення мотивації. Зазвичай у ній використову-

ють завдання на вибір і чергування. Кожна спроба дитини має заохочуватись, причому заохочення може використовуватись і як стимульний матеріал, наприклад, у форматі вправи «Вибери винагороду», де після успішного виконання завдання дитині пропонують два види її улюблених ласощів, і їй необхідно вибрати один і назвати його, щоб одержати [4].

Навчання саморегуляції спрямоване на те, щоб дитина змогла навчитися виконувати дії самостійно та бути більш незалежною від батьків. Ця методика базується на тому, що дитину поступово навчають реагувати на множину стимулів, які діють на неї в єдиний момент часу, так у дитини усувають небажану поведінку та формують соціально прийнятні реакції.

Відеомодельовання – цей метод дає змогу навчити бажаної поведінки, необхідних соціальних норм, гігієнічно-культурних навичок, демонструючи дитині декілька разів відеопрезентацію бажаної поведінки. Також можливо знімати відео успішного виконання завдань і використовувати відеопоказ цього матеріалу як заохочення, якщо дитину приваблює спостереження за собою на екрані. Проте важливо не показувати дитині відео з небажаними реакціями, супроводжуючи показ негативним підкріпленням, адже для багатьох дітей перегляд відеоматеріалу вже є позитивним підкріпленням, і, замість усунення негативної поведінки, це призведе до її закріплення.

Крім цих основних методів, до програми АВА можуть бути включені такі додаткові методи, як логопедичний масаж, навчання способів альтернативної комунікації PECS, різноманітні методи розвитку моторних навичок та інші [8].

Важливим компонентом АВА-програми є корекція небажаної поведінки дитини з РАС. Така корекція здійснюється лише на основі «функціональної оцінки поведінки» – діагностичного компонента, що дає змогу зрозуміти причини появи небажаної поведінки та факторів, які впливають на неї. АВА-терапевт має визначити, яку функцію для дитини виконує небажана поведінка та які способи корекції будуть найбільш ефективними в цьому випадку: «проактивні» чи «реактивні» [6]. Проактивні методи корекції поведінки навчають дитину соціально прийнятних форм поведінки, які можуть замінити небажану поведінку та стати альтернативною реакцією. Цей тип корекції зазвичай використовується як превентивний захід. Реактивні методи корекції поведінки засновані на покараннях або способах «гасіння» поведінки, їх основна мета – знизити частоту небажаної поведінки в майбутньому.

Важливим складником сучасної АВА-терапії є метод аналізу вербальної поведінки (Verbal Behavior, VB) – це серія навчальних технік, заснованих на прикладному аналізі поведінки, спрямо-

ваних на засвоєння дітьми-аутистами мовленнєвих навичок [7].

Метою якісної АВА/ВВ-програми є виявлення природних бажань дитини з РАС та використання їх у процесі навчання. Для цього складають список мотиваційних умов – улюблених занять, бажаних предметів і ласощів для дитини, додаючи до вже відомих нові, більш прийнятні предмети та заняття, ми можемо зробити їх більш бажаними для дитини, а менш прийнятні зробити менш важливими в очах дитини, щоб перемістити їх у кінець цього списку.

Як будь-яка технологія соціально-педагогічної корекції та реабілітації, АВА-терапія має свої сильні та слабкі сторони, які важливо враховувати під час організації корекційного процесу та створенні програми реабілітації. Тому докладніше розглянемо плюси та мінуси цього підходу.

Головною перевагою АВА-терапії є її висока ефективність. Навчання реалізується не просто через відтворення бажаної поведінки – професійний терапевт у змозі навчити дитину переносити отриманий досвід з однієї ситуації на іншу. Значною перевагою програм АВА є безпосередня та активна участь батьків у реалізації корекційних впливів. Ще однією перевагою є те, що позитивні очевидні результати з'являються досить швидко та мають довготривалий ефект за умови правильного закріплення результатів. Із загальної кількості тих дітей, що займалися за АВА-програмою, майже 90% отримали позитивні зрушення в поведінці, у них знизились або зникли зовсім небажані стереотипні дії. Програма спрямована на поступову та послідовну соціалізацію дитини та її різнобічний розвиток (засвоєння понять навколишнього середовища, розвиток побутових, культурно-гігієнічних навичок і навичок самообслуговування) та має високий рівень комплексності. Сильним компонентом технології є методика розвитку мовлення, яка дає змогу допомогти опанувати мовлення тим дітям, з якими пізно розпочали корекційну роботу (у віці 5–6 років). Відомі випадки, коли ця методика допомогла вивести дитину з неадекватного стану. АВА-терапія добре поєднується з іншими методиками та технологіями, такими як ТЕАССН, музикотерапія тощо. Методику можливо використовувати лише як елемент іншої програми, наприклад тільки для формування мовлення [7].

Недоліками методики є високе навантаження на батьків, довга тривалість часу, неможливість відступів від технології в процесі реалізації, вимога високого рівня дисциплінованості від виконавців: жодне покарання чи заохочення не може бути пропущено, система відпрацювання навички не має порушуватись. Усі інструкції мають повторюватись буквально слово в слово кожним із тих, хто реалізує навчання. В програмі не бажані перерви та послаблення інтенсивності. В певні

моменти процес тренування дитини починає асоціюватись у батьків із дресурою, і це лякає їх. У разі надмірної прив'язаності до матері на ранніх етапах ця методика не може бути використана (краще звернутися до Денверської моделі раннього втручання, що має багато спільного з класичною АВА-терапією, проте адаптована для дітей раннього віку) [1]. Реалізація програми не можлива без повної довіри до терапевта з боку батьків дитини. Заняття проводяться навіть у разі, якщо дитина хворіє (спрощення та повторення пройденого), але у разі якщо заняття пропущені, відбувається повернення до попереднього рівня. Терапевт має весь час консультуватись із супервізором, особливо у разі складнощів. Систему не можна використовувати для деструктивних сімей.

Крім зазначених недоліків, під час терапевтичного процесу може також виникати низка труднощів, пов'язаних з особливостями аутичних дітей. Мотивація аутистів і дітей із типовим розвитком суттєво відрізняється. Тому першочерговим завданням є виявлення того, що приваблює дитину, які у неї прагнення та бажання, що може зацікавити та мотивувати. Вербальне заохочення малоефективне, тому зазвичай разом із ним використовують і матеріальне заохочення (ласощі, іграшки). Ще однією особливістю дітей із РАС є недостатній рівень концентрації уваги, тому перші заняття проводять у повній тиші та розділяють їх на декілька невеликих часових проміжків. Повільність навчання компенсують багаторазовими повтореннями. Для спілкування та пояснення використовують максимально прості фрази. Коло оточуючих дитину осіб на занятті збільшують, але дуже поступово. Метод спостереження малоефективний для дітей з РДА, тому замість нього використовують метод імітації. Процесу навчання нерідко заважає самостимуляція дитини (розгойдування, плескання в долоні тощо), тому такі прояви поведінки терапевти намагаються гасити та припиняти. Аутичним дітям важко розрізнити суттєвість стимулу, їх реакція може бути надмірною або, навпаки, не досить вираженою [7].

Зважаючи на широке розмаїття методів і високий рівень їх гнучкості, можливості використання елементів інших методів під час проведення корекційної роботи з дитиною, що має РАС, робимо висновок, що під час побудови індивідуальної реабілітаційної програми буде доцільно використовувати елементи різних технологій:

елементи сенсорної інтеграції та фізичні вправи для зменшення фізіологічних факторів, розвитку загальної моторики та почуття рівноваги; елементи ТЕАСНН-терапії для створення комфортного середовища, зниження рівня стресу на перших етапах занять; елементи музичної терапії – у разі, якщо в дитини не буде яскраво виражених негативних реакцій на цей вид діяльності; провідним же блоком індивідуальної програми розвитку буде АВА-терапія, адже вона дуже структурована, послідовна, зручна для моніторингу та має підтверджену ефективність. Побудова корекційної та реабілітаційної програми має враховувати індивідуальні особливості дитини РАС та концентруватися на її сильних сторонах.

Список використаної літератури:

1. Денверська модель раннього втручання. The Early Start Denver Model (ESDM). URL: <https://www.autismspeaks.org/what-autism/treatment/early-start-denver-model-esdm>.
2. Зюммала Р. Обучение и сопровождение детей с аутизмом по программе ТЕАСНН. / пер. с немец.: А. Ладисов, О. Игольников. Москва : Смысл, 2001. 63 с.
3. Никольская О.С. Аутичный ребенок. Пути помощи. 3-е изд. Москва : Теревинф, 2005. С. 150–205.
4. Скрипник Т.В. Комплексна програма розвитку дітей з аутизмом (на допомогу фахівцям) : науково-методичний посібник. Київ : Імекс-ЛТД, 2013. 54 с.
5. Уотсон Дж. Поведение как предмет психологии (бихевиоризм и необихевиоризм) : хрестоматия по истории психологи / под. ред. П.Я. Гальперина, А.Н. Ждан. Москва : Изд-во МГУ, 1980. С. 34–44.
6. Хаустов А.В. Практичні рекомендації щодо формування навичок соціальної гри у дітей з розладами аутистичного спектра. *Практика управління ДООУ*. 2013. № 1. С. 41–47.
7. Шрамм Р. Детский аутизм и АВА: АВА: терапия, основанная на методах прикладного анализа поведения / пер. с англ. З. Измайловой-Камар; науч. ред. С. Анисимова. Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2013. 208 с.
8. Янушко Е.А. Использование метода совместного рисования в работе с аутичным ребенком. *Воспитание и обучение детей с нарушениями в развитии*. 2005. № 1. С. 70.

Zaveryko N., Matskevych Yu., Avramenko U. Modern technologies of social and pedagogical rehabilitation of children with autistic disorder

In this article we analyzed modern technologies of social rehabilitation of children with autism spectrum disorder, described features of using them in education and inclusive education context, such features like: Operant conditioning, TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children), Educational entertainment, ABA therapy and forming ABA programs with specific technique such as education technique Discrete Trial Teaching, training of specific reactions, Incidental Teaching technique –

stimulating unprompted initiative, forming of verbal habits and others ways of communication; Verbal Behavior method – forming connections between a term and its definition to build a habit of verbal communication for child; education in natural environment – this is a method that described on thesis (all habits that children absorb have to conform to conditions in which children will use them). General reactions method – a method that aimed to increase motivation; Reliability – a method that aimed at the development of independence and self-sufficiency from adults, release from misbehaving and forming socially acceptable reactions. The video modeling method is aimed at forming wishful behave, necessary social norms, hygiene-cultural habits; all these possible showing videos of wishful behavior with other children or the autistic child.

So there are added general recommendations about the organization of exercises, especially on the first steps when an autistic child meets the teacher, a new environment and different premises. The accent is made on motivation that differs between children with autism spectrum disorder and children with typical personal development. So that is so important to spot motivational leverages including stimulation with candies and other material other material reward.

Key words: *autism, autism spectrum disorder, Autism Spectrum Disorders in Young Children, social rehabilitation, Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children, Applied Behavior Analysis therapy.*