

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
РГП НА ПХВ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

**АБЕТОВА А.А., ЕСИМОВ Н.Б., ВИХНОВСКАЯ М.В.,
ИЗМАЙЛОВА Н.Т., ЧЕРЧЕНКО Н.Н., ЕСИМОВА А.Д.**

**ПРИЗНАКИ РАССТРОЙСТВ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ**

**(Методические рекомендации
для родителей / иных законных представителей)**

Алматы, 2025

УДК 616.89:340(035)

Рецензенты:

Жусупова Э.Т. – к.м.н., старший научный сотрудник РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК.

Калиева Ж.Д. – ассоциированный профессор (без ученого звания), доцент кафедры психиатрии и наркологии имени И.Г. Зальцмана, НАО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова».

Разработчики:

Абетова А.А. – к.м.н., руководитель отдела менеджмента и образования РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК; электронный адрес: aigul-abetova@mail.ru; контактный телефон: 8(777)7427863.

Есимов Н.Б. – PhD, заместитель генерального директора по клинической и научной работе РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК; электронный адрес: n.yessimov@mentalcenter.kz; контактный телефон: 8(702)2962888.

Вихновская М.В. - заведующая отделением детской и подростковой психиатрии РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК, главный внештатный детский психиатр МЗ РК; электронный адрес: vikhnovskaya@mail.ru; контактный телефон: 8(701)4068300.

Измаилова Н.Т. – д.м.н., проф., академический профессор АО «Caspian University»; электронный адрес: n.yessimov@mentalcenter.kz; контактный телефон: 8(701)5569328.

Черченко Н.Н. – психиатр, докторант, Казахстанский Медицинский Университет "ВШОЗ"; электронный адрес: nadezhdacherchenko@gmail.com; контактный телефон: 8(778)2588502.

Есимова А.Д. – магистрант, Казахский национальный университет им. Аль-Фараби; электронный адрес: aleka.06@mail.ru; контактный телефон: 8(701)4111699.

Признаки расстройств аутистического спектра: Методические рекомендации / Абетова А.А., Есимов Н.Б., Вихновская М.В., Измаилова Н.Т., Черченко Н.Н., Есимова А.Д.// Алматы, РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК, 2025. – 36 с.

Настоящие методические рекомендации предназначены для повышения уровня информированности родителей (иных законных представителей), воспитывающих особенных детей, о признаках расстройств аутистического спектра.

*Утверждено: на заседании методического совета № 1 РГП на ПХВ
«Республиканский научно-практический центр психического здоровья» от
05.02.2025г.*

© Абетова А.А., Есимов Н.Б., Вихновская М.В., Измаилова Н.Т., Черченко Н.Н.,
Есимова А.Д.

Содержание

Содержание	4
Перечень сокращений, условных обозначений, символов	5
ВВЕДЕНИЕ	6
Историческая справка в хронологическом аспекте.....	6
ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.....	7
Развитие ребенка в норме	7
Что такое аутизм.....	9
Причины аутизма.....	9
Коды по МКБ-10.....	10
Общие признаки аутизма у детей	111
На что обратить внимание родителям на первом году жизни ребенка	211
Родителей должно насторожить, если ребенок до 18 месяцев.....	222
На что обратить внимание в детском саду?	222
О чем сообщают дети с аутизмом при самоповреждающем поведении и какие возможные факторы со стороны состояния здоровья	222
Как проявляются общие расстройства развития согласно международной классификацией болезней 10-го пересмотра	233
Симптомы РАС по степени тяжести.....	288
Что делать, если вы заметили признаки?	288
Как диагностируются заболевания или состояния.....	29
Что делать, если установлен диагноз	300
Какие виды и методы оказания медицинской помощи применяются.....	300
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	355
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	366

Перечень сокращений, условных обозначений, символов

МЗ РК	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МКБ-10	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ООН	Организация объединенных наций
РАС	Расстройства аутистического спектра
СДВГ	Синдром дефицита внимания и гиперактивности

Определение группы заболеваний или состояний

Расстройства аутистического спектра (далее - РАС) – гетерогенная группа нарушений нейроразвития, включающих различные нозологические дефиниции (синдромы Каннера и Аспергера, высокофункциональный аутизм, инфантильный психоз, атипичный детский психоз, детское дезинтегративное расстройство, а также множество хромосомных и генетических синдромов), характеризующихся триадой нарушений: качественные нарушения социального взаимодействия, общения, стереотипное поведение и неспецифические проблемы.

ВВЕДЕНИЕ

Историческая справка в хронологическом аспекте

Швейцарский психиатр Эйген Блейлер (Eugen Bleuler, 1911 г.) предложил термин «аутизм», обозначив уход человека в мир фантазий. В последующем, учеными описаны различные варианты этого состояния.

Так, советский психиатр Г.Е. Сухарева (1926 г.) описывала «странное поведение, не похожее на шизофрению, наличие высокоинтеллектуального потенциала и слабость социального взаимодействия», назвав это состояние как «шизоидная психопатия».

Американский психиатр Лео Каннер (Leo Kanner, 1943 г.) отмечал «сочетание аутизма, навязчивостей, стереотипий и эхололий» и провел «связь с некоторыми основными шизофреническими симптомами». В дальнейшем эти расстройства названы «Синдромом Каннера».

Ганс Аспергер (Hans Asperger, 1944 г.) наблюдал детей, которые были высокоинтеллектуальные, вместе с тем, социально изолированные, имели особые и навязчивые интересы и слабые моторные навыки, дав название «аутистическая психопатия», а Лорной Уинг (Lorna Wing, 1981 г.) эти расстройства названы «Синдромом Аспегера».

Майкл Раттер (M. Rutter во главе рабочей группы ВОЗ, 1968 г.) постарался разделить детский аутизм и детскую шизофрению.

Бернард Римленд (Bernard Rimland, 1969 г.) основал организацию, которая в настоящее время называется Autism Society of America, которой в последующем теория «холодных матерей» была полностью опровергнута, а в 1977 году новое исследование доказало, что генетический фактор сильно влияет на причину возникновения аутизма.

В 80-е годы XX столетия Лорна Уинг (L. Wing) вводит понятие «**аутистический спектр**» заболеваний, сопровождающихся нарушением общения, социального взаимодействия, социального понимания и воображения. В аутистический континуум она включила генетически и клинически разнородные психические расстройства, объединенные признаком нарушенного социального взаимодействия.

В современных классификациях Расстройства аутистического спектра (далее – РАС) отнесены к рубрике F84 «Общие расстройства психологического (психического) развития» и не имеют возрастных ограничений.

Актуальным остается дифференциальный диагноз расстройств аутистического спектра и психозов в детстве, а именно инфантильного психоза, атипичного детского психоза и детской шизофрении.

Настоящие методические рекомендации предназначены для повышения уровня информированности родителей (иных законных представителей) о признаках расстройств аутистического спектра у детей. В данных методических рекомендациях расскажем об этой теме обиходными словами.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Развитие ребенка в норме

Психическое развитие протекает не равномерно, поступательно, а поэтапно и скачкообразно. Отдельные этапы разграничены временными рамками, когда происходят наиболее бурные, качественные изменения в психике. Эти периоды получили название возрастных кризов. Различают 1 (2-4 г), 2 (6-8 лет) детские возрастные кризы и подростковый (12-18 лет) криз. В эти периоды в связи с нарушением физиологического и психологического равновесия часто возникают различные психопатологические симптомы, т.е. нарушения психического развития. Эти нарушения могут быть вызваны, как биологическими, так и средовыми факторами или их сочетаниями.

Как развивается ребёнок в норме

1. Новорожденность (0–1 месяц)

- Развитие рефлексов (сосательный, хватательный).
- Реакция на громкие звуки, свет, прикосновения.
- Начало фокусировки взгляда на лице взрослого.

2. Грудной возраст (1 месяц – 1 год)

- 2–3 месяца: улыбка, гуление, удержание головы.
- 4–6 месяцев: перевороты, хватание предметов, эмоциональная реакция на близких.
- 7–9 месяцев: ползание, лепет, попытки сесть.
- 10–12 месяцев: первые слова, ходьба с поддержкой, развитие предметно-манипулятивной деятельности.

3. Ранний возраст (1–3 года)

- 1–1,5 года: самостоятельная ходьба, понимание речи, активное использование жестов.
- 2 года: фразовая речь, подражание взрослым, начало самостоятельности.
- 3 года: сюжеты в игре, выражение эмоций словами, стремление к независимости.

4. Дошкольный возраст (3–6 лет)

- Активное развитие воображения и ролевой игры.
- Развитие связной речи, формирование логики, причинно-следственных связей.

- Развитие моторики (рисование, застегивание пуговиц).

- Освоение социальных норм, дружба.

5. Младший школьный возраст (6–12 лет)

- Формирование учебных навыков (чтение, письмо, математика).
- Развитие памяти, внимания, усидчивости.
- Понимание правил и норм поведения, развитие моральных принципов.
- Начало групповой идентичности, важность дружбы.

6. Подростковый возраст (12–18 лет)

- Формирование абстрактного мышления.
- Активное физическое развитие, половое созревание.

- Поиск самоидентификации, влияние сверстников.
- Развитие самоконтроля, эмоциональной зрелости.

Как проявляется нормальное развитие привязанности

1. Неразборчивая реакция на людей отмечается от рождения до 3 месяцев.

В течение первых трёх недель ребёнок улыбается с закрытыми глазами.

С 4-ой недели улыбается при звуке голоса.

С 5-6 недель улыбается при появлении лица.

Помнить: Улыбка малыша и ответная улыбка матери или другого лица способствует взаимному проявлению любви и повышают вероятность того, что ребёнок будет здоровым и жизнеспособным.

2. Фокусирование внимание на знакомых людях проявляется от 3 до 6 месяцев.

В 4-5 месяцев младенцы гуляют и лепечут только в присутствии знакомых.

Хватаются за части тела матери или близких.

Социальные реакции становятся более избирательными, начинают отличать близкого от чужих.

3. Интенсивная привязанность и активный поиск близости – от 6 месяцев до 3 лет.

С 6 месяцев сужают свои реакции на знакомые лица и отдают предпочтение двум или трём лицам.

Младенец громко плачет, когда мать покидает комнату, когда мать возвращается – тянется к ней.

С 7-8 месяцев появляется боязнь незнакомцев.

Когда ребёнок начинает ползать, ходить, он периодически следит за присутствием матери.

До 2-3 лет ребёнок неохотно отпускает мать от себя.

4. Партнёрское поведение – от 3 лет до окончания детства.

Ребенок тянется к сверстникам и умеет вести совместную игру.

Какие признаки являются поводом к обращению специалисту

Если ребенок обнаруживает следующие признаки:

к 2 месяцам – не улыбается;

к 3 месяцам - не реагирует на присутствие матери;

к 6 месяцам - не поворачивает голову в сторону движущегося предмета;

к 8 месяцам – не различает «чужих» и «близких»;

к 9 месяцам - не проявляет интереса при попытке играть с ним в прятки;

к 1 году – не ищет спрятанный предмет;

к 1,5 годам - не интересуется причинно- следственными играми;

к 2 годам - не разделяет объекты на категории (кукла, машина – игрушки; груша, яблоко - еда);

к 3 годам - не знает своего полного имени;

к 4 годам - не может определить какая из двух линий короче;

к 4,5 годам – не умеет последовательно считать до пяти;

к 5 годам – не может запомнить названия основных цветов (красный, желтый, синий, зеленый);

к 5,5 годам – не может запомнить даты своего рождения, домашнего адреса, телефона.

Что такое аутизм?

Аутизм – это состояние, при котором ребёнку сложно общаться с окружающими, понимать эмоции других людей и адаптироваться к изменениям. Предшествующего периода нормального развития обычно нет, но даже если есть, то аномалии выявляются в возрасте до 3 лет.

Аутизм как симптом может встречаться при следующих состояниях:

Туберезном склерозе

Фенилкетонурии

Мукополисахаридозе

Тугоухости 3-4 степени

Слепоте, миопии высокой степени

Детских спазмах

Врожденной краснухе

Причины аутизма

Причины РАС точно не известны, предполагаются мультифакторные причины заболевания: биологические (генетические, дизнейроонтогенетические, нейрохимические, иммунологические), психосоциальные.

Генетическая основа - наследуется предрасположенность к болезни, то есть, болезнь не передается напрямую. На ее развитие могут оказать влияние неблагоприятные средовые факторы, такие как:

- травма,
- инфекция или постинфекционное состояние матери во время беременности,
- родовая травма,
- первичное нарушение обмена веществ,
- некоторые лекарственные средства (типа талидомида),
- промышленные токсины,
- курение матери в период беременности и др.

Особенно опасными в плане воздействия повреждающих факторов являются критические периоды развития ребенка, когда происходят значительные структурно-функциональные перестройки.

Аутоиммунные теории возникновения РАС рассматривают иммунный воспалительный процесс в качестве одного из звеньев патогенеза. Показано, что повреждение мозга плода циркулирующими специфическими материнскими антителами лежит в основе многих врожденных нарушений развития, в том числе аутизма. Выявлен высокий уровень аутоантител к нейроантигенам

преимущественно у пациентов с наиболее тяжелыми формами РАС в стадии обострения заболевания, сопровождающимися психотическими реакциями.

«Аффективная» и «когнитивная» гипотезы. Эти гипотезы рассматривают аутизм как следствие нарушений когнитивных процессов и эмоциональной сферы.

«Аффективная» гипотеза была предложена R. Hobson, который разделял представление L. Kanner о врожденном нарушении эмоциональных контактов – «первичном дефиците аффективности».

«Когнитивная» гипотеза, наоборот, в последнее время развивается, касаясь в основном таких сфер РАС, как нарушения социализации и коммуникации. Работа системы зеркальных нейронов нарушена у людей с аутизмом, и это может влиять на их способность моделировать восприятие других индивидуумов.

Способность увидеть мир с точки зрения другого человека обозначают в литературе термином «theory of mind» — «модель психического состояния», или «понимание чужого сознания». Дети с аутизмом часто неправильно понимают желания и поведение окружающих, относятся к ним как к неодушевленным предметам. Они пребывают в растерянности в тех ситуациях, когда необходимо догадываться о намерениях, знаниях и эмоциях других. Снижена эмоциональная отзывчивость или эмпатия.

Гипотеза зеркальных нейронов позволяет объяснять с сугубо естественно-научной точки зрения такие явления социальной жизни, как подражание, эмпатия, понимание чужого сознания, и вскрывает нейрофизиологические механизмы такого серьезного заболевания, как аутизм.

Как часто встречается аутизм

На 1 января 2025 года контингент больных, состоящих на динамическом наблюдении с РАС по Республике Казахстан составил 12249 детей и 205 взрослых, что на 37,7% больше детей и на 166,2% больше взрослых в сравнении с аналогичным периодом прошлого года (на 1 января 2024 года – 8894 детей и 77 взрослых).

Количество лиц, впервые признанных, страдающими РАС, составил 3225 детей и 6 взрослых, что говорит о росте заболеваемости у детей на 39,1% в сравнении с прошлым годом (на 1 января 2024 года – 2318 детей).

Эта тенденция к росту показателей распространенности не может быть напрямую объяснена увеличением заболеваемости или «эпидемией аутизма».

Показатели возросли отчасти из-за изменившихся диагностических подходов и появления новых нозологических классификаций.

Справочно для сравнения: для Европы медианный показатель составляет 61,9 на 10 000, а для США – 65,5 на 10 000.

Коды по Международной классификации болезней 10 пересмотра

Для диагностики РАС используется термин «Общие расстройства психологического развития» и имеет уточнения:

- F84.0 Детский аутизм
- F84.1 Атипичный аутизм
- F84.2 Синдром Ретта
- F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста
- F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями
- F84.5 Синдром Аспергера
- F84.8 Другие общие расстройства развития
- F84.9 Общее расстройство развития, неуточненное.

Общие признаки аутизма у детей

1. Нарушения социальных контактов и взаимодействия с окружающими

- ✓ Ребенок практически не просится на руки, ему более комфортно лежать в кроватке.
- ✓ Ребенок не принимает физиологическую позу при кормлении грудью.
- ✓ Часто дети не реагируют на дискомфорт, например, на полный памперс; не плачут и не привлекают к себе внимания.
- ✓ Ребенок малоподвижен, не такой оживленный, как сверстники.



Может не проявлять интерес к играм других детей



Может не проявлять интереса к игре в прятки и к другим играм, основанным на взаимодействии с другими людьми

- ✓ Ребенок не реагирует на новые игрушки, звуки, может долго смотреть в одну точку.
- ✓ Ребенок не откликается на своё имя.
- ✓ При попытках взрослых или других детей вступить с ребенком в контакт он либо убирает ручки или уходит в сторону, либо агрессивно реагирует, может что-то бросить, заплакать.



Часто бывает сложно **привлечь его внимание** к игрушкам или книгам



Ребенок может **не замечать**, дома родители или на работе, ушли куда-то или вернулись домой



Может явно и отчаянно сопротивляться объятиям, поцелуям и не давать брать себя на руки ни родителям, ни другим людям



Может **расстраиваться**, когда взрослый пытается включиться в его игры и поддерживать их

✓ Ребенок бросает игрушку, а не даёт в руки, чтобы избежать контакта.

✓ По мере взросления ребенок может углубляться в свой внутренний мир; он не умеет и не желает общаться с членами семьи, редко обращается за помощью, рано начинает пытаться самостоятельно себя обслуживать, не пользуется словом «дай», ему проще взять самому или добиться своего скандалом.



Может иногда **казаться глухим**, не вздрагивать и не оборачиваться на громкие звуки, но в другое время реагировать на обычные или слабые звуковые раздражители



Ребенок может не переносить прикосновения к коже (сопротивляться раздеванию или мытью)



Может не переносить прикосновения к голове и волосам, которые неизбежны при стрижке и мытье волос



Может не переносить обычные **домашние запахи**, особенно бытовой химии



Может не переносить музыку

- ✓ Отсутствует зрительный контакт, ребенок не фиксирует взгляд на предметах, игрушках.



Не реагирует на свое имя



Избегают контакта
«глаза-в-глаза»

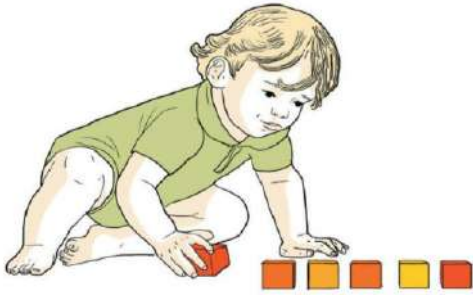
2. Ограниченные интересы и особенности игры

- ✓ Ребенок выбирает одну игрушку и играет только с ней в течение продолжительного времени. Может выбрать в качестве игрушки то, что для игры не предназначено – верёвочки, тряпочки и т.п.



Может не играть с игрушками обычным способом, но крайне интересоваться какой-то частью игрушки (например, любит крутить колесо у машинки)

- ✓ Стереотипный характер игры: расставление игрушек в одном порядке, игра с определенным количеством игрушек, и если одна теряется, может случиться скандал.



Расстановка игрушек в ряд; создание ряда самоценно, никакого сюжета не прослеживается

- ✓ Ещё один пример – девочка может не играть с куклами, как остальные - не переодевать, не укладывать спать, а просто носить её с собой, максимум – гладить.
- ✓ Игры, требующие фантазии и воображения, редко увлекают детей-аутистов.
- ✓ Часто дети предпочитают более спокойные игры (например, пазлы, конструкторы).
- ✓ Склонность к повторяющимся действиям, так называемая стереотипия
- ✓ Раскачивание всего тела с ноги на ногу, стереотипный поворот головой, стереотипный зажим плечами.



Может сидеть в кроватке один и **громко, монотонно кричать**, вместо того чтобы позвать маму

- ✓ Дети постоянно повторяют слова, штампы, клише фраз, которые услышали от взрослых или по телевизору без осознания их смысла.



Автоматически повторяют слова, не обращенные к другим (эхолалии)

✓ Стереотипные игры – включение/выключение света, переливание воды из стакана в стакан, пересыпание песка, круп. Ребенка тяжело переключить с этого занятия.

Часто многократно **взмахивает руками**

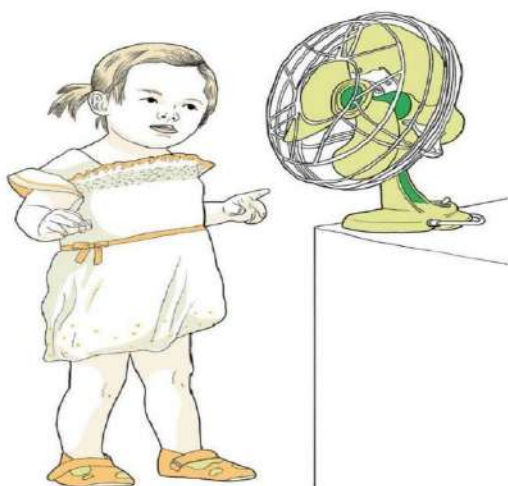


Ребенок **может часто кружиться** вокруг своей оси

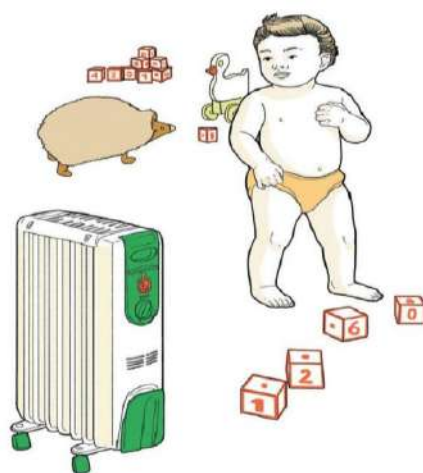
✓ Ребенок знакомится с окружающим миром не через взаимодействие с окружающими, а самостоятельно. Он может облизывать, нюхать предметы.



Может вращать предметы, поднося их очень близко к лицу



Разглядывание предметов (лопастей вентилятора, кондиционеров). У наблюдателя возникает ощущение, что ребенок **«прилип взглядом»** и не может оторваться



Может не проявлять интереса к игрушкам и восхищаться обычными предметами, например, обогревателем

✓ Одежда: ребенок выбирает определенные вещи и носит только их, для него может быть важна последовательность одевания и раздевания.



Может **отказываться переодеваться** или вообще надевать любую одежду, кроме нескольких определенных вещей

✓ Пищевое поведение: ребенок избирателен в еде, выбирает только определенный ряд продуктов. В самых тяжелых случаях это может быть полный отказ от еды. В легких случаях – ритуалы: употребляет еду в определенном порядке, в определенные часы. Выбирает блюда не по вкусу, а по форме, по цвету. Часто, например, ребёнок ест только макароны определенной формы.



Может упорно пытаться **есть несъедобные предметы:** одежду, простыню, матрас, шторы



Может демонстрировать неприятие **всего нового или редкого,** например, свечей на именинном пироге или шариков



Чрезвычайно ограниченный набор продуктов, которые ребенок согласен есть, и/или повышенная чувствительность к вкусу пищи



У ребенка **часто бывает понос.** В стуле имеется непереваренная пища. Ребенок **часто страдает запорами**

✓ Дети с РАС могут демонстрировать отличные результаты в математике, рисовании, музыке, но сильно отставать по другим предметам. Некоторые пациенты имеют низкие интеллектуальные способности.

✓ Аутоагрессия встречается у 1/3 детей с аутизмом. Агрессия – одна из основных форм реагирования на происходящее, а так как дети не склонны общаться с окружающими, они проявляют эту агрессию по отношению к себе (могут бить себя, кусать, биться головой о кровать).



Может вырывать у себя волосы
ключьями



Может сильно стучать головой
о твердую поверхность (пол, стены)



Царапать и отдиравать кожу
и раневые поверхности (корочки)



Может кусать себя.

✓ Очень часто у таких детей отсутствует «чувство края». Это может наблюдаться еще в раннем детстве, когда ребенок свешивается с бортика кровати, пытается вылезти из коляски – у ребенка нет страха.

✓ Может убежать от родителей далеко, не оглядываясь. Если родители специально прячутся, чтобы проверить реакцию, этой реакции часто нет.



Не улыбается в ответ на улыбку

✓ Может залезть на детской площадке на горку, которая ему не по возрасту.

✓ Что особенно опасно, дети могут выбежать на проезжую часть, залезть на подоконник с открытым окном.



Может отказываться
от ремней безопасности
в детском кресле машины

✓ Нарушения речи встречаются при всех формах аутизма. Речь может развиваться с задержкой или не развиваться совсем. Также на начальных этапах развития речь может появиться раньше, чем у сверстников, но в 1,5-2 года наблюдается регресс – ребенок перестает говорить с окружающими, но при этом может полноценно говорить сам с собой.

✓ Своеобразная интонация с преобладанием высоких тонов в конце предложения, либо так называемая «птичья речь» или свой язык, когда ребенок разговаривает сам с собой «под нос».

✓ Часто дети не разговаривают с окружающими, но в игре речь присутствует. Причина – нежелание взаимодействовать с окружающим миром.

✓ С задержками речевого развития можно обратиться к логопеду-дефектологу. Если дефектолог заподозрит аутистические нарушения, он направляет к психиатру. Главное – обратиться к специалисту, а не быть наедине с этой проблемой и не ждать, что к трем годам всё нормализуется. Лучше сразу исключить недуг.

✓ Нарушения моторики

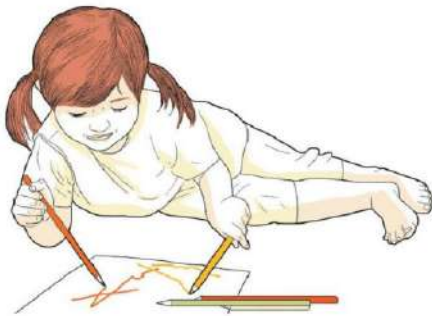
**Нарушение
оценки расстояния**
до предмета также
может приводить
к моторной
неловкости



**Хождение
на цыпочках**

**Плохая координация
движений** – научиться
ходить по лестнице может
оказаться очень трудной
задачей для ребенка
с аутизмом





Часто ребенок не может захватывать и удерживать руками мелкие предметы



Не может кататься на велосипеде или машинке-каталке с педалями

Чаще, чем у остальных детей, у детей-аутистов отмечается гиперактивное поведение. Они расторможены и дезорганизованы. Такие дети находятся в постоянном движении, с трудом могут удержаться на одном месте, не реагируют на просьбы во время занятий, есть трудности в управлении движениями («как на шарнирах»).



Поразительные способности к удержанию равновесия и одновременно заметная неуклюжесть



Может наблюдаться **повышенное слюноотечение** из-за проблем регуляции тонуса мышц рта и челюсти

На что обратить внимание родителям на первом году жизни ребенка

Некоторые из «ранних звоночков», которые могут указывать на возможное развитие РАС в будущем:

В возрасте:

3 месяца - ребенок не улыбается близкому человеку;

6 месяцев – не протягивает ручки, не просится, чтоб его взяли;

- 7 месяцев – не ищет источник звука;
- 10 месяцев – нет элементов имитации, повторения действий (ладушки, т.п.);
- 12 месяцев – не реагирует на свое имя;
- 14 месяцев – нет разделённого внимания, ребенок не показывает Вам то, что его заинтересовало;
- 18 месяцев – отсутствует игра.

Родителей должно насторожить, если ребенок до 18 месяцев

НЕ отзывается на свое имя, не смотрит в глаза (не обязательно)

НЕ использует речь и жесты для общения

Демонстрирует странное поведение: стереотипные движения, кружение на одном месте, подпрыгивания, слишком чувствителен к звукам, другим внешним раздражителям

Имеет очень ограниченные интересы

Не терпит присутствия кого-либо рядом

Придерживается однообразия в режиме дня, последовательности манипуляций с предметами

Не реагирует эмоционально на присутствие кого-либо рядом (например, других детей, близких родственников).

На что обратить внимание в детском саду?

- ✓ Агрессия к окружающим, особенно когда нарушается личное пространство ребенка.
- ✓ Ребенок играет в стороне от остальных.
- ✓ Дети и воспитатели жалуются на ребенка, потому что он не может взаимодействовать с окружающими, его игра носит разрушающий характер, он может мешать играть другим детям.
- ✓ Комппульсивное поведение – намеренное выполнение действий по определенным правилам, даже если они идут врозь с общепринятыми.

О чем сообщают дети с аутизмом при самоповреждающем поведении и какие возможные факторы со стороны состояния здоровья

Самоповреждающие действия	Возможные причины	Потенциальные травмы и последствия
Бьется головой о стену	Головная боль, зубная боль, синусит, отит	Отслоение сетчатки, ссадины, ушибы
Бьет рукой или шлепает по голове	Головная боль, зубная боль, синусит, отит	Перелом кисти, отслоение сетчатки, ссадины, ушибы
Тыкает пальцем в глаза	Ухудшение зрения, боль в глазах	Травмы роговицы

Ковыряет десны и зубы, бьет по ним	Зубная боль, гингивит	Повреждения десен, выпадение либо перелом зуба
Кусает и расцарапывает пальцы и ногти	Боль (может быть любой локализации)	Инфицирование, удаление ногтя, врастание ногтей, панариций
Бьет или стучит ногами по полу	Синдром беспокойных ног, боль в ногах	Синяки, переломы
Руминация (отрывает и снова глотает пищу)	Гастроэзофагеальный рефлюкс, эозинофильный эзофагит	Язвы пищевода и кровотечения, повреждение зубов, снижение качества питания, предраковые поражения пищевода
Расцарапывает и расчесывает кожу	Аллергия, экзема, реакция на медикаменты, кожная инфекция или паразитарная инвазия (блохи, чесотка)	Инфицирование, зарубцовывание

Как проявляются общие расстройства развития согласно международной классификацией болезней 10-го пересмотра

F84.0 - Детский аутизм

Жалобы на:	Анамнез:
<ul style="list-style-type: none"> •отсутствие эмоционального контакта с людьми, в первую очередь - с родителями, отсутствие реакций на эмоции других людей; •проблемы в социализации, приступы агрессии, слабый интерес к игрушкам, стереотипность поведения, боязнь перемен; •нарушение речи в виде отсутствия социального использования имеющихся речевых навыков, низкой синхронности и отсутствия взаимности в общении, недостаточной гибкости речевого выражения, нарушение использования тональностей и выразительности голоса для модуляции общения и отсутствие жестикуляции при разговорной коммуникации; 	<p>Предшествующего периода, несомненно, нормального развития обычно нет, но если есть, то аномалии выявляются в возрасте до 3 лет.</p> <p>Помимо специфических диагностических признаков дети с аутизмом часто обнаруживают ряд других неспецифических проблем, таких как: страхи (фобии), нарушения сна и приема пищи, вспышки гнева и агрессивность, часты</p>

<ul style="list-style-type: none"> •ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность (установка жесткого и заведенного порядка в повседневной жизни, привычек и игровой активности, привязанность к необычным, чаще жестким предметам, настаивание на особом порядке выполнения ритуалов нефункционального характера; стереотипная озабоченность датами, маршрутами или расписаниями; частыми являются моторные стереотипии; •характерное проявление особого интереса к нефункциональным элементам предметов (таким как запах или осязательные качества поверхности); •ребенок может противиться изменениям заведенного порядка или деталей его окружения (таких как определенная посуда, украшения или меблировка дома). •возможные страхи, нарушения сна и приема пищи, вспышки гнева, агрессивность и самоповреждения. •недостаточность спонтанности, инициативности и творчества. 	<p>самоповреждения.</p> <p>Характерные для детского аутизма специфические проявления дефекта меняются по мере взросления ребенка и сохраняется во взрослом периоде, проявляясь во многом сходным типом проблем социализации, общения и интересов.</p> <p>Для постановки диагноза аномалии развития должны отмечаться в первые 3 года жизни, но сам синдром может диагностироваться во всех группах детско-подросткового возраста.</p> <p>При детском аутизме могут быть любые уровни умственного развития, но примерно в трех четвертях случаев имеется отчетливая умственная отсталость.</p>
---	---

F84.1 Атипичный аутизм

Жалобы на:	Анамнез:	
	Атипичный аутизм с умственной отсталостью	Атипичный аутизм без умственной отсталости (Атипичный детский психоз)
Недостаточно отчетливые нарушения в одной или двух из трех психопатологических сфер, необходимые для диагноза аутизма (а именно, нарушения социального взаимодействия, общения и ограниченного,	Начало процесса от 0 до 3 лет. Процесс начинается аутохтонно с падения активности, нарастания индифферентности, угасания реакций на родных. Рано развиваются стереотипии. Позднее выявляются движения и	Предшествует этап нормального развития ребенка. В возрасте 3—5 лет наступает период психоза сложной позитивно-негативной структуры. Обязательно имеются позитивные психопатологические симптомы

<p>стереотипное, повторяющееся поведение).</p> <ul style="list-style-type: none"> • нарушение социального взаимодействия ребенка (отсутствие реакции на обращенную речь и имя, сниженный интерес к совместным играм, неспособность длительное время удерживать внимание на том, во что вовлекают ребенка взрослые или дети); • двигательные стереотипии; выборочность в еде и одежде. <p>Чаще проявления характерных аномалий в другой сфере:</p> <ul style="list-style-type: none"> • специфические расстройства развития рецептивной речи (отсутствие речи совсем или стереотипная речь, эхолалии); • интеллектуальные нарушения (глубокий уровень задержки развития или умственное недоразвитие); • низкий уровень функционирования, навыков опрятности; • поведенческие особенности — наивность, простодушие, сниженная способность понимания сарказма и 	<p>жесты: потряхивания кистями рук, подпрыгивания, кружения, покачивания. Исчезает интерес к общению с родными. Речь упрощается, появляются эхолалия, неологизмы. Дети теряют навыки самообслуживания и пропадают навыки опрятности. У некоторых изменяется аппетит: они отказываются от каш, киселя, мяса, молока. Постепенно наступает полное отрешение от окружающего.</p> <p>Перечисленные расстройства обычно формируются в течение 3—5 мес, редко дольше.</p> <p>Между 2 и 5 годами наступает относительная стабилизация состояния. Наблюдаются нарушения контактов с родными и окружающими, бедность аффективных реакций, утрата речи и навыков, стереотипные движения регрессивного типа, тяжелый псевдоолигофренический дефект с аутистическим поведением.</p> <p>Взрослые больные самостоятельно жить не могут, поэтому в большинстве случаев их помещают в специализированные медицинские учреждения.</p>	<p>неврозоподобные, аффективные, полиморфные, кататонические, регрессивные.</p> <p>Сдвиг в линии психического развития наступает аутохтонно, подостро, реже остро, на фоне нормального или искаженного развития.</p> <p>Общая длительность состояний подобного типа приступов обычно колеблется от 2 до 6 мес.</p> <p>В 3/4 случаев атипичного аутизма по истечении 6—24 мес от начала позитивные симптомы начинают стихать.</p> <p>В клинической картине на первый план выступают симптомы искаженного, задержанного развития.</p> <p>Возможны следующие варианты аутистических дефицитарных нажитых состояний:</p> <ul style="list-style-type: none"> - с чертами психофизического инфантилизма, - с чертами дисгармоничного инфантилизма, - с олигофреноподобным дефектом аутистическим поведением. <p>Актуальными могут быть и периодически усиливаются</p>
--	--	--

<p>юмора, сложности в поддержании диалогов и понимании неписанных правил, стремление придерживаться негибких правил общения и однообразия социальных контактов.</p>		<p>кататонические и кататоно-гебефренные расстройства, страхи, обманы чувств примитивного уровня.</p> <p>Более чем у трети подростков детей с атипичным аутизмом развиваются расстройства аффективной сферы и тревожные расстройства, часто отмечаются симптомы обсессивно-компульсивного расстройства и кататонический симптомокомплекс.</p> <p>У взрослых пациентов могут сохраняться аутистически дефицитарные нажитые состояния с чертами психофизического или дисгармоничного инфантилизма, с олигофреноподобным дефектом с аутистическим поведением; ОКР; вторичные кататонические или аффективные симптомы.</p>
---	--	--

F84.4 - Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями

Жалобы на:	Анамнез:
<p>•выраженная гиперактивность ребенка (неусидчивость, невозможность усидеть на одном месте, быстрая смена деятельности без завершения</p>	<p>Характерно ранее начало – к 7 летнему возрасту или раньше, но направление к врачу обычно к дошкольному возрасту. Уже от 0 до 3 лет имеются проявления гиперактивности. С возрастом становятся заметными невнимательность, проблемы с обучением, деструктивность поведения, которые начинают причинять все больше и больше неприятностей. Гиперактивность проявляется в разных обстановках, например и дома, и в детском саду или в школе. При</p>

<p>предыдущей)</p> <ul style="list-style-type: none"> • нарушение внимания • обязательные стереотипные действия • стереотипные игры с минимальным количеством предметов • нарушение интеллектуального развития. 	<p>этом аутистические проявления имеют превосходства над гиперактивными расстройствами.</p> <p>Выявляются обычные сопутствующие признаки, такие как: вызывающее, агрессивное и антисоциальное поведение; проблемы с социальными отношениями; коэффициент интеллекта ниже 50 у многих; специфические проблемы с обучением; легкие неврологические знаки, специфические задержки развития.</p> <p>Чрезмерная активность обычно идет на убыль в подростковом возрасте, хотя у многих сохраняются и во взрослой жизни с риском развития антисоциального поведения и злоупотреблениями психоактивными веществами.</p> <p>Симптомы продолжают продолжаться не менее 6 месяцев.</p>
---	--

F84.5 - Синдром Аспергера

Жалобы на:	Анамнез:
<ul style="list-style-type: none"> • малая контактность с окружающей средой; • нарушения ритма и темпа речи, речь высокопарная и педантичная, с аномальной интонацией; • ограниченная или чрезмерная жестикация; • легко вызвать и трудно остановить монологи на любимую тему; • неуклюжесть социальных взаимодействий из-за нарушения эмпатии и социальной отзывчивости; • ограниченное и повторяющееся поведение с увлечениями или ограниченными интересами; • отрешенное выражение лица с бедной мимикой; • взгляд, обращенный мимо собеседника, и неожиданная фиксацией взора на случайных предметах и окружающих лицах; 	<p>Глубокий аутизм и малая контактность с окружающей средой проявляется с первых дней жизни. Первые слова обычно формируются без отставания к 12—18 мес (редко позже). Становление самосознания отстает. Проявляются патологически привычные и другие навыки. У большинства детей игровая деятельность уже после первого года жизни носит односторонний характер, не связана с конкретной реальностью. У этих детей рано появляются односторонние интересы к собирательству вещей. В дошкольном возрасте многие овладевают чтением, увлечения редко способствуют творческому развитию личности ребенка. Общение со сверстниками не привлекают таких детей, стремятся к уединению. Привязанности к родным носят симбиотический характер. Тупость и бесчувствие сочетаются с гиперестетичностью и мимозностью у одного и того же ребенка. В поведении легко возникают противоположные</p>

<p>брови сдвинуты, взгляд направлен как бы внутрь себя;</p> <ul style="list-style-type: none"> • недостаточность выразительных движений, (несоответствие стимулам); • угловатая моторика, недостаточно гармоничные и неловкие движения; • стереотипии типа раскачиваний, стереотипии могут быть сложными и пластичными, даже сверхпластичными (редко). 	<p>аффекты, трудно формируются социальные навыки. Умственное развитие неравномерное, мышление обычно у них достаточное, но знания крайне неравномерны, трудно репродуцируются. Активное и пассивное внимание неустойчиво и взаимосвязано с аутистическими интересами. Также неустойчивы воля и побуждения к деятельности. На протяжении всей жизни сохраняются аутистические, перечисленные выше, особенности в личностной структуре, поведении.</p>
---	--

Симптомы РАС по степени тяжести

Степень тяжести	Социально-эмоциональная сфера	Ограниченное и повторяющееся поведение
<p>Степень 1 «Требуется помощь»</p>	<p>Без поддержки дефициты социальной коммуникации приводят к заметным ограничениям. Затруднения при инициировании социального взаимодействия и отчётливые примеры атипичной или неудачной реакции на социальное инициирование других людей. У многих выявляется пониженная заинтересованность в социальном взаимодействии.</p>	<p>Негибкость поведения заметно мешает функционированию в одном или более контекстах. Затруднения при переходе к другому виду деятельности. Проблемы с организацией и планированием препятствуют самостоятельности.</p>
<p>Степень 2 «Требуется значительная помощь»</p>	<p>Заметные дефициты навыков вербальной и невербальной социальной коммуникации. Социальные нарушения заметны даже при наличии поддержки. Ограниченность социальных взаимодействий и пониженные либо ненормальные реакции на социальные инициирования других людей.</p>	<p>Негибкость поведения. Человеку сложно справиться с ситуацией перемен. Эта и другие формы ограниченного и повторяющегося поведения проявляются достаточно часто, чтобы быть очевидными для случайного наблюдателя, и мешают функционированию во множестве контекстов. Необходимость изменить фокус внимания или деятельности вызывает страдания и/или затруднения.</p>
<p>Степень 3 «Требуется очень значительная помощь»</p>	<p>Глубокие дефициты навыков вербальной и невербальной социальной коммуникации вызывают глубокие нарушения функционирования, очень ограничены инициирования социальных взаимодействий, минимальная реакция на социальные инициирования других людей.</p>	<p>Негибкость поведения. Человеку чрезвычайно сложно справиться с ситуацией перемен. Это и другое ограниченное и повторяющееся поведение заметно мешают функционированию во всех сферах. Необходимость изменить фокус внимания или деятельность вызывает огромные страдания или затруднения.</p>

Что делать, если вы заметили признаки?

Если у ребёнка есть несколько из этих признаков, важно:

- ✓ Обратиться к специалисту – педиатру, неврологу, детскому психологу.

- ✓ Наблюдать за поведением – записывать странные или повторяющиеся реакции.
- ✓ Создать комфортную среду – поддерживать режим дня, исключить резкие перемены.
- ✓ Не паниковать – аутизм не болезнь, а особенность развития, и при ранней поддержке ребёнок может адаптироваться.
- ✓ ***Не стоит бояться обращаться к психиатру!***

Как диагностируются заболевания или состояния

Для специалистов первичной медико-санитарной помощи рекомендовано проведение скрининга - М-СНАТ-R - Модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей.

Проведение скрининга желательно всем детям в возрасте двух лет для выявления риска возникновения нарушений психического развития, в том числе РАС, в рамках профилактических медицинских осмотров в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Для специалистов службы охраны психического здоровья рекомендовано проведение скрининга при наличии:

- Шкала диагностического обследования при аутизме ADOS-2;
- Интервью для диагностики аутизма – переработанное (ADI-R);
- Экспериментально – психологического исследования детей с РАС в возрасте 2-18 лет.

Физикальное обследование: диагностически значимых изменений в показателях роста относительно кривых типичного развития (включая окружность головы), дисморфий, органомегалий, нейрокожных синдромов (например, туберозного склероза и нейрофиброматоза) и неврологических отклонений нет.

Лабораторные исследования - проводятся для контроля фармакотерапии, позволяют оценить работу внутренних органов, получить информацию о метаболизме, выяснить потребность в микроэлементах и выявляют изменения при сопутствующих заболеваниях.

Инструментальные исследования проводятся по показаниям при коморбидных расстройствах.

Консультации специалистов:

- ✓ консультация врача-психиатра всем детям и подросткам, имеющим риск РАС для обследования с целью установления диагноза.
- ✓ консультация педиатра/терапевта – исключение соматических заболеваний;
- ✓ консультация невролога – исключение текущих неврологических расстройств;
- ✓ консультация гастроэнтеролога – исключение нарушения ферментной деятельности желудочно-кишечного тракта.
- ✓ консультация эндокринолога – исключение эндокринологических заболеваний;
- ✓ консультация офтальмолога – исключение офтальмологических

заболеваний;

- ✓ консультация логопеда – уровень развития речи;
- ✓ консультация дефектолога – исследование уровня интеллектуального дефекта и разработка индивидуальной программы обучения;
- ✓ консультация сурдолога – исследование слуха;
- ✓ консультация нейропсихолога для выявления того, какие этапы развития могли быть пропущены у ребенка;
- ✓ психологическое консультирование (поддержка) семьи.

Что делать, если установлен диагноз

Если диагноз установлен, необходимо немедленно начинать работать с ребенком, и эта работа должна быть комплексной.

Важно не упустить время, а проводить коррекцию аутизма в раннем возрасте.

Какие виды и методы оказания медицинской помощи применяются

✓ В случаях «Требуется помощь», т.е. относительно упорядоченного поведения и отсутствии опасных для самого пациента и окружающих тенденций у пациентов с расстройствами аутистического спектра, назначается преимущественно немедикаментозная коррекция в амбулаторных условиях.

✓ В случаях «Требуется значительная помощь», т.е. средней степени тяжести состояния, а также для обеспечения преемственности в оказании помощи при переводе из стационара в амбулаторную сеть может применяться дневной стационар, где также проводится психофармакотерапия (с учетом передвижения детей, сменой обстановки назначаются препараты в минимальных дозировках), всем больным проводится абилитация/реабилитация, социальная коррекция.

✓ В случаях «Требуется очень значительная помощь», т.е. остроты состояния с выраженными неспецифическими кататоническими, поведенческими нарушениями, представляющими опасность для себя или окружающих, рекомендуется назначать психофармакотерапию, особенно атипичными нейролептиками, и проводить в условиях стационара, сочетая с немедикаментозной коррекцией.

Медикаментозного лечения РАС нет, препараты назначаются лишь в случае наличия коморбидной патологии. Психиатр подбирает медикаментозную терапию (при выявлении отклонений в возрасте до 1 года часто можно обойтись без медикаментов).

Медикаментозное лечение используется для помощи в следующих случаях:

- Сопутствующие поведенческие нарушения (например, СДВГ, эмоциональные расстройства, тревожные расстройства);
- Коморбидные поведенческие симптомы, вызывающие существенные ограничения или страдания.

Примеры: психотические, кататонические, обсессивно-компульсивные,

аффективные симптомы; возбуждение/агрессия, самоповреждающее поведение, гиперактивность, импульсивность, невнимательность, страхи, нарушения сна и приема пищи, заторможенность, раздражительность и другие поведенческие нарушения.

Большую роль играют немедикаментозные методы лечения в сочетании с психообразовательной и социальной работой с семьей пациента, которые являются одним из основополагающих принципов ведения пациентов с РАС.

Высокая эффективность комплексной терапии возможна только при тесном, межведомственном эстафетном взаимодействии специалистов: психиатров, неврологов, педиатров, психологов, педагогов, дефектологов и социальных работников.

Современные подходы к коррекции и обучению (проводится специалистами)

- АВА (прикладной анализ поведения).
- ТЕАССН (структурированное обучение).
- Альтернативная и дополнительная коммуникация (PECS, визуальные расписания).
- Логопедическая и сенсорная терапия.

Какова роль семьи в развитии ребенка

Родители играют ключевую роль в развитии ребенка с аутизмом. Их участие в коррекционной работе и ежедневном взаимодействии с ребенком может значительно улучшить его адаптацию и навыки.

Основные принципы эффективного взаимодействия:

1. Наблюдение и понимание

- Изучать поведение ребенка, его реакции на различные ситуации.
- Обращать внимание на триггеры нежелательного поведения (громкие звуки, смена рутины и т. д.).
- Вести дневник поведения, чтобы выявлять закономерности.

2. Создание доверительной среды

- Поддерживать стабильный эмоциональный контакт через совместные занятия, игры.
- Говорить спокойным голосом, использовать простые фразы.
- Дать ребенку время на адаптацию к новой информации или просьбе.

3. Применение визуальной поддержки

- Использовать карточки PECS*, расписания, пиктограммы.
- Визуально обозначать последовательность действий (например, утренний распорядок).

*PECS (Picture Exchange Communication System) – это система обмена изображениями, разработанная для обучения невербальных детей и взрослых с расстройствами аутистического спектра (РАС) альтернативному способу коммуникации.

Как работают карточки PECS?

Карточки представляют собой изображения предметов, действий или

эмоций, которые ребенок использует для общения. Например, если ребенок хочет пить, он берет карточку с изображением стакана воды и передает взрослому, тем самым сообщая о своей потребности.

Основные этапы PECS:

- ✓ Обучение обмену – ребенок учится давать карточку взрослому, чтобы получить желаемый предмет.
- ✓ Употребление карточек – ребенок начинает осознанно выбирать карточку с нужным объектом.
- ✓ Развитие навыка выбора – появляется возможность выбора между разными карточками.
- ✓ Построение предложений – использование карточек для составления фраз («Я хочу + предмет»).
- ✓ Расширение словарного запаса – добавляются прилагательные, глаголы, эмоции.
- ✓ Ответы на вопросы – ребенок учится отвечать на вопросы типа «Что ты хочешь?».

4. Формирование альтернативных способов общения

- Если ребенок не говорит, поощрять использование жестов, карточек, приложений для коммуникации.

- Четко озвучивать свои действия: «Мы идем гулять», «Сначала умоемся, потом завтрак».

5. Поощрение и поддержка

- Хвалить за любые успешные попытки общения или выполнения заданий.

- Использовать индивидуально значимые поощрения (любимая игрушка, стикер, обнимашки).

Как адаптировать среду дома

Домашняя среда должна быть предсказуемой и комфортной!

Основные элементы адаптации:

1. Создание структурированного пространства

- Разделить дом на зоны: для сна, игр, учебы, приема пищи.

- Использовать цветовые или визуальные метки для разных зон.

2. Минимизация сенсорных раздражителей

- Если ребенок чувствителен к шуму – использовать наушники или звукоизоляцию.

- Подбирать мягкое освещение, если яркий свет раздражает.

- Предлагать тактильно приятные материалы для игр (мягкие ткани, кинетический песок).

3. Организация четкого распорядка дня

- Поддерживать стабильный режим сна, питания, игр.

- Использовать визуальные расписания для предсказуемости.

4. Обеспечение безопасного пространства

- Убирать потенциально опасные предметы.

- Использовать защитные уголки, если ребенок склонен к гиперактивности.

Развитие самостоятельности у ребенка

Развитие навыков самообслуживания и независимости — важный шаг к адаптации ребенка.

Методы:

1. Разделение задач на маленькие шаги

- Например, если цель — научить ребенка одеваться: сначала надеть носки, потом штаны и т. д.
- Использовать метод «поведенческой цепочки» (пошаговое обучение с подсказками).

2. Визуальные инструкции

- Фотографии или пиктограммы последовательности действий:
→ Подушка → Одеяло → Лечь → Спать.

3. Метод «рука в руке» (Hand-over-hand)

- Например, если ребенок не может сам почистить зубы, сначала держать его руку, потом уменьшать помощь.

4. Создание мотивации

- Хвалить за успешное выполнение задачи.
- Использовать систему жетонов (за собранную постель – наклейка, за три наклейки – приз).

5. Постепенное снижение родительской помощи

- Если ребенок привык к помощи, важно поэтапно уменьшать её, позволяя делать больше самому.

Навыки социализации (детский сад, школа)

Дети с РАС часто испытывают трудности в социальной адаптации. Родители и педагоги могут помочь им в этом.

1. Подготовка к детскому саду/школе

- Заранее познакомить ребенка с новым местом (фото, экскурсия).
- Учить ритуалам (например, приветствие при входе).
- Составить визуальное расписание школьного дня.

2. Обучение взаимодействию с детьми

- Игры с правилами (прятки, лото) – тренируют совместные действия.
- Практика ролевых ситуаций («Как попросить игрушку?»).
- Обучение эмоциональной идентификации (карточки с эмоциями, мимика).

3. Поддержка в школьной среде

- Запросить адаптацию учебного плана.
- Договориться о тьюторе или ассистенте.
- Разработать индивидуальные стратегии успокоения (место уединения, сенсорные игрушки).

Психологическая поддержка родителей детей РАС

Родители детей с РАС испытывают высокий уровень стресса, тревоги и эмоционального выгорания. Организация качественной психологической

поддержки помогает им справляться с трудностями, повышает их ресурсность и улучшает взаимодействие с ребенком.

Родители проходят через этапы принятия диагноза (отрицание, гнев, депрессия, принятие). Поэтому важно получить возможность выговориться; получить поддержку в своих эмоциях без их обесценивания. И, главное, родители должны помнить, что «быть хорошим родителем» — не значит делать все идеально.

Родителям полезно освоить технику дыхания и релаксации для снижения тревоги и работы с неправильными убеждениями («Я плохой родитель», «Все безнадежно»).

С целью профилактики эмоционального выгорания рекомендуется:

- Делегировать обязанности, не брать все на себя.
- Найти время для отдыха и хобби.
- Искать поддержку у близких, друзей.
- Разграничивать роли (родитель – личность).

Несомненную роль играет гармонизация отношений в семье:

- Помощь в налаживании партнерских отношений между супругами.
- Включение братьев и сестер в процесс взаимодействия с ребенком.
- Разрешение конфликтов и снятие напряженности в семье.

Для решения этих задач целесообразно обратиться к специалистам для получения психологической поддержки.

Психологическая поддержка родителей предполагает:

1. Индивидуальное консультирование

- Помощь в принятии диагноза ребенка.
- Разбор тревог и страхов.
- Работа с чувством вины и беспомощности.
- Обучение методам саморегуляции.

2. Группы поддержки

- Встречи родителей с похожими проблемами.
- Обмен опытом и эмоциональная разгрузка.
- Ведение групп модератором (психолог, социальный работник).

3. Психопросвещение

- Лекции и семинары о РАС, методах коррекции, поведенческих стратегиях.
- Обсуждение эффективных техник взаимодействия с ребенком.
- Обучение методам управления стрессом.

4. Телефонные и онлайн-консультации

- Оперативная поддержка для экстренных ситуаций.
- Возможность получения помощи в удобное время.

5. Тренинги и мастер-классы

- Развитие навыков позитивного общения с ребенком.
- Тренировка стрессоустойчивости.
- Методики управления эмоциональным выгоранием.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дорогие родители!

Изучая данные методические рекомендации, мы с вами проделали важный путь – узнали об аутизме, его проявлениях, новые способы помочь вашим детям. Вы получили эти рекомендации не только за знаниями, но и за поддержкой, и мы хотим сказать вам: вы уже делаете невероятно важную работу.

Родительство само по себе – это непростой путь, а родительство ребенка с особенностями требует еще больше сил, терпения и любви. Но сегодня мы хотим напомнить вам: вы не одни. Есть специалисты, группы поддержки, другие родители, и самое главное – есть ваш ребенок, который нуждается в вас не как в «идеальных» родителях, а как в любящих, принимающих и понимающих.

Возможно, впереди еще будут трудности, моменты усталости, тревоги, но помните:

- ✓ Ваш ребенок не сломан. Он просто видит мир иначе, и это его сила
- ✓ Аутизм – это не приговор, а другой способ быть счастливым
- ✓ Любовь и принятие – главное, что нужно вашему ребенку. И вы даете это в полной мере.
- ✓ Вы – лучший родитель для своего ребенка, потому что никто не поймет его лучше.
- ✓ Каждый день – это шаг вперед. Даже если шаг маленький, он важен
- ✓ Вы уже преодолели так много, и впереди – еще больше побед
- ✓ Аутизм – это не ограничение, а другая перспектива. Возможно, ваш ребенок видит то, чего не видим мы
- ✓ Гениальность часто идет рука об руку с нестандартным мышлением
- ✓ Будущее вашего ребенка может быть не таким, как вы ожидали, но оно все равно может быть прекрасным
- ✓ Вы не одни. Есть много родителей, которые понимают вас и готовы помочь
- ✓ Просить о помощи – это не слабость, а сила
- ✓ Ваш ребенок особенный, но вы тоже – особенные родители.

Пожалуйста, возьмите с собой из этой методички не только знания, но и уверенность в своих силах, тепло нашей общей поддержки и понимание того, что ваш ребенок – это не диагноз, а уникальная личность со своими возможностями.

Спасибо вам за поиск решений, за ваше огромное сердце. Вы – невероятно ценные и важные люди. И помните: у вас все получится!

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.«Классификация болезней в психиатрии и наркологии». Пособие для врачей (Класс V МКБ-10) / Под ред. М.М.Милевского - М.: Издательство «Триада-Х». - 2009. – 184 стр.
- 2.American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013
3. Бурдаков А.Н. и др. Психофармакотерапия в детской психиатрии: руководство для врачей, 2018.
4. Виктор Каган. Аутизм. Родителям об аутизме.- СПб.: Питер, 2015. -160с
5. Воронков Б.В. Психиатрия детей и подростков. - Санкт-Петербург, 2017
- 6 Жмуров В.А. Психиатрия детско-подросткового возраста, 2016.
- 7.Воронков Б.В., Рубина Л.П., Макаров И.В. Детский аутизм и смысловая наполненность термина «расстройства аутистического спектра». Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2017; 01:62-67.
- 8.Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций. Резолюция 67 – сессии № A/Res/67/141 «Удовлетворение социально-экономических потребностей отдельных лиц, семей и обществ, затрагиваемых проблемами расстройств аутистического спектра и других расстройств развития», прил.1. Журнал Организации Объединенных Наций, № 2012/243
- 9.Е.Б. Мукаетова-Ладинска, Н.В. Симашкова, М.С. Мукаетова, М.В. Иванов, И.С. Бокша. Расстройства аутистического спектра у детей и взрослых: подходы к проблеме в разных странах. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018; 12: 92-99 стр. <https://doi.org/10.17116/jnevro201811812192>
- 10.Никольская О.С., Костин И.А. Психологическая помощь подростку и взрослому с аутизмом и его семье: задачи и направления. Дефектология. 2017;3:12-17.
11. Формирование мышления у детей с отклонениями в развитии [Электронный ресурс] /Стребелева Е.А. - М.: ВЛА-ДОС, 2016.
12. Специальная (коррекционная) психология [Электронный ресурс]: учеб. пособие / Мандель Б.Р. - М.: Флинта, 2015.
- 13.Расстройства аутистического спектра у детей. Научно-практическое руководство. Под редакцией Н.В.Симашковой. - М.: Авторская академия, 2013. - 264 с.:ил.
- 14.Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение: Пер. с нем.-М.: Медицина, 2003.-120с.: ил.
- 15.Симашкова Н.В. Атипичный аутизм в детском возрасте. Дисс. докт. мед. наук.-М., 2006.-218с
- 16.Скворцов И.А., Башина В.М. Нарушения развития коммуникативных функций у детей при заболеваниях аутистического спектра. Тула: Имидж Принт; 2013.
- 16.Bernhard B., Ellery P., Ryley S. Array CGH: what is the diagnostic yield for autism referrals? // Amerigroup Partnership Plan LLC. Chromosomal Microarray Analysis (CMA) for Developmental Delay, Autism Spectrum Disorder, Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder) and Congenital Anomalies. // Medical policy – 2018.

17. Cappuccio G., Vitiello F. New insights in the interpretation of array-CGH: autism spectrum disorder and positive family history for intellectual disability predict the detection of pathogenic variants. // *Italian J of Pediatrics*. – 2016 – Vol. 42 – P. 39.

18. Estes A. et al. Long-term outcomes of early intervention in 6-year-old children with autism spectrum disorder // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2015. – T. 54. – №. 7. – С. 580-587.

19. Gates J. A., Kang E., Lerner M. D. Efficacy of group social skills interventions for youth with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis // *Clinical Psychology Review*. – 2017. – № 52. – С. 164–181.

20. Gengoux G. W. et al. A pivotal response treatment package for children with autism spectrum disorder: An RCT // *Pediatrics*. – 2019. – № 3 (144). – С. e20190178.

21. Grigorenko E. L. et al. Evidence-based interventions for ASD: A focus on applied behavior analysis (ABA) interventions // *Psychology. Journal of the Higher School of Economics*. – 2018. – № 4 (15). – С. 711–727.

22. Hardan A. Y. et al. A randomized controlled trial of Pivotal response treatment Group for parents of children with autism // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2015. – № 8 (56). – С. 884–892.

23. Healy S. et al. The effect of physical activity interventions on youth with autism spectrum disorder: A meta-analysis // *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*. – 2018. – № 6 (11). – С. 818–833.

24. Hirsch L. E., Pringsheim T. Aripiprazole for autism spectrum disorders (ASD) // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2016. – №. 6. – CD009043

25. Hurl K. et al. Does a pre-intervention functional assessment increase intervention effectiveness? A meta-analysis of within-subject interrupted time-series studies // *Clinical Psychology Review*. – 2016. – № 47. – С. 71–84.

26. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder (Выявление, оценка и коррекция нарушений у детей с расстройством аутистического спектра)/ Susan L. Hyman, Susan E. Levy, Scott M. Myers and council on children with disabilities, section on developmental and behavioral pediatrics // *Clinical report Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care/ American Academy Pediatrics* 2020;145; DOI: 10.1542/peds.2019-3447 originally published online December 16, 2019.