

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет

имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Сергей Ку
20.02.18
М.С. Михайлова
Т.В. Кустова

Кафедра педиатрии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н, проф. Таранушенко Т.Е.

Проверил: к.м.н., асс. Кустова Т.В.

Реферат

На тему: «Аутизм у детей.»

Выполнила: врач-ординатор Михайлова М.С.

г. Красноярск, 2017 год

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.Список сокращений.....	2
2.Введение.....	4
3.Классификация.....	5
4.Клинические критерии постановки диагноза.....	11
5.Медикаментозное лечение.....	14
6.Немедикаментозное лечение.....	16
7.Заключение.....	25
8.Список литературы	27

Список сокращений

В\в –внутривенно

В\м –внутримышечно

ВВК –военно-врачебная комиссия

КТ –компьютерная томография

ЛС –лекарственные средства

МЗСР –Министерство здравоохранения и социального развития

МНН –международное непатентованное название (генерическое название)

МРТ –магнитно-резонансная томография

МСЭК –медико-социальная экспертная комиссия

ОАК –общий анализ крови

ОАМ –общий анализ мочи

ПЭТ –позитронно-эмиссионная томография

Р-р –раствор

РЭГ –реоэнцефалография

ЭКГ –электрокардиограмма

ЭПО –экспериментально-психологическое обследование

ЭхоЭГ –эхозлектроэнцефалограмма

ЭЭГ –электроэнцефалограмма

Введение

Детский аутизм (F84.0)- тяжелое нарушение психического развития, при котором, прежде всего, страдает способность к общению, социальному взаимодействию. Поведение детей с аутизмом характеризуется также жесткой стереотипностью (от многократного повторения элементарных движений, таких, как потряхивания руками или подпрыгивания, до сложных ритуалов) и нередко деструктивностью (агрессия, самоповреждение, крики, негативизм и др.).

Уровень интеллектуального развития при аутизме может быть самым различным: от глубокой умственной отсталости до одаренности в отдельных областях знаний и искусства; в части случаев у детей с аутизмом нет речи, отмечаются отклонения в развитии моторики, внимания, восприятия, эмоциональной и других сфер психики. Более 80% детей с аутизмом - инвалиды.

Исключительное разнообразие спектра нарушений и их тяжести позволяет обоснованно считать обучение и воспитание детей с аутизмом наиболее сложным разделом коррекционной педагогики.

Еще в 2000 году считалось, что распространенность аутизма составляет от 5 до 26 случаев на 10 000 детского населения. В 2005 году уже на 250-300 новорожденных в среднем приходился один случай аутизма: это чаще, чем изолированные глухота и слепота вместе взятые, синдром Дауна, сахарный диабет или онкологические заболевания детского возраста. По данным Всемирной организации аутизма, в 2008 году 1 случай аутизма приходится на 150 детей. С этого же года Организация Объединенных Наций (ООН), понимая глубину проблемы и тяжесть последствий для общества, провозгласила 2 апреля "Всемирным Днем распространения информации об аутизме". В 2012 году Центр по контролю за заболеваемостью в американских штатах рапортовал в среднем об 1 случае аутизма на каждые 88 детей. За десять лет

количество детей с аутизмом выросло в 10 раз. Считается, что тенденция к росту сохранится и в будущем.

Классификация

Согласно международной классификации болезней МКБ-10, к собственно аутистическим расстройствам относятся:

- детский аутизм (F84.0) (аутистическое расстройство, инфантильный аутизм, инфантильный психоз, синдром Каннера);
- атипичный аутизм (с началом после 3 лет) (F84.1);
- синдром Ретта (F84.2);
- синдром Аспергера - аутистическая психопатия (F84.5);

Синдром Каннера:

Для синдрома Каннера в строгом смысле слова характерно сочетание следующих основных симптомов:

- 1) невозможность устанавливать полноценные отношения с людьми с начала жизни;
- 2) крайняя отгороженность от внешнего мира с игнорированием средовых раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными;
- 3) недостаточность коммуникативного использования речи;
- 4) отсутствие или недостаточность зрительного контакта;
- 5) страх изменений в окружающей обстановке ("феномен тождества", по Каннеру);
- 6) непосредственные и отставленные эхолалии "граммофонная или попугайная речь", по Каннеру);
- 7) задержка развития "Я";

- 8) стереотипные игры с неигровыми предметами;
- 9) клиническое проявление симптоматики не позднее 2-3 лет.

При использовании этих критериев важно:

- а) не расширять их содержание (например, различать неспособность к установлению контакта с другими людьми и активное избегание контакта);
- б) строить диагностику на синдромологическом уровне, а не на основе формальной фиксации наличия тех или иных симптомов;
- в) учитывать наличие или отсутствие процессуальной динамики выявляемых симптомов;
- г) принимать во внимание, что неспособность к установлению контакта с другими людьми создает условия для социальной депривации, ведущей в свою очередь к появлению в клинической картине симптомов вторичных задержек развития и компенсаторных образований.

В поле зрения специалистов ребенок обычно попадает не ранее 2-3 лет, когда нарушения становятся достаточно явными. Но и тогда родители часто затрудняются в определении нарушений, прибегая к оценочным суждениям: "Странный, не такой как все". Нередко истинная проблема маскируется более понятными для родителей мнимыми или реальными нарушениями - например, задержкой речевого развития или нарушениями слуха. Ретроспективно нередко удастся выяснить, что уже на первом году ребенок слабо реагировал на людей, не принимал позу готовности при взятии на руки, а взятый - был необычно пассивен ("как мешочек спеском", иногда говорят родители), боялся бытовых шумов (пылесоса, кофемолки и т. д.), не привыкая к ним со временем, обнаруживал необычайную избирательность в еде, отказываясь от пищи определенного цвета или вида. Для некоторых родителей такого рода нарушения становятся очевидными лишь задним числом при сравнении с поведением второго ребенка.

Синдром Аспергера:

Как и при синдроме Каннера, определяют коммуникативные нарушения, недоучет реальности, ограниченный и своеобразный, стереотипный круг интересов, отличающие таких детей от сверстников. Поведение определяют импульсивность, контрастные аффекты, желания, представления; нередко поведению недостает внутренней логики.

У некоторых детей рано обнаруживается способность к необычному, нестандартному пониманию себя и окружающих. Логическое мышление сохранено или даже хорошо развито, но знания трудно репродуцируются и крайне неравномерны. Активное и пассивное внимание неустойчивы, однако отдельные аутистические цели достигаются с большой энергией.

В отличие от других случаев аутизма нет существенной задержки в речевом и когнитивном развитии. Во внешнем виде обращает на себя отрешенное выражение лица, что придает ему "красивость", мимика застывшая, взгляд обращен в пустоту, фиксация на лицах мимолетная. Выразительных мимических движений мало, жестикация обеднена. Иногда выражение лица сосредоточенно-самоуглубленное, взгляд направлен "внутрь себя". Моторика угловатая, движения неритмичные, с тенденцией к стереотипиям. Коммуникативные функции речи ослаблены, а сама она необычно модулирована, своеобразна по мелодике, ритму и темпу, голос звучит то тихо, то режет слух и в целом речь нередко похожа на декламацию. Отмечаются тенденция к словотворчеству, иногда сохраняющаяся и после пубертата, неспособность к автоматизации навыков и их реализации вовне, влечение к аутистическим играм. Характерна привязанность к дому, а не к близким.

Синдром Ретта:

Синдром Ретта начинает проявляться в возрасте 8-30 мес. исподволь, без внешних причин, на фоне нормального (в 80 % случаев) или незначительно задержанного моторного развития.

Появляется отрешенность, утрачиваются уже приобретенные навыки, приостанавливается развитие речи, в течение 3-6 мес наблюдается полный распад ранее приобретенного речевого запаса и навыков. Тогда же возникают насильственные движения "моющего типа" в кистях рук. Позднее утрачивается способность к удержанию предметов, появляются атаксия, дистония, мышечные атрофии, кифоз, сколиоз. Жевание заменяется сосанием, расстраивается дыхание. В трети случаев наблюдаются эпилептиформные приступы.

К 5-6 годам тенденция к прогрессированию расстройств смягчается, возвращается способность к усвоению отдельных слов, примитивной игре, но затем прогрессивность болезни вновь нарастает. Наблюдается грубый прогрессирующий распад моторных навыков, иногда даже ходьбы, свойственный конечным этапам тяжелых органических заболеваний ЦНС. У детей с синдромом Ретта на фоне тотального распада всех сфер деятельности наиболее длительно сохраняются эмоциональная адекватность, привязанности, соответствующие уровню их психического развития. В дальнейшем развиваются тяжелые двигательные нарушения, глубокие расстройства статики, утрата мышечного тонуса, глубокое слабоумие.

К сожалению, современная медицина и педагогика не в состоянии помочь детям с синдромом Ретта. Мы вынуждены констатировать, что это самое тяжелое нарушение среди РАС, не поддающееся коррекции.

Атипичный аутизм:

Расстройство сходное с синдромом Каннера, однако отсутствует хотя бы один из обязательных диагностических критериев. Для атипичного аутизма характерно:

1. достаточно отчётливые нарушения социального взаимодействия,
2. ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение,
3. тот или иной признак аномального и/или нарушенного развития проявляется в возрасте после 3-х лет.

Чаще возникает у детей с тяжёлым специфическим расстройством развития рецептивной речи или с умственной отсталостью.

Аутистическое поведение:

"Аутистическое поведение" - диагноз, который очень часто стал встречаться, как правило, из-за неточной картины состояния ребенка в анамнезе. Проще говоря, из-за недостатка диагностической информации, при наличии схожей поведенческой симптоматики. В последствии, диагноз уточняется вплоть до синдромального, но чаще всего, аутистическое поведение является следствием усугубления течения какого-либо патологического процесса в организме ребенка, например, неврологического. Большое количество сообщений в прессе о реальных случаях избавления якобы от аутизма, на самом деле оказываются случаями успешного лечения патологии, вызвавшей аутистическое поведение.

Аутистическое поведение может является симптомом, указывающим на специфические нарушения когнитивной, коммуникативной, перцептивной, проприоцептивной и иных функций организма ребенка или взрослого, характерные для аутистических расстройств. Аутистическое поведение может быть следствием истинно аутистического расстройства, или следствием прогрессирования неврологической, психической и генетической патологии.

Раннее и точное выявление причины аутистического поведения во многом определяет прогноз на дальнейшее развитие ребенка, а также на применяемые методы коррекции, или биомедицинского воздействия.

Для коррекции аутистического поведения, вызванного неврологической патологией следует, в первую очередь, исключить влияние неврологической патологии на организм, применяя неврологические препараты, специфическое физиотерапевтическое и прочее лечение, направленные на локализацию конкретного неврологического заболевания, по назначению лечащего врача. Вместе с тем, необходимо активно применять методы психолого-педагогической коррекции аутистического поведения.

Для коррекции аутистического поведения, вызванного психической патологией следует, в первую очередь, исключить влияние психической патологии на организм, применяя нейролептики, психотропы и прочие препараты и специфическое лечение, направленные на локализацию конкретного психического заболевания, по назначению лечащего врача. Вместе с тем, необходимо активно применять методы психолого-педагогической коррекции аутистического поведения.

Для коррекции аутистического поведения, вызванного генетической патологией следует, в первую очередь, исключить влияние генетической патологии на организм, применяя диеты, препараты и прочее специфическое лечение, направленные на локализацию конкретного диагноза, вызванного генетической патологией, по назначению лечащего врача. Вместе с тем, необходимо активно применять методы психолого-педагогической коррекции аутистического поведения.

Клинические критерии постановки диагноза:

Должны присутствовать в общей сложности минимум 6 симптомов из 1), 2) и 3), причем, по меньшей мере, два из перечня 1) и, по меньшей мере, по одному из перечней 2) и 3):

1) Качественные нарушения реципрокного социального взаимодействия проявляются минимум в одной из следующих областей:

а) неспособность адекватно использовать для регулирования социального взаимодействия контакт взора, мимическое выражение, жестикуляцию и позы тела;

б) неспособность к установлению (в соответствии с психическим возрастом и вопреки имеющимся возможностям) взаимосвязей со сверстниками, что включало бы общие интересы, деятельность и эмоции;

в) отсутствие социо-эмоциональной взаимности, что проявляется нарушенной или девиантной реакцией на эмоции других людей и (или) отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией, а также (или) слабость интеграции социального, эмоционального и коммуникативного поведения.

г) отсутствие спонтанного поиска разделяемой радости, общих интересов или достижений с другими людьми (например, ребенок не показывает другим людям интересующие его предметы и не привлекает к ним их внимание).

2) Качественные аномалии в общении проявляются минимум в одной из следующих областей:

а) задержка или полное отсутствие разговорной речи, что не сопровождается попыткой компенсировать этот недостаток жестикой и мимикой (часто предшествует отсутствию коммуникативного гуления);

б) относительная неспособность начинать или поддерживать беседу (при любом уровне речевого развития), требующую коммуникативной взаимности с другим лицом;

в) повторяющаяся и стереотипная речь и (или) идиосинкразическое использование слов и выражений;

г) отсутствие спонтанных разнообразных спонтанных ролевых игр или (в более раннем возрасте) подражательных игр.

3) Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность, что проявляется минимум в одной из следующих областей:

а) поглощенность стереотипными и ограниченными интересами, которые аномальны по содержанию или направленности; или интересами, которые аномальны по своей интенсивности и ограниченной природе, хотя не по содержанию или направленности;

б) внешне навязчивая привязанность к специфическим, нефункциональным поступкам или ритуалам;

в) стереотипные и повторяющиеся моторные маневры, которые включают прихлопывания или выкручивания пальцев или кистей рук, или более сложные движения всего тела;

г) повышенное внимание к частям предметов или нефункциональным элементам игрушек (к их запаху, осязанию поверхности, издаваемому ими шуму или вибрации).

В. Клиническая картина не может быть объяснена другими видами общего нарушения развития: специфическим нарушением развития рецептивной речи (F80.2) с вторичными социо-эмоциональными проблемами; реактивным

расстройством привязанности детского возраста (F94.1) или дезингибированным расстройством привязанности в детском возрасте (F94.2), умственной отсталостью (F70- F72), комбинирующей с некоторыми эмоциональными и поведенческими расстройствами, шизофренией (F20) с необычно ранним началом и синдромом Ретта (F84.2).

Медикаментозное лечение

Нейролептические препараты – предназначены для стабилизации психического состояния, устранения психопатологических расстройств и купирования двигательного возбуждения. Спектр препаратов невелик из-за возрастных ограничений (клозапин, галоперидол, трифлуоперазин, левомепромазин, хлорпромазин). Отдельную подгруппу составляют нейролептики пролонгированного действия, предназначенные для медикаментозного контроля психического состояния в амбулаторных условиях (галоперидол – адеканоат, флуфеназин). Назначение атипичных нейролептиков последнего поколения возможно в случае доказанной (на заседании ВКК) неэффективности стандартной терапии и с письменного согласия законных представителей ребенка.

Дополнительные ЛС:

М-Н-Холинолитики – тригексифенидил – предназначен для коррекции побочных экстрапирамидных симптомов, вероятных на фоне терапии нейролептиками.

Антидепрессанты – предназначены для купирования сопутствующих депрессивных проявлений (амитриптилин, сертралин, флувоксамин)

Малые нейролептики – предназначены для коррекции поведенческих нарушений (хлорпротиксен, тиоридазин)

Транквилизаторы – предназначены для устранения тревожных расстройств и купирования двигательного возбуждения (диазепам, феназепам, клоназепам)

Нормотимические препараты –предназначены для стабилизации настроения, медикаментозного контроля нарушений биологических ритмов (карбамазепин, вальпроевая кислота, ламотриджин).

Таблица 1 –Основные медикаменты: Рекомендуется монотерапия: одно из нижеперечисленных препаратов.

МНН	Терапевтический диапазон	Курс лечения
Клозапин (УД – А)	50-200 мг\сутки	В течение пребывания в стационаре
Галоперидол (УД – А)	До 15мг\сутки в\м и до 20мг\сутки внутрь	
Трифлуоперазин (УД – А)	До 20мг\сутки внутрь и в\м	
Трифлуоперазин (УД – В)	До 20мг\сутки	
Левомепромазин (УД – В)	До 75мг\сутки в\м и до 100 мг\сутки	
Хлорпромазин (УД – В)	До 50мг\сутки	с последующим переходом на амбулаторное наблюдение.
Галоперидол – деканоат (УД – А)	25-100 мг\ в 4 недели в\м	
Флуфеназин(УД – А)	25-50 мг\ в 4 недели в\м	

Препараты применяются исключительно как сопутствующая терапия при наличии в клинической картине коморбидных основным проявлениям

заболевания состояний (депрессии, поведенческих расстройств, фазовых колебаний настроения)

Немедикаментозное лечение

Коррекционно-воспитательная работа

В современном понимании коррекционно-воспитательная работа представляет собой систему психолого-педагогических и медицинских мероприятий, направленных на преодоление или ослабление недостатков в психическом и (или) физическом развитии детей.

Коррекционно-воспитательную работу характеризуют такие черты, как:

- целостность (все проводимые мероприятия адресуются к личности ребенка в целом)
- системность (все мероприятия проводятся в системе, во взаимосвязи друг с другом и рассчитаны на длительное время)
- комплексность (все используемые средства обеспечивают возможность оказывать коррекционное воздействие как на физическое развитие ребенка, так и на развитие психических процессов и функций, эмоционально-волевой сферы, личности ребенка в целом)
- связь с социальной средой (расширение границ проведения коррекционно-воспитательной работы за пределы учреждения, и включение в нее той социальной среды, в которой воспитывается ребенок)

Проблема коррекционной помощи детям с РДА в последнее время в России встает все острее. Это происходит в связи с увеличением количества таких

детей в массовых и специальных учреждениях образования, расширением опыта дифференциальной диагностики и опыта коррекционной работы. Изучение литературы по проблеме показывает, что существующих рекомендаций к работе явно недостаточно. Одной из первых описала систему коррекционной помощи детям с РДА В. М. Башина.

В ее работах делается упор на необходимость проведения не только и не столько лечебных мероприятий, а осуществление коррекции в дневных стационарах.

Опираясь на свой многолетний опыт работы с аутичными детьми на базе 6 ДПБ, Клиники НИИ клинической психиатрии и амбулатории, а также дневного стационара для детей-аутистов, она утверждает, что для целей абилитации детей с РДА необходимы нестандартные учреждения, в которых бы можно было сочетать лечебную, педагогическую, логопедическую и другую коррекционную помощь и отмечает, что реабилитационные подходы прежде всего должны базироваться на том, что в клинике РДА основное место принадлежит аутистическим нарушениям поведения, речи, моторики, задержкам психического развития.

По мнению В. М. Башиной, система коррекционной помощи аутичным детям должна иметь комплексный характер и проводиться группой специалистов различного профиля, включая детских психиатров, невропатологов, логопедов, психологов, педагогов-воспитателей, сестер-воспитательниц, музыкального работника (эвритмиста). Таким образом, в ней можно выделить два направления:

1. Лечебная помощь. Фармакотерапия направлена на купирование психопатологических проявлениях болезни, вегето-сосудистой и вегето-висцеральной дистонии, на активизацию ребенка, на ослабление психического напряжения. Медикаментозное лечение должно соотноситься с высокой чувствительностью маленьких аутистов к

нейролептикам, транквилизаторам, и необходимостью пребывания ребенка в условиях дома, в пути, с неустойчивой его активностью.

2. Коррекционная работа должна осуществляться поэтапно, исходя из степени выраженности аутистического дизонтогенеза ребенка с РДА. В. М. Башина предлагает использовать адаптированные для аутичных детей программы для обычных и специализированных детских яслей и садов. При этом используются два режима: щадящий и активирующий. Оценка состояния ребенка-аутиста, уровня его развития, запаса знаний, поведенческих навыков должна проводится комплексно всеми специалистами. Такая оценка служит основой для разработки индивидуального плана коррекционной помощи. На первых этапах работы отрабатываются реакции оживления и слежения, формируется зрительно-моторный комплекс. В последующем, в процессе манипуляций с предметами развивают тактильное, зрительно-тактильное, кинестетическое, мышечное восприятие. Вырабатываются связи между определенными частями тела и их словесными обозначениями, видами движений, а также их словесными определениями. У ребенка формируется представление о собственном теле, его частях, членах, сторонах. Затем проводится работа по воспитанию навыков самообслуживания, участия в направленной деятельности. На следующем этапе предполагается усложнение задачи путем перехода от манипулятивной игры к сюжетной.

Целью педагогических программ по мнению В. М. Башиной является обучение детей понятиям числа, счету, определению временных категорий, углублению ориентировки в форме предметов, в пространстве. В рамках этой работы предполагается поэтапное усложнение деятельности и увеличение предлагаемого объема навыков и знаний. Также подчеркивается, что любые задания должны предлагаться в наглядной форме, объяснения должны быть простыми, повторяющимися по несколько раз, с одной и той же

последовательностью, одними и теми же выражениями. Речевые задания должны предъявляться голосом разной громкости, с обращением внимания на тональность.

На последующих этапах работы по-прежнему решается задача усложнения деятельности, с постепенным переходом от индивидуальных к направленным групповым занятиям, еще позднее к сложным играм, упражнениям в группах по 3-5 и более детей. Логопедическую работу предполагается начинать с определения речевой патологии. Соответствующая коррекция направлена на развитие слухового внимания, фонематического, речевого слуха, постановку звуков, их автоматизацию, дыхательные, голосовые упражнения. Очень важной остается задача расширения словарного запаса, развитие способности к составлению предложений по картинкам, их сериям, работа над связным текстом, состоящим из бесед, пересказа, "проигрывания", драматизации разных тем, воспроизведение стихотворной речи и ряд других задач.

Основной задачей психологической коррекции является вовлечение аутистов в разные виды индивидуальной и совместной деятельности, формирование произвольной, волевой регуляции поведения. Для этого предлагаются игры с жесткой последовательностью событий и действий, их многократное проигрывание. Психотерапевтическая работа с детьми и семьей направлена на коррекцию поведения ребенка, снижение тревожности, страха, а также на укрепление взаимоотношений в семье, привлечение родителей к воспитательной работе с ребенком, обучение приемам работы с ним.

Коммуникативная терапия

Этот метод берет начало в подходе, который предполагает, что нормально развивающиеся младенцы чрезвычайно предприимчивы в своих социальных взаимоотношениях. Младенец от рождения обладает способностью использовать невербальные навыки общения, такие, контакт глаз, хватание, положение головы и тела, улыбка. Таким образом, ребенок способен не только

сам реагировать на взрослого, но и предлагает взрослому откликнуться на его призывы.

Целью программы является предоставление аутичному ребенку определенных рамок, в которых он мог бы почувствовать свои возможности, которые для нормального младенца являются естественным видом коммуникации, и таким образом создать паттерн диалогического общения для дальнейшего речевого развития. Эта терапия пытается создать что-то вроде диалога с ребенком любым способом, в котором предложения к контакту могут поступать с обеих сторон. Большая часть этого обмена информацией в основном осуществляется в понятиях языка телодвижений, включая бег, прыжки, а также вокал, вдохи, визуальный контакт и зрительное сосредоточение на одних и тех же объектах, таких, как шелковый шарф, размещенный между взрослым и ребенком, воздушный шарик, диванная подушка и т. д. Со временем взрослые начинают обозначать пением действия ребенка, придавая словам одобрительный оттенок, значимость и силу.

Данный вид терапии отличается от традиционной музыкотерапии тем, что здесь основная цель музыкального воздействия заключается в создании отношений не между музыкой и ребенком, а между ребенком и тем значимым для него человеком, с которым он проводит все свое время.

Совместные занятия ребенка с учителем и музыкотерапевтом позволяют: во-первых, формировать навыки музыкальной помощи в общении, которое более всего на данный момент необходимо ребенку. Учитель в дальнейшем может использовать в своей работе ритмы и диалоги, проработанные в музыкальной комнате. Причина, по которой музыка становится помощником, объясняется тем, что она более гибкая, чем разговорный язык, особенно, если используется в сочетании с движениями.

С помощью музыкальной коммуникативной терапии до ребенка пытаются довести практическое понимание того, что и диалог, и взаимодействие

возможны, и ввести его в состояние поддержания этого типа общения через опыт, который сам по себе является аналогом активной речи.

Лингвистические навыки устной или жестовой речи накладываются на те рамки, которые созданы этой предварительной работой и, как оказалось, обучение речи идет с большей гибкостью и социальным отзвуком, чем когда работают только по линии коррекции поведения.

Музыкальная коммуникативная терапия пригодна для любого ребенка с аутизмом, вне зависимости от тяжести нарушения или от уровня развития интеллекта.

Холдинг терапия - "форсированная поддержка" как метод была впервые предложена М. Welch (1983). Этот метод состоит в попытке форсированного, почти насильственного образования физической связи между матерью и ребенком, т. к. именно отсутствие этой связи считается сторонниками этого метода центральным нарушением при аутизме.

Назначение холдинг терапии - пробиться через неприятие ребенком матери и развить в нем ощущение и привычку чувствовать себя комфортно. Этот подход включает также большую работу с родителями по разъяснению необходимости приучения ребенка к контакту с усиленным включением тактильных ощущений до тех пор, пока он не почувствует удовольствие от такого общения, несмотря на свое начальное отторжение. Специалисты советуют матерям во время тактильного контакта с ребенком говорить ему о своих чувствах, включая даже проявление гнева на его сопротивление.

Различают систематические удерживающие упражнения, проводимые ежедневно, и специально организованные упражнения, которые проводятся в состоянии возбуждения у ребенка или из-за каких-либо других изменений его эмоционального поведения. В первые месяцы ребенку с аутизмом эти упражнения крайне неприятны, и он сопротивляется до тех пор, пока не обессилит. Крайне важно преодолеть детское сопротивление, что является

критическим периодом дальнейшей эффективности предпринимаемой терапии. Авторы метода считают, что для того, чтобы ощутить комфортное состояние, надо испытать чувство дискомфорта. А для того, чтобы почувствовать защищенность, надо испытать состояние незащищенности. Мать должна четко контролировать и предотвращать на вербальном и действенном уровне любую попытку ребенка причинить ей вред, но в то же время она должна продолжать упражнения. Именно в этом заключается двойственность ее роли. С одной стороны мать, должна дать ребенку почувствовать свою исключительность, и в этом отношении проявлять себя как сильная личность, а с другой стороны, - она должна выступать в роли защитницы. Занятие с ребенком заканчивается после того, как стороны пришли к соглашению, то есть после того, как ребенок прошел через этап истощения и подчинения, что позволило матери предоставить ребенку комфортные условия покоя или спокойной непродолжительной игры. Она и сама в этот момент находится в состоянии истощения как физически, так и эмоционально. Такое занятие занимает обычно не менее часа, а зачастую и гораздо больше.

Несомненно, совместный опыт матери и ребенка, приобретаемый в процессе таких занятий, формирует возрастающее чувство взаимной привязанности и, как результат, закрепляет коррекционное воздействие на ребенка. Холдинг-терапия вызывает множество споров среди специалистов и на данный момент не оценивается однозначно. Со своей стороны мы можем отметить, что холдинг-терапия, проводимая согласно всем правилам и подкрепляемая другими формами работы (предлагаемыми В. М. Башиной), действительно дает очень хорошие результаты.

Одним из важнейших направлений в коррекционной работе с аутичными детьми является по мнению Р. К. Ульяновой развитие общей и мелкой моторики. Обосновано это тем, что практически у всех аутичных детей отмечаются те или иные моторные нарушения: общая неловкость, недостаточно координированная походка, дети не умеют прыгать, стоять на

одной ногой, не в состоянии перешагнуть через препятствие, бросить мяч в цель, поймать его. Тонкие целенаправленные движения (нанизывание бус, шариков, колец пирамидки, складывание мозаики, попытка поставить цветы в вазу, вдевание нитки даже в большое ушко иглолки, застегивание пуговиц) вызывают большие затруднения. У детей нарушено чувство ритма, им трудно ходить под музыку, выполнять под нее движения. У большинства из них отсутствуют навыки самообслуживания.

Особые трудности аутичные дети испытывают при овладении графическими навыками. Наблюдается некоординированность движений руки, что ведет к искажению начертания буквы, к неровности нажима, неравномерности расположения букв в слове.

Для коррекции общей моторики рекомендуется использовать самые разнообразные упражнения- бег, прыжки, кувырки и т. д. Упражнения могут проводиться как в спортивном комплексе, так и на природе

Также хороши разнообразные подвижные игры - бег по склону, ходьба по бревну, игра в прятки (прятаться за деревом), бросание шишек в цель, игры "Кто бросит выше?", "Кто бросит точнее?" (надо попасть в дерево). Полезно аутичным детям находиться и двигаться в воде.

Занятия физическими упражнениями должны быть включены в общее расписание дня ребенка.

Упражнение вводится постепенно. Например, чтобы обучить игре в мяч, сначала надо поиграть с воздушным шариком.

Освоив игры с шаром, ребенок овладевает умением бросать мяч, катить его, ловить, бросать в корзину, сквозь обруч, расположенный на уровне рук, сбивать им со стены предметы - картонное яблоко, круг, перебрасывать мяч через веревочку, сбивать кегли.

Играя с ребенком в любую спортивную игру, взрослый должен учитывать моторную неловкость ребенка и незаметно для него помогать ему.

Занятия проходят в атмосфере благожелательности, дети должны испытывать только положительные эмоции. Этому может способствовать использование стихов, считалок, песенок,

Первое взаимодействие с аутичным ребенком строится при опоре только на его интересы. У детей часто обнаруживается интерес к мелким сыпучим предметам. Пересыпая горох, можно имитировать падение капель, сопровождая действие несложным вербальным сопровождением.

Очень полезны действия с пластилином, при этом следует обращать внимание, чтобы в результате несложной для ребенка деятельности получилась какая-либо поделка.

Также широко используются различные пальчиковые игры, игра в "волшебный мешочек", нанизывания бус, манипуляции с мелкими предметами.

Детям с более тяжелыми нарушениями тонкой моторики можно давать пересыпать ложкой или совочком горох, крупу из одной миски в другую: ребенка могут занять игры с песком на площадке.

Огромное значение для развития тонких движений имеет работа с бумагой. Сначала совместно изучаются свойства бумаги: бумага мнется, рвется, складывается, режется, ее можно склеивать. Далее проводятся различные игры с бумагой, изготавливаются поделки.

Отмечено, что многие аутичные дети, преодолевая серьезные трудности в моторике, могут достичь достаточно высокой степени организации деятельности, благодаря чему создается база для более успешного обучения в школе.

К сожалению, на сегодняшний день в специальной литературе предлагаются в основном отдельные направления работы с аутичными детьми. Однако, с другой стороны это дает практикующему специалисту свободу выбора, возможность сочетания различных рекомендаций для работы с каждым конкретным ребенком.

Заключение

Главное в лечении и реабилитации детей с РАС – заинтересованность родителей, участие родителей в жизни ребенка.

Если диагноз был поставлен до 1,5 лет, и своевременно проведены комплексные коррекционные мероприятия, то к 7 годам скорее всего, уже никто даже и не подумает, что мальчику или девочке когда-то ставили аутизм. Учеба в условиях обыкновенной школы, класса не доставит особых хлопот ни семье ни ребенку. Среднее профессиональное или высшее образование для таких людей - не проблема.

Если диагноз был поставлен позже 5 лет, то с большой вероятностью можно утверждать, что ребенок будет учиться по школьной программе индивидуально. Так как коррекционная работа в этот период уже осложнена необходимостью преодоления существующего жизненного опыта ребенка, закрепленных неадекватных моделей поведения и стереотипов. А дальнейшая учеба и профессиональная деятельность будут полностью зависеть от той среды - специально созданных условий, в которых будет находиться подросток.

Несмотря на то, что до 80% детей с аутизмом - инвалиды, инвалидность, как таковая, может быть снята. Это происходит благодаря правильно организованной системе коррекционной помощи. Необходимость оформления инвалидности продиктована, как правило, прагматичной позицией родителей, стремящихся обеспечить ребенка дорогостоящей квалифицированной помощью. Ведь для организации эффективного

коррекционного воздействия, на одного ребенка с РАС требуется от 30 до 70 тысяч рублей в месяц. Согласитесь, далеко не каждая семья в состоянии оплачивать такие счета.

По статистике, до 80% семей, воспитывающих детей с аутизмом в России - семьи с низким уровнем достатка. Это обусловлено и тем, что многие семьи неполные, и тем, что один из родителей вынужден оставить работу в пользу ребенка. Непомерные траты на реабилитацию ребенка с аутизмом, в сочетании с переживанием состояния фрустрации от кажущейся безысходности, часто являются поводом для развода. В этой связи, комплексная помощь детям и взрослым с аутизмом, должна включать психологическое сопровождение всех членов семьи, а финансирование коррекционных мероприятий в необходимом объеме обеспечиваться государством.

Мировая практика показывает, что лишь государственная система помощи, позволяет значительно снизить инвалидизацию людей с аутизмом. Государству это выгодно потому, что сокращение числа пожизненно обеспечиваемых инвалидов ведет к снижению бремени налогоплательщиков. А люди с аутизмом получают возможность жить, как все, принося пользу обществу.

Одной из основных задач родителей и специалистов, является развитие самостоятельности у детей с РАС. И это возможно, ведь среди аутистов есть программисты, конструкторы, музыканты, в общем успешные состоявшиеся в жизни люди.

Список литературы

1. Аутизм. Клинические протоколы лечения МЗ РК – 2015. 1-27с.
2. Горина, А. С. Биохимические механизмы развития аутизма и синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей : автореф. дис. ...д-ра биол. наук : 03.01.04 / Горина Анна Сергеевна. - Новосибирск : б/и, 2013. – 1-47 с.
3. Доброхотова, Т. А. Нейропсихиатрия / Т. А. Доброхотова. - 2-е изд., испр. - М. : БИНОМ, 2016. - 304 с. - ISBN 978-5-9518-0438-9 : 625.00. 55-73с.
4. Клинические рекомендации ФМИЦ психиатрии и наркологии МЗ РФ (2015). 1-23с.
5. Клинические рекомендации. Психиатрия / ред. Н. Г. Незнанов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 497 с. - ISBN 5-9704129-7-X : 576.00. 234-267с.
6. Петрухин, А. С. Детская неврология [Электронный ресурс] : учебник. В 2 т. ГЭОТАР-Медиа, 2012.15-37с.
7. Национальное руководство по психиатрии/под ред.Т.Б. Дмитриевой – Москва, 2009.- 100-120с.