

«КЕПАКИ»

ФОНД ОКАЗАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ АНДРЕАСА СОФОКЛЕУС

JOINING HANDS CREATING JOY

Практическое руководство для людей с аутизмом на Кипре: Права и льготы от государственных и негосударственных учреждений.

Практическое руководство для людей с аутизмом на Кипре: Права и льготы от государственных и негосударственных учреждений.

Copyright ©:

Издательская Организация: Фонд оказания социальной помощи Андреаса Софоклеус «Кепаки»

Проспект Архиепископа Макариоса III, 155, 3026 Лимассол

Тел: +35725849000 / 22849128/ Fax: +357 25849100

info@sofocleousfoundation.org

<http://www.sofocleousfoundation.org>

Запрещается переиздание, копирование частично или полностью, резюмирование, перефразировка, адаптация или редактирование содержимого этой книги любым способом, механическим, электронным, через ксерокопии, аудиозапись или другим способом без письменного разрешения автора.

ISBN 978-9963-9993-1-6

Лимассол, 2013

2-е издание – Обновленное (2013)
Исследование- Составление- Редактирование
Георгия Георгиу, школьный психолог

Научное обеспечение (2013)
Костас Фрэнсис, детский психиатр (Добровольный вклад)

Супервизия (2011-2014)
Асусена Софоклеус (Добровольный вклад)

Перевод на английский язык (2013)
Филия-Анна Христодулу

Перевод на русский язык (2014)
Елена Ярлыкова (филолог)
Оксана Шокпека (преподаватель английского языка)
Наталья Шеремета (переводчик английского языка)

1-е издание (2011)
Исследование- Составление- Редактирование
Евгения Куи, Социолог

Исследование - Редактирование
Христиана Вриониду, Социолог

Редактирование греческого текста (2011 и 2013)
Христалла Неофиту, филолог (Добровольный вклад)

Научное редактирование русского текста (2014)
Михрина Елена Марковна
Аудио-психо-фонолог дефектолог аутизма
Член Питерского правления сотрудник и участник сообщества "особые дети -
счастливые дети"
Специалист по работе с детьми с расстройствами аутистического спектра

ПРЕДИСЛОВИЕ

Эту работу, проделанную с большой любовью, мы посвящаем всем Вам, родителям, друзьям, профессионалам, которые тем или иным образом находятся рядом с людьми, имеющими расстройства аутичного спектра.

Это руководство было разработано при участии специалистов из государственного и частного секторов. Мы собрали необходимую и важную информацию, которая сочетается с опытом и знаниями родителей детей, страдающих аутизмом, что, безусловно, делает руководство более полным. Мы так же постоянно следим за развитием темы аутизма и дополняем наше руководство в Интернете.

Для нашего Фонда создание этого руководства было мечтой, которая осуществилась. От всего сердца надеемся, что оно будет эффективным и полезным для всех. Как однажды сказал Паоло Коэльо: " ... человек это не остров. Чтобы победить в доброй битве, нам нужна помощь ". Уверяем Вас, что вы не одиноки. Фонд оказания социальной помощи Андреаса Софоклеус «Кепак» и друзья фонда знакомы с проблемой аутизма и готовы быть вашими спутниками на этом жизненном пути.

Андреас Софоклеус Основатель Фонда
Азусена Софоклеус Президент Совета Директоров Фонда

«Joining hand, creating joy»

"Жить значит не просто существовать, но жить и создавать, уметь наслаждаться и переживать, и не спать не мечтая ..."

Грегорио Мараньон (1887-1960) Испанский врач и писатель

Уважаемые родители, друзья и учителя.

Мы с большим удовольствием приветствуем, этот проект, созданный с целью помогать и направлять родителей, друзей, учителей и социальных работников. Развитие этого проекта, действительно, очень важно, так как он направлен на исследование конкретной проблемы, которой, к сожалению, на сегодняшний день никто не посвятил достаточно времени. Поэтому мы выражаем сердечную благодарность фонду КЕПАКИ, который по собственной инициативе проделал эту столь важную работу. С момента нашего знакомства Фонд Кепакки проникся деятельностью Кипрской Ассоциации людей с аутизмом и на практике поддерживает нас и сегодня. Эта поддержка так же выражается в создании Центра сенсорной интеграции, предоставляющего лечение детей и взрослых с аутизмом.

В заключении, мы хотим поблагодарить всех, кто внес свой вклад. Особую благодарность выражаем основателю фонда Кепакки, господину Андреасу Софоклеус, председателю совета Фонда Асусене Софоклеус и всем членам совета за их огромную помощь детям с аутизмом и их семьям.

В прошлом году, Кипрская Ассоциация лиц с аутизмом посетили Израиль, где ознакомилась с доступными услугами для детей и взрослых с аутизмом. Мы надеемся и молимся, что соответствующие государственные службы, которые путешествовали вместе с нами, не оставят без внимания информацию, которую мы получили в этой поездке, а задействуют эти знания, чтобы дать нашим детям образование, лечение, профессиональную реабилитацию, занятость и уход, чтобы они могли вести достойную жизнь в обществе. Опыт этого путешествия показал, к чему мы должны стремиться.

Мы еще раз хотим выразить нашу благодарность Кепакки за решение продолжать оказывать свою поддержку нашей Ассоциации в течение 2013 года весьма значительным образом, в области "семейной психологической поддержки", которая является необходимым компонентом нашей работы, но которую, к сожалению, как Ассоциация мы были не способны обеспечить до сих пор.

Тасула Георгиаду
Президент Всекипрской Ассоциации людей с аутизмом

БЛАГОДАРНОСТИ (1-е издание, 2011)

Фонд оказания социальной помощи Андреаса Софоклеус выражает благодарность всем, кто помогал в создании этого руководства. Мы благодарим президента Всекипрской Ассоциации людей с аутизмом, г-жу Тасулу Георгиаду за оказанную нам помощь и поддержку. А также всех членов правления, сотрудников и участников Ассоциации, которые помогли нам в достижении нашей цели.

Мы выражаем особую благодарность доктору Христосу Христофи за сотрудничество и ценную информацию, а также Марию Кириаку, детского психолога за оказанную нам поддержку и помощь. Кроме того, мы благодарим государственных служащих, в частности г-жу Маро и г-жу Христиану за их ценную помощь, а также иные профессиональные организации, которые помогли нам, предоставив полезную информацию.

Кроме того, мы хотели бы поблагодарить Кристаллу Неофиту за редактирование текстов. Также выражаем особую признательность терапевтам, которые лично дали нам интервью, делясь информацией и рекомендациями о всех процедурах, которые они предоставляют. Мы благодарим Христоса Псиндру, за помощь в разработке обложки руководства, а также компанию Simplex и ее сотрудников, которые помогли нам разместить руководство на веб-странице Кепакки. Огромное спасибо родителям, которые приняли участие в наших исследованиях, давая интервью и делясь собственным опытом, тем самым помогая нам завершить подготовку руководства. Родители детей с аутизмом это герои, которые сражаются каждый день за то, чтобы их дети имели достойную жизнь.

Дополнительные благодарности ко второму изданию 2013

Фонд Кепакки продолжает свои социальные мероприятия, касающиеся темы аутизма. Возможность расширить руководство, обогатить его и обновить имеющуюся информацию это для нас большая радость.

Новая редакция руководства стала возможна, благодаря отдельным людям, различным частным и государственным организациям, некоторые из которых упомянуты выше и, которые мы благодарим от всего сердца. В частности, мы хотели бы поблагодарить Министерство образования и культуры, Министерство труда, социального страхования и здравоохранения, детского психолога доктора Костаса Франси и Институт генетики и неврологии. Сотрудничество всех этих людей помогло нам достичь и реализовать нашу цель.

СОДЕРЖАНИЕ

1.0 Введение	12
2.0 Расстройства аутичного спектра	
2.1 Понятие аутизма и его развитие	14
2.2 Классификация–Критерии	16
2.3 Клиническая картина	20
2.4 Что должно беспокоить родителей	22
2.5 Диагностика-Обследование	24
2.6 Эпидемиология - Сопутствующие диагнозы	27
2.7 Этиология	32
2.8 Прогрессирование и прогнозы	34
3.0 Законодательство и права (Фонд ожидает обновления этого раздела в связи с текущими изменениями законодательства)	
3.1. Права людей, страдающих аутизмом	36
3.2 Законодательство ЕС и Республики Кипр	38
3.3 Европейский Союз	38
3.4 Кипр	41
4.0 Терапия	
4.1 Основные принципы терапии	45
4.2 Индивидуальное образование	47
4.3 Общая терапия	50
4.3.1 Логотерапия	52
4.3.2 Трудовая Терапия– Сенсорная интеграция	56
4.3.3 Специальное обучение	61
4.3.4 Психологическая поддержка	62
4.3.5 Школьная интергация	64
4.3.6 Музыкальная	66
4.4 Специальные терапии	67
4.4.1 ТЕАССН	68
4.4.2 SPELL	68

4.4.3 АВА.....	68
4.4.4 PECS VS МАКАТОН.....	69
4.4.5 Обучение социальным навыкам (комиксы, Соц.истории).....	71
4.4.6 Медикаментозное лечение.....	73
4.4.7 Альтернативные методы.....	73
5.0 Прогнозируемые потребности взрослых с расстройствами аутичного спектра	
5.1 Проблемы в развитии у взрослых с РАС.....	76
5.2 Взрослые с РАС и высокофункциональным аутизмом.....	78
5.3 Диагностический процесс.....	80
5.4 Дифференциальный диагноз.....	80
5.4.1 Синдром навязчивых состояний.....	80
5.4.2. Шизоидное расстройство личности.....	81
5.4.3 Шизофрения- Психозы	81
6.0 Министерства– Государственные пособия – Схемы по обеспечению(Фонд ожидает обновления этого раздела в связи с текущими изменениями законодательства)	
6.1 Министерство культуры и образования Кипра.....	83
6.1.1 Специальное образование на Кипре.....	83
6.1.2 Обеспечение специальным образованием и обучением.....	88
6.2 Министерство здравоохранения.....	91
6.2.1 Служба психического здоровья для детей и подростков.....	91
6.3 Министерство труда и социального страхования.....	95
6.3.1 Социально-бытовое обеспечение.....	95
6.3.2 Координационная служба коррекции в раннем возрасте/Инспекция по делам несовершеннолетних	100
6.3.3 Меры поддержки трудоустройства людей с ограниченными физическими возможностями– Департамент социальной интеграции людей с ограниченными физическими возможностями	102
6.3.4 Меры по оказанию финансовой помощи для предоставления технических средств, приборов и другой помощи людям с ограниченными возможностями	103

6.3.5 Меры по организации/обеспечению технических средств, приборов и другой помощи людям с ограниченными возможностями.....	105
6.3.6 Финансовая поддержка Организаций людей с ограниченными возможностями для обеспечения возможности найма социального работника в помощь их членам	106
6.3.7 Финансирование отдыха людей с ограниченными возможностями	107
6.4 Министерство внутренних дел.....	108
6.4. Меры по улучшению жилищных условий получателей социальной помощи.....	108
6.4. Меры по улучшению учреждений, которые обеспечивают жилье и уход за престарелыми людьми и инвалидами, которые являются получателями социальной помощи	110
6.4.3 Меры по обеспечению жильем людей с низким доходом.....	113
7.0 Негосударственные организации – Ассоциации	
7.1 Кипрская Ассоциация людей с аутизмом	116
7.2 Ассоциация родителей и друзей детей с особыми потребностями	117
7.3 Радиомарафон.....	119
7.4 “АЛМА” Детский центр развития навыков	120
7.5 Верховая езда для людей с ограниченными возможностями/Верховая езда для Ассоциации инвалидов (RDA)	121
7.6 Спорт.....	122
7.6.1 Специальная Олимпиада на Кипре.....	122
7.6.2 Спорт для всех.....	123
8.0 Льготы от полугосударственных учреждений	
8.1 СУТА.....	124
8.2 СЕА -Кипрское Энергетическое Управление (КЭУ).....	126
8.3 Кипрские авиалинии - Cyprus Airways.....	127
9.0 Заключение.....	129
10.0 Еще несколько мыслей	133

11.0 Ссылки.....	134
12.0 Дополнения.....	140



1.0. ВВЕДЕНИЕ

Фонд оказания социальной помощи Андреаса Софоклеус «Кепаки» (регистрационный номер 268) был основан по инициативе генерального директора «Группы компаний Андреас Софоклеус» Андреасом Софоклеус с целью продолжить вносить свой вклад в социальные, культурные и благотворительные мероприятия более современными и организованными методами. Это некоммерческая организация, в совет которой входят одиннадцать человека, на добровольной основе предоставляющая свои услуги тем, кто в них нуждается. Деятельность Кепаки сосредоточена на **четырёх** основных направлениях: **аутизм, социальная интеграция (адаптация), профилактика употребления наркотических веществ, предоставление стипендий.**

Фонд Кепаки в тесном сотрудничестве с Кипрской Ассоциацией людей с аутизмом, ознакомился с проблемами аутизма.

Кепаки ведет ценную и разнообразную деятельность. Однако, самым большим достижением в области аутизма, является создание и оснащение «Центра занятости и лечения для лиц с аутизмом». С октября 2010 года мы передали деятельность Центра в управление Кипрской Ассоциацией людей с аутизмом.

В процессе своей деятельности, обнаружив, что родители недостаточно информированы о законах, льготах, спонсорстве и других правах, которыми они обладают, Кепаки взял на себя инициативу создания специального пособия. В частности, пособие содержит полезную информацию с особым акцентом на лечение, услуги, законодательство, документы Европейского союза, которые регулируют права таких людей и процедуры для получения льгот.

Первое пособие было подготовлено после методичного и профессионального проведения социальных исследований социологами нашего фонда. На начальном этапе было проведено качественное исследование с целью подтвердить эмпирические знания фонда и собрать дополнительную информацию. Также были проведены консультации со специалистами, врачами, государственными служащими и родителями детей с аутизмом. Полученные данные были поделены на категории и разделы. Информация, содержащаяся в каждом разделе, получена из надежных, научных источников и была неоднократно проверена.

Через год после создания пособия, пообщавшись с компетентными службами, мы обнаружили, что большое количество информации нуждается в изменениях. Этого следовало ожидать, так как с самого начала нашей целью было обновление пособия для того, чтобы всегда быть в курсе новых эмпирических данных. Таким образом, начался процесс обновления пособия.

Новая информация, была получена из различных самых последних авторитетных и надежных источников последних лет. В то же время, с целью улучшить пособие, мы сочетаем профессиональный способ описания с более простым, путем включения таблиц, иллюстрирующих основные моменты каждого подраздела. Эта корректировка была внесена, чтобы пособие стало полезным, как для родителей, так и для специалистов, работающих с этими расстройствами.

Радует тот факт, что знания и опыт, которые приобрел фонд Кепачи относительно спектра этих расстройств, завершился созданием руководства. Фонд Кепачи стал своего рода маятником, который собирает информацию и передает ее в виде надежного материала.

Пособие размещено в Интернете, так что каждый желающий имеет свободный доступ к нему. Информация же будет обновляться в порядке необходимости.

2.0 . РАССТРОЙСТВА АУТИЧНОГО СПЕКТРА.

2.1 . Понятие аутизма и его развитие

Термин «аутизм» впервые использовал психиатр Эйген Блейлер в 1911 году. Первоначально он ссылаясь на значительную аномалию психического мира, которая выражалась в резкой отгороженности от отношений с людьми и социальной средой, отгороженностью столь крайней, что, кажется, человек отвергает все, за исключением себя. Эту отгороженность от отношений можно охарактеризовать отчуждением от социальной жизни, с погружением в себя. Первоначально этот термин был использован так же для описания некоторых абстинентных синдромов шизофрении.

В 1943 году Лео Каннер вновь ввел термин в использование, чтобы описать 11 детей с особым клиническим случаем, который он назвал " Аутичные нарушения эмоционального контакта»¹. Через год, и независимо от Каннера, австрийский педиатр Ганс Аспергер описал в своей работе, которую он назвал " Аутичные психопаты в детском возрасте», детей с аналогичной клинической картиной. Эта работа была издана на немецком языке и, к сожалению, ей не было уделено достаточно внимания до 80-х годов, когда она была обнаружена и переведена Утой Фрит.

Затем последовал длительный период, когда концепция аутизма глубоко изучалась, и были подняты и решены 3 основные задачи:

а) Взаимосвязь с шизофренией. Несмотря на возражения того же Каннера, оба расстройства были быстро связаны, определяя аутизм как форму детской шизофрении. Вопрос был разрешен после окончания исследований Кольвина и Раттера^{2,3}, которые выявили, что эти два заболевания являются различными расстройствами, а не вытекают одно из другого.

б) Влияние ранней психической травмы на отношения чувствительного ребенка уязвимого по отношению к «холодной» матери (родителю). Несмотря на его первоначальные заявления о том, что " эти дети родились с врожденной неспособностью устанавливать нормальные и биологически обусловленные эмоциональные контакты с другими людьми”, Каннер поддержал эту теорию, в которой родители рассматривались как “холодные рационалисты”, оказывающие вредное влияние на психику ребенка и являющиеся причиной его расстройства.

-
1. Kanner L. (1943) Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 2, 217-250
 2. Kolvin I. et al. (1971) I-VI articles on childhood psychoses. *BJP* 118:381-419
 3. Rutter M. (1972). Childhood Schizophrenia reconsidered. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 2,315-337

Множество исследований за последние 40 лет окончательно опровергли этот подход и показали, что не только причины заболевания не психогенные, но и то, что поведение родителей детей с аутизмом ничем не отличается от поведения родителей детей с другими нарушениями.

в) Взаимосвязь с умственной отсталостью. Хотя умственная отсталость часто сосуществует с аутизмом, по своему значению они не идентичны, и невозможно объяснить основные не зависящие от интеллекта, трудности этих людей.

Разрешение вышеуказанных задач, способствовало быстрому развитию концепции: аспекты развития расстройства были подтверждены в 1980 году на третьем пересмотре Диагностического и статистического руководства Американской Ассоциации Психологов (DSM-III).

В 1979 году в Камбервелле (Великобритании) в своей работе Лорна Винг (Lorna Wing) вывела понятие триады трудностей, которые характеризуют аутизм и составляют основу для любого типа концептуального понимания.¹ Эти трудности касаются социального взаимодействия, социального общения и воображения (ограниченное воспроизведение, жесткость, повторяющиеся поведение и трудности принятия изменений).

Эта триада часто сопровождается ограничительными и стереотипными действиями, повторяющимися жестами и атипичными реакциями на сенсорные стимулы. Со временем, другие подобные нарушения были добавлены к первоначальному диагнозу аутизма, постепенно вводя в спектр заболевания понятия, которые помогают отображать разнообразный характер аутизма, как с точки зрения клинических симптомов, так и с точки зрения трудностей и ограничений функционирования человека.

Основные положения

- ✓ Аутизм происходит от греческого слова "сам".
- ✓ Впервые был описан Каннером и Аспергером в начале 40-х годов.
- ✓ Ясно, что это не ранее клиническое проявление шизофрении, он не относится к ранним психологическим травмам (т.е. синдром холодной матери), и не следует путать его с умственной отсталостью.
- ✓ Аутизм является нарушением развития, которое характеризуется трудностями в социализации, общении и воображении (триада Wing), оно сопровождается повторяющимися стереотипными действиями, повторяющимися жестами и атипичными реакциями на сенсорные стимулы.
- ✓ Концепция спектра в настоящее время охватывает разнообразные клинические проявления и последствия на уровень функционирования человека.

1. Wing, L. & Gould, J. (1979), "Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, pp. 11-29.

2.2. Классификация – Критерии

В современной психиатрии расстройства классифицируются по описательным критериям двух основных диагностических систем, которые регулярно пересматривают и обновляют данные, а именно это: Американская психиатрическая ассоциация и Всемирная организация здравоохранения.

На сегодняшний день наиболее новыми справочниками являются: Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и Диагностическое и статистическое руководство, 4-й пересмотр, редактирование текстов (DSM-IV-TR). Эти две системы чрезвычайно близки используемыми ими классификациями нарушений и критериями (Табл.1) определения аутизма. Однако в 2013 году будет применяться пятый пересмотр Диагностического и статистического руководства, который, вероятно будет принят на 11-ом пересмотре Международной классификации болезней.

Для того, чтобы быть актуальными, в этом руководстве мы будем ссылаться как на текущие классификации, так и на те, которые придут им на смену, а именно DSM-V.

Таблица 1. Расстройства аутичного спектра в системах классификаций

ICD-10	DSM-IV-TR	DSM-V / ICD-11
F84.0 Детский аутизм	299.0 Аутичное расстройство	Расстройства Аутичного Спектра
F84.3 Дизинтегративное расстройство детского возраста	299.10 Дизинтегративное расстройство детского возраста	
F84.5 Синдром Аспергера	299.80 Синдром Аспергера	
F84.1 Атипичный Аутизм	299.80 Первазивное расстройство развития неутончённое	
F84.8 Другие первазивные расстройства развития		
F84.9 Первазивные расстройства развития неспецифицированные		
F84.2 Синдром Ретта	299.80 Синдром Ретта	
F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями		

В современных системах термин общего расстройства развития (ОРР) используется, чтобы обозначить группу нарушений развития, которые не являются ни обобщенными, например, как умственная отсталость, но и не ограничиваются некоторыми конкретными областями, такими как нарушения развития навыков речи/коммуникации, обучения и моторики.

Эти нарушения (кроме расстройств синдрома Ретта) называются также расстройствами аутичного спектра (РАС), этот термин указывает на их отношение к классическим аутичным расстройствам. Термин РАС используется при пересмотре обеих классификаций (DSM-V и МКБ-11). Чтобы диагностировать детский аутизм или расстройство аутичного спектра, необходимо проявление 6-ти симптомов из всех трех областей (табл. 2) и начало заболевания должно проявиться в возрасте до 3-х лет.

Таблица 2. Основные диагностические критерии аутизма согласно Руководству DSM-IV-TR

А. Качественные нарушения в сфере социальных взаимодействий
А ₁ Проблемы при использовании различных форм невербального поведения, таких как: зрительный контакт, мимика, позы и жесты, служащие для регулирования социальных взаимодействий
А ₂ Неспособность устанавливать отношения со сверстниками, соответствующие текущей стадии развития.
А ₃ Отсутствие спонтанного желания поделиться своей радостью, интересами или достижениями с другими людьми (ребенок не показывает пальцем на объекты своего интереса, не приносит и не протягивает их)
А ₄ Отсутствие социального и эмоционального взаимодействия
В. Качественные нарушения в коммуникативной сфере
В ₁ Задержка или полное отсутствие разговорной речи (не сопровождающаяся попытками компенсировать ее отсутствие с помощью альтернативных модусов коммуникации, таких как мимика и жесты)
В ₂ Нарушение способности начинать или поддерживать разговор с другими людьми
В ₃ Стереотипный или повторяющийся характер использования речи или речевая идиосинкразия
В ₄ Отсутствие игр, отличающихся разнообразием форм, проявлением спонтанности, а также отсутствие игр, имитирующих социальные аспекты действительности, соответствующие текущей стадии развития
С. Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные паттерны поведения, интересы и виды занятий
С ₁ Постоянное предпочтение и полная поглощенность одним или несколькими стереотипными и ограниченными интересами, патологическими по интенсивности и сосредоточенности
С ₂ Неизменное следование специфическим и нефункциональным ритуалам, либо выполнение однообразных рутинных действий.
С ₃ Стереотипные и повторяющиеся моторные манеризмы (в частности, вращение или хлопки руками или пальцами либо сложные телодвижения)
С ₄ Постоянный интерес к определенным деталям или предметам

Лица с *синдромом Аспергера*, имеют схожие трудности в социальной сфере и в сфере повторяющегося поведения и интересов, задержка речи не обязательна (хотя могут

присутствовать коммуникативные трудности) и их интеллект, по определению, ограничен. Если критериям не соответствуют количество либо типы синдромов, и/или возраст, в котором они проявляются, в этом случае ставится диагноз «Атипичный Аутизм» или «Расстройство развития». Существует ошибочное мнение, что синдром Аспергера и Атипичный Аутизм это более мягкие формы заболевания. Тем не менее, исследования показывают, что, когда принимается во внимание коэффициент умственного развития человека, классификация в пределах спектра не дает долгосрочных положительных прогнозов. Таким образом, наличие или отсутствие речевых навыков у лиц с расстройствами аутичного спектра, которые имеют схожий интеллект (высокофункциональный аутизм или синдром Аспергера) не предопределяет окончательный результат¹, и в то же время количество и тяжесть симптомов не всегда сопровождается дефицитом в функционировании².

В крайне редких случаях, когда мы имеем полностью нормальное развитие социальной и коммуникационной сфер, развитие речевых и игровых навыков в первые 2 года жизни, и потеря навыков, как правило, начинается после 3 или 4 года (обязательно до 10 лет), с конечной картиной, похожей на типичный Аутизм с некоторой степенью умственной отсталости, в этом случае ставится диагноз *Детское дезинтегративное расстройство* (ранее синдром Heller). В этом случае следует разграничивать это расстройство от феномена "регрессии развития", который наблюдается примерно в 30% случаев аутичного расстройства.

В подобном случае происходит почти нормальное развитие (редко совершенно нормальное) с некоторыми слабовыраженными симптомами и / или задержка до 18-24 месяцев, когда наблюдается постепенная или внезапная потеря навыков в большинстве случаев касающихся (и) общения и речи.

-
1. Howlin P. (2003) Outcome in high-functioning adults with autism with and without early language delays: implications for the differentiation between autism and Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord.* 33(1):3-13
 2. Szatmari P, et al (2002) Quantifying dimensions in autism: a factor-analytic study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 41(4):467-74.

В пересмотренном¹ классификаторе систем, которые подготавливаются (DSM-V и МКБ-11) предложено, чтобы вышеперечисленные расстройства были включены в одну диагностическую категории, под названием РАС (Расстройства Аутичного Спектра), поскольку, во-первых, различие между отдельными расстройствами делается непоследовательно и в ненадлежащем порядке, и во-вторых определяются общим набором поведения.

Для того, чтобы применять классификацию РАС при определении клинической картины отдельного человека, рекомендуется использовать клинические определения (степень тяжести, языковые навыки и развитие и так далее), а также сопутствующие характеристики (например, умственная отсталость, эпилепсия, известные генетические этиологии и так далее). Три области симптомов сокращаются до двух, коммуникативность и общительность объединены в одну, так как трудно провести различие между ними. Задержка развития речи характерна не только для РАС, а является лишь одним из факторов. Результаты статистического анализа больших баз данных подтвердили решение и решение объединить две области симптомов в одну. Вторая область - это ограниченные интересы и повторяющееся поведение, в которую вначале входили сенсорные характеристики. Обе области симптомов определяются тяжестью описанной в критериях. Используемые критерии станут уже и более жестко ограничены, и будут приведены в соответствии с возрастом и уровнем владения языком.

Что касается клинического спектра, также описан расширенный фенотип аутизма, который характеризуется умеренными поведенческими характеристиками, касающимися относительной изоляции, которые также могут присутствовать у родственников пациентов (родителей, братьев и сестер). Конкретные трудности варьируются от языка и общительности, до личностных характеристик, таких как жесткость, компульсивное влечение, повторяющиеся действия и т.д. Для того, чтобы поставить диагноз РАС недостаточно знать уровень интенсивности и количество этих симптомов, но это может помочь определить эндофенотип или промежуточный фенотип, как указано в генетических исследованиях.

Основные положения

- ✓ Существующие системы классификации приводят несколько подкатегорий спектра аутизма, такие, как аутизм, синдром Аспергера, атипичный аутизм и т.д.
- ✓ Вопреки общепринятому мнению, такая классификация не влияет на конечное развитие человека с точки зрения функциональности (если интеллект учитывается).
- ✓ Поскольку результаты исследований не поддерживают различие между категориями, в новой классификации (2013 г.) все случаи будут включены в одну категорию под названием Расстройства аутичного спектра (РАС).

1. American Psychiatric Association DSM-V development:
<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=94#>

2.3. Клиническая картина

К числу основных характеристик РАС относится как разнообразие возможных проявлений синдрома, так и другие значимые неравномерные и асинхронные развития навыков. В сфере социально-эмоционального развития существуют отклонения в формировании процесса нормальной привязанности, способности к совместному вниманию, приобретении компетентного сознания, понимании и выражении эмоций, социальной взаимности, подражании и, наконец, понимании двустороннего взаимодействия. Трудности в коммуникации не зависят от интеллекта и по большей части носят качественный, а не количественный характер. Таким образом, человек с расстройствами аутичного спектра может быть социально изолирован (ведет себя так, как будто нет других людей), пассивен (позволяет другим людям направлять себя), своеобразно активен (со странной и неуместной общительностью) или слишком формальным и жестким (соблюдая правила, в действительности не понимает их значения).

Нарушения в общении включают в себя задержку или отсутствие речевого развития, часто из-за отсутствия понимания, что есть общение, и какие возможности оно предоставляет. В то время, как РАС не влияет на фонологию и форму языка, существуют значительные отклонения в содержании (семантике) и использовании (прагматике) языка.

Таким образом, могут иметь место выраженные затруднения при использовании невербальных компонентов общения (обедненная жестикуляция, мимика, своеобразный стиль речи – нарушения интонации), буквальное понимание, своеобразное использование слов и / или неологизмов, трудности в иницировании и поддержании разговора (особенно по вопросам, не входящим в круг их интересов) и трудности в повествовании и описании из-за неспособности отбирать нужное количество информации для того, чтобы быть понятным собеседнику (либо речь наполнена деталями, или может использоваться телеграфный стиль общения).

Третий сегмент включает в себя ограниченные и очень специфические интересы, которые занимают слишком много времени, характеризуются повторяющимися действиями, стереотипными движениями рук и тела, отсутствием воображения и игровых навыков (неотделение воображаемого от действительного, потребности в играх не снижены), а также и причудливые реакции на сенсорные стимулы (гипо-и гиперчувствительность). Другие характеристики включают в себя самоповреждение, фиксацию внимания на определенных объектах, сопротивление изменениям (происходящими как в их программе, так и в окружении), необычные осанка и походка, и необычные страхи (часто по, казалось бы, незначительным вопросам).

Субъективные когнитивные характеристики включают в себя высокие уровни стресса, с которыми сталкиваются эти лица, негибкое и простое мышление, трудности в разграничении реального от вымышленного, сосредоточенность на деталях, в отношении информации, трудности при разграничении важного от незначительного и относящегося от не относящегося к делу, трудности в обобщении изучаемого, склонность мыслить в большей степени образами и в меньшей категориями, трудности в создании образов и понимании взаимосвязи времен и исключительные визуально-пространственные способности.

Их внимание может быть ограничено одним центром и могут возникнуть трудности при смене фокуса внимания, или наоборот достаточно легко отвлекаются на внутренние и внешние раздражители. В то время как зрительная память часто превосходная, другие виды памяти значительно снижены, что выражается в асинхронности упомянутой выше. Такая же асинхронность наблюдается и в интеллектуальном профиле в чрезмерных отклонениях между вербальными и умственными способностями, а также между субшкалами каждой из шкал.

Основные положения

- ✓ Существует большое разнообразие клинических проявлений РАС, что делает клиническую характеристику каждого человека уникальной.
- ✓ В социальном плане человек с расстройствами аутичного спектра, может быть замкнутым, пассивным, энергичным, но так же своеобразным или слишком типичным.
- ✓ Возможны отсутствие или задержка речи, а так же проблемы в ее понимании и использовании. Трудности в инициировании и поддержании разговора, в повествовании и описании, понимании слов, трудно инициировать или поддерживать разговор, рассказать и описать, недоступно понимание слов с переносным значением.
- ✓ Существуют проблемы в невербальной коммуникации: ограниченная жестикауляция, мимика, своеобразный стиль речи.
- ✓ Наличие ограниченных и специфических интересов, стереотипного поведения, повторяющиеся движения рук и тела, отсутствие воображения и неспособность участвовать в играх, своеобразные реакции на сенсорные раздражители.
- ✓ Другие особенности: самоповреждение, привязанность к объектам, сопротивление изменениям, необычные осанка и походка, необычные страхи.
- ✓ Основополагающие дефициты: высокий уровень тревожности, жесткость и буквальность мышления, внимание к деталям, трудности в обобщении изучаемого, трудности в понимании временных последовательностей, проблемы с вниманием и асинхронность в различных типах памяти и когнитивных навыках.

2.4 .Что должно беспокоить родителей?

Очень часто родители беспокоясь о задержке речевых навыков ребенка обращаются к врачам, которые стараясь их успокоить говорят, что “Мальчики начинают говорить поздно “или “Ребенок ленив”, “ Он не хочет говорить ”, “ Давайте подождем, пока он немного подрастет ”, “ Вы слишком беспокоитесь”. Поэтому часто опаздывают с постановкой диагноза, что сказывается на развитии ребенка. Не исключены случаи когда на самом деле родители излишне беспокоятся, однако это не должно быть первой мыслью специалиста, особенно в тех случаях, когда причиной для беспокойства родителей являются задержка речи, а также коммуникативных навыков и/или других характеристик упомянутых в табл. 3. Исследования показывают, что беспокойство родителей является одним из самых надежных, ранних предпосылок для диагностики¹ и, следовательно, специалисты должны уделить этому внимание.

Таблица 3. Поведение ребенка с РАС в различных сферах, которое зачастую может беспокоить родителей².

Сфера коммуникации	Сфера социализации
<ul style="list-style-type: none"> • Не реагирует на имя • Не может сказать, что он хочет • Задержка речевых навыков • Не следует указаниям • Порой кажется, что у ребенка снижен слух • Иногда кажется, что слушает, а иногда нет • Не показывает «привет» или не кивает здороваясь • Начал использовать некоторые слова, но прекратил 	<ul style="list-style-type: none"> • Не улыбается в ответ • Предпочитает играть в одиночку • Делает что-то только для себя • Является очень независимым • Делает вещи `ранние` для его возраста • Отсутствует зрительный контакт • Находится в своем собственном мире • Игнорирует всех • Не заинтересован в других детях

1. Ozonoff S, et al (2009) How early do parent concerns predict later autism diagnosis? J Dev Behav Pediatr. 30(5):367-75
2. Charman & Baird (2002) Practitioner review: Diagnosis of autism spectrum disorder in 2- and 3-year-old children. J Child Psychol Psychiatry. 43(3):289-305.

*Ο πίνακας έχει αποδοθεί στα ελληνικά από τον Γ. Καραντάνο.

<p>Поведение</p> <ul style="list-style-type: none"> • Истерики • Является гиперактивным / отказывается от контакта или оппозиционен • Не знает, как играть с игрушками • Заикливается на одной и той же вещи снова и снова • Ходит на цыпочках • Имеет необычную привязанность к игрушкам (например, всегда держит определенный предмет) • Складывает предметы в определенном порядке • Чувствителен к некоторым звукам или материалам • Делает странные движения 	<p>Абсолютные показания к немедленной дальнейшей оценке</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не лепечет в возрасте 12 месяцев • Не жестикулирует (отсутствует указательный жест, не машет «до свидания» и т.д.) в 12 месяцев • В 16 месяцев не произносит слова отдельно • Не использует фразы из двух слов (и не только эхолалия) в 24 месяца • Потеря любых навыков, связанных с языком или социальным взаимодействием в любом возрасте
---	---

Если родитель или педиатр наблюдает любой из вышеперечисленных симптомов, то развитие ребенка следует оценивать, принимая во внимание не только развитие речи, но коммуникативность.

Есть определенные инструменты отбора (скрининга), которые могут быть использованы педиатром при постановке диагноза, но если они ему неизвестны, или если ваш ребенок проявляет некоторые из абсолютных показаний для оценки, вы должны направить ребенка к специалисту (детскому неврологу, или развивающему педиатру).

<p>Основные положения</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Родители, как правило, озабочены задержкой речи. ✓ Если родители обеспокоены трудностями в общении, коммуникабельности или поведении, важно знать, что они входят в число самых надежных показателей. Дальнейшая оценка должна проводиться таким образом, чтобы не допустить того, что драгоценное время, будет потеряно. ✓ Некоторые симптомы (таблица 3) являются показателями для немедленного направления к специалисту: детскому психологу или педиатру.
--

2.5. Диагностика - Обследование

Важным моментом в отношении РАС является отсутствие единого (патогномоничного) симптома, который является достаточным или необходимым при постановке диагноза. У человека, в зависимости от его уровня развития, должно проявляться сочетание нескольких симптомов.

Надежный диагноз может быть поставлен в возрасте от 2-2,5 лет, при условии, что специалист использует соответствующие инструменты¹. Однако и в более раннем возрасте, опять же при использовании соответствующих инструментов (например, детская шкала наблюдения для диагностики аутизма (Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS) или шкала наблюдения для диагностики аутизма детей грудного возраста и т.д.) и наличии положительного клинического опыта, врач может поставить предварительный диагноз. На Кипре, как в государственных, так и в частных больницах, работают физиотерапевты и профессиональные врачи, которые, изучив движения и сенсорные реакции младенца, могут отметить любые отклонения от типичного развития. Значение предварительной диагностики состоит в том, чтобы объяснить родителям, что из-за раннего возраста ребенка полное и эффективное обследование может быть сделано в будущем.

Тем не менее, трудности в развитии ребенка следует отнести к РАС, чтобы начать соответствующее вмешательство во избежание потери драгоценного времени. Следует отметить, что во всем мире предпринимаются усилия чтобы сократить время постановки диагноза до 18 месяцев, поскольку исследования показывают, что раннее вмешательство дает большие результаты².

Диагностический процесс начинается с подробного изучения истории развития с целью определить задержки в развитии и (в основном) отклонения РАС. Существуют полуструктурированные интервью, такие как опросник для диагностики аутизма, адаптированный вариант (ADI-R), опросник для диагностики социальных заболеваний и нарушений способности к общению (DISCO), опросник для диагностики развития и пространственного восприятия (3Di). Впоследствии, клиническое наблюдение личности необходимо, чтобы определить поведение (рекомендуется использовать полуструктурированными интервью с соблюдением шкалы диагностики аутизма - ADOS) в естественной среде человека, например в школе. В процессе постановки диагноза, особенно при оценке, помогают анкета самоотчета и опросники родителя/учителя.

1. Lord C, et al (2006) Autism from 2 to 9 years of age. Arch Gen Psychiatry. 63(6):694-701.

2. Dawson G. (2008) Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. Dev Psychopathol. 20(3):775-803.

После проведения диагностики, требуется детальная оценка личности (речевые навыки, профессиональные/сенсорные навыки, когнитивные, функциональные, а также способности к обучению) в целях выявления конкретных слабых и сильных сторон для выработки индивидуального плана коррекции.

Клинические и лабораторные обследования, которые необходимо провести ребенку с диагнозом РАС, должны быть длительными, как это часто бывает в некоторых медицинских учреждениях. Как и с любым другим расстройством, при оценке нужно руководствоваться рекомендуемыми действиями для конкретного расстройства, а также наличием клинических симптомов. Обширное тестирование только может оказаться сложным для самого ребёнка и его семьи, при этом не внесет ничего существенного в диагностику или в решение проблемы.

Ниже перечислены некоторые рекомендации¹⁻²:

- Качественное клиническое неврологическое тестирование, так как у этих детей часто наблюдаются легкие симптомы (микросимптоматика).
- Оценка слуха, даже если клинически нарушения не проявляются.
- Обследование кожи (с помощью лампы Вуда) для возможных признаков туберозного склероза-ТС (40% детей с ТС имеют РАС, однако, 1-4% детей с РАС имеют ТС, увеличиваясь на 8-14% если есть судороги) или Нейрофиброматоз-NF (примерно 1% детей с РАС). Соответствующее обследование проводится детским неврологом.
- Многие специалисты рекомендуют генетическое тестирование Синдрома хрупкой X-хромосомы (FXS), поскольку с одной стороны 2-6% детей с РАС имеют FXS, с другой стороны, наличие синдрома влияет как на прогнозирование (умственная отсталость становится все более распространенной), так и на консультирование у генетика, если семья хочет еще иметь детей. Экспертиза на Кипре может быть проведена в Институте неврологии и генетики в Никосии.
- Дальнейшее генетическое тестирование можно провести только если генетик обнаруживает признаки или симптомы, которые указывают на известный синдром (например, Энгельмана/Прадера-Вилли и т.д.), который связан с расстройством. По оценкам, в 25% случаев можно обнаружить некоторое генетическое изменение (дополнительный или отсутствующий генетический материал, ВКК и т.д.), особенно в специализированных центрах, расположенных за рубежом. Тем не менее, такое исследование не должно быть частью стандартной оценки, кроме случаев, когда врач считает, что это будет полезно для генетического консультирования (идентификация мутаций De Novo).

1. Filipek PA, et al. (2000) Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology* 55: 468–479.

2. CLINICAL PRACTICE GUIDELINE: Quick Reference Guide for Parents and Professionals AUTISM / PERSISTENT DEVELOPMENTAL DISORDERS ASSESSMENT AND INTERVENTION FOR YOUNG CHILDREN (AGE 0-3 YEARS) <http://www.health.ny.gov/publications/4216.pdf>

- Стандартная томография (КТ или МРТ) не является необходимой, так как возможные результаты не будут специфическими для РАС (результаты ничем не отличаются от результатов нормально развивающихся детей) и не внесут ничего существенного, при условии, что к этому нет никаких клинических показаний. МРТ не может навредить ребенку, но следует помнить, что он будет находиться под наркозом.
- Оценка с помощью Электроэнцефалографии (ЭЭГ) требуется только, когда есть показания, судорожные состояния или когда дети поступают с внезапной потерей речи, в более взрослом возрасте, нежели который предполагается при РАС (3-7 лет вместо 1,5-2.5) и врач может заподозрить наличие синдрома Ландау-Клеффнера. Недавно был опубликован доклад¹, в котором говорится об использовании ЭЭГ при диагностике РАС, но эти исследования находятся на стадии разработки и требуют описания и анализа, который выходит далеко за рамки того, что необходимо при обычной ЭЭГ.
- Вероятность заболевания, связанного с обменом веществ (в том числе митохондриального расстройства) при РАС является <0,5% и, таким образом, стандартное тестирование не требуется², если клинические проявления у ребенка не предполагают обязательного обследования.
- Это также относится к аллергическому и иммунологическому контролю.
- В случае, если у ребёнка проявляется задержка психического развития и Пикацизм (беспорядочное употребление в пищу несъедобных или вредных для организма веществ), то также требуется серьезное обследование.

Основные положения

- Нет абсолютного признака, наличие которого необходимо или достаточно для постановки диагноза.
- Точный диагноз устанавливается в возрасте около 2-2,5 лет. Раньше ставится предварительный диагноз.
- Оценка включает в себя подробное изучение истории развития, клиническое наблюдение и наблюдение в естественных для ребенка условиях (например, в школе).
- После диагностики, детальная оценка трудностей ребенка необходима для того, чтобы разработать для него индивидуальный план коррекции.
- Стандартная оценка РАС включает в себя неврологическое обследование, проверку слуха, обследование кожи (с помощью лампы Вуда) и тестирование Синдрома хрупкой X-хромосомы.
- Любой другой осмотр должен проводиться только тогда, когда этого требуют клинические показатели ребенка.

1. Duffy & Fhals (2012) A stable pattern of EEG spectral coherence distinguishes children with autism from neuro-typical controls - a large case control study. BMC Med. 26;10(1):64

2. Schiff M, et al. (2011). Should metabolic diseases be systematically screened in nonsyndromic autism spectrum disorders? PLoS One. 6(7):e21932. Epub 2011

2.6 Эпидемиология – Сопутствующие диагнозы

Расширение концепции расстройства и, как следствие, расширение критериев привело к значительному увеличению расчетного распространенности от 5: 1000, которое касалось узко определенного расстройства (классический или аутизма Каннера) в процентах, что составляет чуть выше 1% для все РАС (хотя гораздо более высокие проценты, до 2,6% были зарегистрированы в исключительно хорошо проведенных исследований в общей популяции)¹⁻². Согласно исследованиям такой рост распространенности расстройства не может быть полностью обусловлен изменением диагностических критериев и более тщательной диагностикой, указывая на то, что небольшой подъем заболеваемости не может быть исключен. В таблице 4 мы приводим оценку распространенности расстройства на Кипре, основываясь на международных исследованиях, так как нет эпидемиологических данных для острова, а также на данных национальной переписи 2011 года.

Таблица 4. Расчеты распространенности расстройств аутистического спектра на Кипре

	На 10.000	Кол-во несовершеннолетних (<19)	Кол-во взрослых	Общее число
Расстройство аутичного спектра	30	620	1490	2110
Другие РАС (Аспергер, Атипичный аутизм)	80	1653	3973	5626
Total	110	2273	5463	7736
Люди с умственной отсталостью (IQ<70)		16-40%	1237-3094	

Соотношение РАС между мальчиками и девочками составляет от 2,5: 1 до 5: 1, с разницей на снижение, насколько это возможно, функциональности и интеллекта и увеличение насколько возможно, однако без достижения исключительно высоких показателей, которые приводились в прошлом (например, 9: 1); которые были отнесены к сложности идентификации высокофункционального РАС у девочек.

Проведенные исследования населения показывают, что от 16 до 40% имеют умственную отсталость (IQ <70), в то время как 7-12% имеют высокий интеллект (IQ > 120). Больше всего тревожит тот факт, что в большом количестве случаев (до 60%) РАС на диагностировано и дети посещают обычную школу, не получая при этом надлежащего лечения.

1. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2008 Principal Investigators; Centers for Disease Control and Prevention CDC). Prevalence of autism spectrum disorders--Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2008. MMWR Surveill Summ. 2012 Mar 30;61(3):1-19
2. Kim YS, et al (2011) Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. Am J Psychiatry. 168(9):904-12.

Кроме умственной отсталости в дополнение к РАС часто проявляется **эпилепсия**, примерно 15-25% случаев¹. Она чаще всего встречается у людей с более ограниченными умственными и речевыми способностями, но не у людей с аутической регрессией. Приступы обычно появляются в возрасте после 10 лет, часто тоникоклонического типа.

В последние годы, не без основания, возник особый интерес сопутствующим **гастроэнтерологическим трудностям**, которые развиваются у лиц с расстройствами аутичного спектра. Хотя нет единого мнения относительно того, они появляются чаще, чем у остального населения в целом², внимание, акцентированное на них связано с тем, что они могут быть причиной многих поведенческих расстройств (например, вспышки из-за сильной боли), а так же в связи с тем, что большое число пациентов не могут выразить свои симптомы. Основные гастро-энтерологических проблемы, которые могут присутствовать это: хронический запор, боли в желудке с или без диареи, и, как следствие, энкопрез. Кроме того, не редко могут присутствовать желудочно-пищевой рефлюкс, метеоризм, отсутствие дисахаридаза и воспаления в желудочно-кишечном тракте². Кроме того, в связи с тем, что рацион лиц с РАС часто ограничен, они могут сталкиваться с пищевыми расстройствами и недостатками, в то же время риск ожирения у них выше, чем у остальной части населения в возрасте от 12-19 (но не раньше). Во время обследования, дети должны быть проверены на аллергии (частое явление при РАС), которые могут затруднять работу желудочно-кишечного тракта (например, колит). Для того, чтобы рассмотреть, изучить и оценить симптомы желудочно-кишечной системы, специалист должен изменить протоколы, которые он использует при обследовании нормально развивающихся лиц³.

Наконец, сообщения о возможной взаимосвязи между этими симптомами и тяжестью аутизма или предположения, что эти кишечные дисфункции могут вызвать или усугубить аутизм на данный момент не имеют подтверждения.

От 50 до 80% детей с расстройствами аутичного спектра испытывают **трудности со сном** (по сравнению 9-50% от типично развивающихся детей такого же возраста), и это происходит независимо от их умственных способностей^{4,5}. Эти различия напрямую связаны с конкретными функциональными характеристиками мозга у лиц с расстройствами аутичного спектра (например, сохраняется высокий уровень возбуждения за счет снижения активности ГАМК, и т.д.). Эти трудности более выражены у детей с регрессом в развитии, эпилепсией и тревожными расстройствами. Нарушения сна оказывают значительное влияние на когнитивное развитие ребенка, и в то же время это большое напряжение для остальных членов семьи.

-
1. Bolton PF et al (2011) Epilepsy in autism: features and correlates Br J Psychiatry. 198(4):289-94.
 2. Buie T. et al (2010) Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: a consensus report. Pediatrics, 125 Suppl 1: S1-18.
 3. Buie T. et al (2010) Recommendations for evaluation and treatment of common gastrointestinal problems in children with ASDs. Pediatrics, 125 Suppl 1: S19-29.
 4. Kotagal S. & Broomall E. (2012) Sleep in Children With Autism Spectrum Disorder. Pediatric Neurology 47(4): 242-251
 5. Vriend JL. et al (2011) Behavioral interventions for sleep problems in children with autism spectrum disorders: current findings and future directions. J Pediatr Psychol 36(9):1017-29.

Наиболее распространенными нарушениями сна, наблюдаемые у лиц с расстройствами аутичного спектра, являются: а) нарушения циркадного ритма и секреции мелатонина, что приводит к позднему засыпанию или проявлению циклов парадоксальных циклов сон-бодрствование в течение дня, б) бессонница по поведенческим причинам, таким как трудности контроля эмоций, интенсивная тревожность, трудности переключения внимания от предыдущих стимулов и т.д., этот тип бессонницы характеризуется ассоциацией сна с определенной рутинной (например ребенок засыпает на руках у родителей), которая должна выполняться, чтобы ребенок заснул и повторяться в случае, если он просыпается ночью, в) Бессонница, связанная с со сном с быстрым движением глаз (REM), подобная той, что проявляется при болезни Паркинсона и деменции. Она характеризуется ярким и энергичным сном при сохранении мышечной активности (мышцы не расслабляются) во время быстрого сна. Ребенок может плакать и кричать, энергично двигаться, жестикулировать или ударить того, кто находится поблизости. Если ребенок говорит, что он может описать яркие сны, г) Сонливость в течение дня, связанная с коротким и/или неупорядоченным сном в ночное время или нарушение циркадного ритма с повышением секреции мелатонина в течение дня и снижением секреции в течение ночи, д) Бессонница из-за других сопутствующих заболеваний, таких как синдром "беспокойных ног", периодического движения нижних конечностей или апноэ во время сна. Некоторые препараты, предписанные для детей с аутизмом (рисперидон, серотонина) могут также оказывать влияние на сон.

Необходимо тщательно фиксировать все трудности и привычки ребенка и провести соответствующую оценку¹⁻² – с целью выявить реальную проблему и выбрать соответствующий режим – поведенческую и фармацевтическую комбинацию. Для получения дополнительной информации по этому вопросу, мы предоставляем ссылки на соответствующую литературу. Мы сообщаем только об использовании мелатонина, который во многих случаях, в зависимости от типа бессонницы, может быть эффективно использован.

Если проблема заключается лишь в засыпании, то его вводят малой дозой (0,5 мг) натошак за 5-6 часов до сна. Если трудности распространяются на поддержания сна, то вводят 1-6 мг, за 20-30 минут до сна в течение нескольких недель. Лучше не принимать пищу за 2-3 часа до приема препарата. О существенных побочных эффектах не сообщается.

-
1. Kotagal S. & Broomall E. (2012) Sleep in Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatric Neurology* 47(4): 242-251
 2. Vriend JL. et al (2011) Behavioral interventions for sleep problems in children with autism spectrum disorders: current findings and future directions. *J Pediatr Psychol* 36(9):1017-29

Несмотря на то, что в DSM-IV не позволяет ставить диагноз Синдрома дефицита внимания и гиперактивность (СДВГ) при РАС, клинический опыт, а также исследования¹, показывают, что эти два заболевания могут сопутствовать друг другу в достаточно высоких процентах (28-50 %). Тем не менее, постановка такого диагноза требует осторожности и опыта, так как часто наблюдаемые дефициты «внимания» и / или «гиперактивность» также могут быть последствием РАС (непонимание, отсутствие интереса, сенсорная перегрузка и т.д.), а не последствием СДВГ. Такое различие должно проводиться для того, чтобы избежать назначения ненужных препаратов для лечения СДВГ, которые не помогут в лечении (поскольку отсутствует СДВГ), но в некоторых случаях могут даже ухудшить симптомы.

Другие нарушения, которые могут проявляться совместно с РАС в 22% случаев, это: тики и синдром Туретта, тревожные расстройства, и до половины случаев - депрессия - особенно у людей с высокой функциональностью²⁻³ и обсессивно-компульсивным расстройством, разграничения необходимы (как и в случае СДВГ), чтобы понять, указывают симптомы на дополнительные расстройства (в этом случае необходимо лечение) или нет. Вопреки тому, что считалось ранее, шизофрения возникает у лиц с расстройствами аутичного спектра не чаще, чем у нормально развивающихся людей, хотя некоторые симптомы псевдо-психотического типа наверняка могут ошибочно интерпретироваться как подлинные психотические симптомы.

Особое внимание должно быть уделено **кататонии** - расстройству, которое появляется при РАС в до 14% случаев после 12 лет⁵. У этих детей наблюдаются внезапное, резкое ухудшение в функциональности и повседневных навыков, медлительность в движениях и затруднение в начале движения, пассивность, необычные походка и осанка, приступы ступора, импульсивные действия, которые не могут быть остановлены, проблемы со сном, и т.д.⁶.

Наконец, следует отметить, что вопреки распространенному мнению, у ребенка с **синдромом Дауна** может проявляться РАС в процентах, которые достигают 19%⁶. Наличие этого симптома можно заподозрить в случае, когда ребенок не проявляет общительность, что обычно характеризует этот синдром, при этом присутствуют трудности в поведении, навязчивость и некоторые навыки, которые не соответствуют умственным способностям.

-
1. Canitano & Vivanti (2007) Tics and Tourette syndrome in autism spectrum disorders. *Autism*. 11(1):19-28.
 2. Canitano & Vivanti (2007) Tics and Tourette syndrome in autism spectrum disorders. *Autism*. 11(1):19-28.
 3. Francis (2012) The projection of Autism Spectrum Disorders (ASD) in adult life. *Psichiatriki* 23: P66-P73
 4. Kakooza-Mwesige A. et al. (2008) Catatonia in autism: implications across the life span. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 17(6):327-35
 5. Wing & Shah (2006) A systematic examination of catatonia-like clinical pictures in autism spectrum disorders. *Int Rev Neurobiol*. 72:21-39.
 6. Hallmayer J, et al (2011) Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Arch Gen Psychiatry*. 68(11):1095-102.

Основные положения

РАС проявляется примерно у 1-2% людей от общей численности населения, то есть, на Кипре существует более 7500 больных разных возрастов.

√ РАС в 3-5 раз чаще встречается у мальчиков, чем у девочек.

√ От 16 до 40% детей с расстройствами аутичного спектра также имеют умственную отсталость, а 7-12% имеют высокий интеллект.

√ У 60% людей РАС остается не выявленным.

√ У 15-25% людей с аутичными расстройствами возникают судороги.

√ Проблемы желудочно-кишечного тракта и трудности со сном часто присутствуют у детей с аутизмом

√ Велика вероятность наличия СДВГ у лиц с расстройствами аутичного спектра, однако не все дефициты «внимания» и/или «гиперактивности» являются СДВГ.

√ У людей с РАС так же могут проявляться тики, тревожные расстройства, депрессии, обсессивно-компульсивные расстройства и кататония. Тем не менее, как считалось ранее, риск развития шизофрении невысок.

2.7 Этиология

Генетические и семейные исследования, раскрывают поразительно высокие соответствия в диагностике сравнения монозиготных и дизиготных близнецов, но объединение расстройства с другими известными генетическими нарушениями, такими как синдром ломкой X-хромосомы и туберозный склероз, указывают на сильное присутствие генетического субстрата. Риск повторного¹ проявления расстройства в семье с одним ребенком, который уже имеет РАС, оценивается на уровне около 18,7 %. Это эквивалентно 26%, в случае, если следующий ребенок мальчик, и 9,6 %, если это девочка. Если есть ребенок с РАС, риск составляет 13,5 %, в то время как, если есть более одного ребенка, дело доходит до 32,5%. Тяжесть РАС у ребенка, не связана со степенью тяжести расстройства, которое может развиваться у следующего ребенка. Риск повторения заболевания значительно падает с 19 % у братьев и сестер до более низкого процента между родственниками второй очереди, но при этом повышенный риск для мальчиков, указывает на мощный эффект взаимодействия между несколькими генами.

Существование монозиготных близнецов, которые не имеют общий диагноз, означает, что есть взаимодействие с факторами окружающей среды, главным образом за счет эпигенетических механизмов²⁻³. Эти гены могут выражаться в некоторых характеристиках, непрерывно распределяясь в популяции (как это наблюдается при расширенном фенотипе аутизма), что может превышать порог, определенный для возникновения РАС.

Большое количество случаев, часто с отрицательной семейной историей, можно отнести к мутациям по вариациям числа копий индивида (Вариация Числа Копий - ВЧК), то есть автоматического упущения или умножения генетического материала в процессе сокращения, который может не присутствовать у родителей.

Этот генетический субстрат может быть выражен различными способами в развивающемся мозге, начиная с ранней гестационной фазы (расстройство обнаружено при миграции нервных клеток), влияющих на множество функциональных (и вторичных анатомических) структур, через непрерывное взаимодействие с окружающей средой.

-
1. Hallmayer J, et al (2011) Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. Arch Gen Psychiatry. 68(11):1095-102
 2. Grafodatskaya D, et al (2010) Autism spectrum disorders and epigenetics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 49(8):794-809.
 3. Helt M, et al (2008) Can children with autism recover? If so, how? Neuropsychol Rev. 18(4):339-66.

Этот измененный нервный субстрат приводит к когнитивным нарушениям и изменениям, которые описаны в нейропсихологических теориях, таких, как: а) Теория разума - трудности индивида с РАС приписывать ментальные состояния себе и другим, и, таким образом, чтобы понимать чужие чувства и намерения, б) дисфункция исполнительных функций наряду с дефицитом в оперативной памяти, с) слабая центральная когерентность, в соответствии с которой есть конкретный когнитивный стиль обработки информации, который способствует частичной обработке вместо целостной обработки и, таким образом акцент делается на детали, а не на интерпретацию общего контекста. Ни одна из существующих нейропсихологических теорий не может самостоятельно объяснить все особенности, которые в совокупности составляют РАС.

Основные положения

- ✓ Этиология РАС имеет очень сильный генетический субстрат - предрасположенность, результат взаимодействия многих различных генов.
- ✓ Гены являются производными от родителей, но в редких случаях они могут быть результатом новой мутации, которой не существует ни в одном из родителей.
- ✓ Если в семье есть ребенок с РАС, вероятность наличия расстройства у следующего ребенка составляет 26%, если следующий ребенок мальчик и 9%, если это девочка.
- ✓ Как и при всех психических расстройствах, существует взаимодействие между генами и окружающей средой.
- ✓ Генетический субстрат заболевания влияет на развитие нервной системы ребенка и приводит к тому, что его мозг функционирует иначе, чем у нейротипичной личности.

2.8 Прогрессирование и прогноз

Самый основной характеристикой в прогнозировании РАС является огромное разнообразие, факт, который был проверен при первом исследовании Каннера. К данным литературы следует подходить с осторожностью по двум другим причинам: а) Показатели долгих исследований часто базирующихся на ограниченных критериях устаревших могут не иметь большого значения для людей страдающих РАС (относительно высокофункциональные или с более умеренными симптомами) и б) в предыдущих исследованиях методы вмешательства, а также время, в которое они реализовались, очень сильно отличается от тех, которые используются в наше время (многие инновационные методы – применяются при раннем вмешательстве).

Ученые согласны, с тем, что есть относительное улучшение в большинстве симптомов (хотя значительный процент показывает стабильность), например, повышение приобретения новых навыков и снижение неадекватного поведения. В частности, в области связи есть улучшение, которое очень важно при проблемах с речью (например, понимание антонимов), и гораздо меньше улучшений в области невербальной коммуникации. В области общения улучшений меньше. Тем не менее, трудности в отношениях (например, дружеских) по-прежнему остаются, даже если в целом есть улучшения. Улучшение в третьем сегменте могут быть очень маленькими. Что касается умственных способностей, наблюдается умеренное падение коэффициента интеллекта и умеренное увеличение вербальных способностей.

Кроме того, несколько исследований подтверждают, что до 10-20% процентов людей, могут «выйти из диагноза», так как больше не соответствуют критериям, реже случается так, что симптомов расстройства больше не существуют. Эти люди, как правило, высокофункциональные с менее тяжелыми симптомами и высокими психических способностей. Однако клинические наблюдения ограничивают процент «исцелившихся» 5%.

Что касается долгосрочных прогнозов, то предыдущие исследования были гораздо мрачнее, показывая небольшой процент людей, ставших полностью независимыми, продолжающих обучение, вступивших в брак и делающих карьеру. Например, 25% были зарегистрированы как имеющие хороший прогноз, 25% с умеренным прогнозом и 50% с плохим прогнозом.

Эти проценты следует интерпретировать с осторожностью, не только по вышеупомянутым причинам, но и потому, что в клинической практике, а также в научных исследованиях, многие родители детей с расстройствами аутичного спектра, также соответствуют всем критериям расстройства (и, следовательно, они имеют положительный прогноз сами).

В последние годы значительный процент детей с расстройствами аутичного спектра посещает обычные школы, поскольку такой диагноз ставится и при более легких случаях, а так же потому, что действует новая политика содействия интеграции и поддержки в отношении таких людей. Примерно в половине случаев временное ухудшение может наблюдаться в подростковом возрасте (особенно если подобные трудности уже были в детстве), у 20% наблюдается постоянное ухудшение, в тех случаях, когда также есть эпилепсия.

Положительные прогностические признаки включают в себя наличие функциональной речи в возрасте до 5 лет (особенно важно для прогноза социального развития), умственные способности (люди с умственной отсталостью имеют более ограниченное развитие и более неадекватное поведение), самая ранняя возможная диагностика и вмешательство, определение тяжести симптомов, и, наконец, предоставление соответствующей социальной поддержки (например, поддержка в месте работы). В тоже время, пол человека не является важным фактором, влияющим на прогноз.

Основные положения

- ✓ Прогрессирование РАС и уровень функционирования, который может быть достигнут, варьируется от человека к человеку.
- ✓ Процент людей, которые "вылечились" меньше 5%.
- ✓ Положительными показателями при прогнозировании являются наличие функциональной речи в возрасте до 5 лет, хорошие умственные способности, раннее вмешательство, отсутствие сопутствующих диагнозов, и поддержка в социальной среде.

3.0. ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО И ПРАВА(Фонд ожидает обновления этого раздела в связи с текущими изменениями законодательства)

3.1. Права людей, страдающих аутизмом:

Хартия прав людей, страдающих аутизмом:

Европейская Федерация Родителей детей, страдающих аутизмом, «Аутизм – Европа», на четвертом съезде, состоявшемся в Гааге 10 мая 1992 года, приняла Хартию о правах людей, страдающих аутизмом.

Люди, страдающие аутизмом, должны пользоваться такими же правами и привилегиями, что и все остальное население Европы, в надлежащей степени и в соответствии с интересами людей, страдающих аутизмом.

Такие права должны укрепляться, защищаться и обеспечиваться соответствующим законодательством в каждом государстве.

Принимая во внимание “Декларацию ООН по правам лиц с нарушением умственного развития (1971)¹, по правам инвалидов (1975)² и другие соответствующие декларации по правам человека, в число прав для людей, страдающих аутизмом входят следующие:

1. **Право** лиц, страдающих аутизмом, на независимую и полноценную жизнь в меру их возможностей.
2. **Право** лиц, страдающих аутизмом, на доступный, непредвзятый и точный клинический диагноз и обследование.
3. **Право** лиц, страдающих аутизмом, на доступное и надлежащее образование.
4. **Право** лиц, страдающих аутизмом (и их представителей) на участие во всех решениях, касающихся их будущего; пожелания индивида должны быть, по мере возможности, учтены и удовлетворены.
5. **Право** лиц, страдающих аутизмом, на доступное и подходящее жилье.
6. **Право** лиц, страдающих аутизмом, на оборудование, помощь и обслуживание, необходимое для полноценной жизни, достойной и независимой
7. **Право** лиц, страдающих аутизмом, на доход и заработок, достаточный для обеспечения адекватного пропитания, одежды, жилья и иных жизненных потребностей.
8. **Право** лиц, страдающих аутизмом, на участие в меру их возможностей в развитии и управлении услугами, предоставляемыми для их жизнеобеспечения.
9. **Право** лиц, страдающих аутизмом, на надлежащие консультации и заботу об их физическом, психическом и духовном здоровье; это включает обеспечение соответствующим лечением и лекарствами, осуществляемое с наибольшей пользой для личности, с использованием всех защитных мер.

¹ United Nations “Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons”. Proclaimed by the UN General Assembly in its Resolution 2856 (XXVI), of the 20th of December 1971.

² United Nations “Declaration on the Rights of Disabled People” Proclaimed by the General Assembly of the UN in its Resolution 3477 (XXX) of the 9th of December, 1975

10. **Право** лиц, страдающих аутизмом, на полноценное трудоустройство и полноценную профессиональную подготовку без дискриминации и предвзятости; при трудоустройстве и профессиональной подготовке должны учитываться способности и выбор личности.
 11. **Право** лиц, страдающих аутизмом, на доступный транспорт и свободу передвижений.
 12. **Право** лиц, страдающих аутизмом, на участие и получение удовольствия от культурной жизни, развлечений, отдыха и спорта.
 13. **Право** лиц, страдающих аутизмом, на доступ ко всем общественным местам, обслуживанию и деятельности.
 14. **Право** лиц, страдающих аутизмом, на сексуальную жизнь и другие взаимоотношения, включая семейные, без эксплуатации и преследования.
 15. **Право** лиц, страдающих аутизмом, (и их представителей) на юридическую помощь и представительство, а также полную защиту всех их законных прав.
 16. **Право** лиц, страдающих аутизмом, на свободу от страха или угрозы несанкционированного заключения в психиатрические больницы или другие ограничивающие свободу учреждения.
 17. **Право** лиц, страдающих аутизмом, на свободу от принудительного физического воздействия или пренебрежительного отношения.
 18. **Право** лиц, страдающих аутизмом, на свободу от фармакологических злоупотреблений и ошибок.
 19. **Право** лиц, страдающих аутизмом и их представителей на доступ к информации, содержащейся в их личной, медицинской, психологической, психиатрической и образовательной документации¹.
-

¹ Reproduced verbatim from the Autism Europe website "Charter of Rights" <http://www.autismeurope.org/publications/rights-and-autism-2/charter-of-rights-4/> (12/2/2013)

3.2. Законодательство ЕС и Республики Кипр:

Как уже упоминалось, аутизм является сложным расстройством развития человека. Аутичный спектр достаточно велик и влияет на многие функции организма. Люди, страдающие аутизмом, имеют форму инвалидности, так как во многих случаях не могут передвигаться самостоятельно. Это, конечно, зависит от человека и от того, насколько тяжелым является его состояние. Таким образом, автоматически происходит разделение людей на тех, чье физическое состояние отвечает критериям инвалидности и на тех, чье не соответствует этим критериям. Этот вопрос полностью зависит от диагноза, поставленного врачами.

Однако, абсолютно очевидно, что аутизм является болезнью, которая влияет на интеллектуальные способности человека. Таким образом, инвалидами государство признает всех людей с диагнозом аутизм.

3.3 Европейский Союз:

Около 80 миллионов человек в странах ЕС страдает умеренной или тяжелой формой инвалидности. Физические препятствия, с которыми они сталкиваются, например, доступ в школу или на рабочее место, делают их уязвимыми и социально изолированными. Из-за низкого уровня занятости и образования, уровень бедности среди людей с ограниченными возможностями на 70% выше, чем в среднем. В связи с этим, Европейский Союз реализовал проект «Европа без барьеров для людей с ограниченными возможностями».

Данная Европейская стратегия призвана помочь этим людям жить повседневной жизнью, как и все остальные люди, и пользоваться своими правами, как граждане ЕС. Эта стратегия обеспечивает доступ к фондам ЕС, повышает осведомленность общества о проблемах инвалидности и поощряет сотрудничество между государствами-членами по устранению препятствий для социальной интеграции. Это также способствует выполнению обязательств, которые ЕС взял на себя в 2007 году, подписав вместе с государствами-членами Конвенцию ООН «О правах инвалидов»¹.

ЕС и государства-члены получили широкие полномочия для улучшения социально-экономического положения людей с ограниченными возможностями.

- В статье 1 Хартии основных прав ЕС говорится: «Человеческое достоинство неприкосновенно. Оно подлежит уважению и защите».

¹ European Committee "Justice and Citizens Rights" http://ec.europa.eu/news/justice/101115_el.htm (15/06/12)

- Статья 26 гласит: Европейский Союз признает и уважает право нетрудоспособных лиц извлекать для себя преимущества из мероприятий, призванных обеспечить их самостоятельность, социальную и профессиональную интеграцию, и участие в жизни общества.
- Кроме того, статья 21 запрещает любую дискриминацию по признаку инвалидности.
- В соответствии с Договором о функционировании Европейского Союза, при определении и осуществлении своей политики и деятельности Союз стремится бороться с любой дискриминацией по признакам инвалидности (статья 10) и имеет право принять законодательные меры для устранения такой дискриминации (статья 19).
- Конвенция Организации Объединенных Наций «О Правах Инвалидов», которая является первым юридически обязательным международным документом по правам человека и которую подписали ЕС и государства-члены вскоре будет применяться на всей территории ЕС. Конвенция призывает государства-участники защищать и обезопасить права человека и основные свободы лиц с ограниченными возможностями.

В соответствии с Конвенцией, к инвалидам относятся **лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями**, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими¹.

С 1 января 2011 года портфель Юстиции, Фундаментальных прав и Гражданства Европейского Союза включает в себя:

- **Поиск и сохранение рабочего места:** Инвалиды в Европейском Союзе составляют одну шестую часть трудоспособного населения. У этих людей вдвое больше шансов остаться безработными, чем у остального активного населения Европейского Союза. Европейский Союз поддерживает политику государств-членов в отношении развития социальной интеграции, поддержки здравоохранения и социального обслуживания, считая, что таким образом для людей с ограниченными возможностями увеличатся шансы найти и сохранить работу.

¹ Disability Now “European Union” [http://www.disabled.gr/lib/images/33345.pdf\(15/06/12\)](http://www.disabled.gr/lib/images/33345.pdf(15/06/12))

- **Образование для всех:** Равный доступ к качественному образованию на протяжении всей жизни позволяет людям с ограниченными возможностями в полной мере участвовать в жизни общества и улучшать качество их жизни. С целью помочь людям с ограниченными возможностями стартовали несколько образовательных инициатив, такие как, Европейское Агентство по развитию в области специального руководства, а так же сформирована специальная группа по вопросам образования и непрерывного обучения для людей с ограниченными возможностями.
- **Самостоятельность:** Люди с ограниченными возможностями должны иметь такие же возможности выбора в повседневной жизни, как и все остальные. Учреждения ухода и поддержки должны быть более адаптированными к особым потребностям этих людей. Европейская комиссия через конкретные положения, касающиеся социального обеспечения и социальной интеграции, помогает предоставлять недорогие, доступные и качественные социальные услуги и соответствующую поддержку.

Законодательство в пользу лиц с ограниченными возможностями на международном уровне также включает в себя *Декларацию Сандберг*¹ 1981 года, принципы участия, интеграции и развития личности инвалидов, децентрализации и межведомственной координации. Эта международная конференция, принимая во внимание Всеобщую декларацию по правам человека ООН (UN 1948), а также другие соответствующие резолюции Организации Объединенных Наций, в частности Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (UN 1979)², Конвенцию о правах ребенка (ООН 1989)³, Декларацию о правах инвалидов (ООН, 1975)⁴ и Декларацию о правах умственно отсталых лиц (ООН 1971)⁵, подчеркивает, что:

"... В максимально возможной степени должны быть обеспечены реабилитация и интеграция инвалидов. Все люди с ограниченными возможностями должны пользоваться реабилитационными услугами и другими видами помощи и поддержки, необходимыми для уменьшения последствий инвалидности, настолько чтобы их интеграция в общество, была как можно более полной и их роль в обществе была конструктивной "

¹ UNESCO Sundberg Declaration. Final report of the International Conference of UNESCO and the Spanish Government, Malaga, Spain, 2-4 November, 1981.

² United Nations "Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women". Proclaimed by the Committee of the Committee of the same name (CEDAW), on 30 September 1996. Document CEDAW/C/TZA/2-3-/30-9-1996.

³ United Nations "Convention on the Rights of the Child". Proclaimed by the UN General Assembly on the 12 of December 1989. Doc. A/RES/44/25/12-12-1989.

⁴ United Nations "Declaration on the Rights of Disabled People" Proclaimed by the General Assembly of the UN in its Resolution 3477 (XXX) of the 9th of December, 1975

⁵ United Nations "Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons". Proclaimed by the UN General Assembly in its Resolution 2856 (XXVI), of 20 December 1971.

В соответствии с принципами **Декларации Сандберг**:

- 1) Должно быть обеспечено полное участие инвалидов и организаций, их представляющих, в принятии всех решений и действий, которые затрагивают их интересы.
- 2) Инвалиды должны пользоваться всеми социальными услугами и принимать участие в общественной деятельности. Кроме того, во всех действиях и мероприятиях, предназначенных для общества в целом, интересы инвалидов должны учитываться должным образом.
- 3) Сообщество должно оказывать инвалидам услуги с учетом потребностей каждого из них.
- 4) В рамках их общины, потребности инвалидов учитываются и удовлетворяются путем децентрализации и разбивки обслуживания по секторам.
- 5) Координация деятельности специалистов и различных профессиональных организаций, которые занимаются с инвалидами, будет способствовать всестороннему развитию их личности.

3.4. Кипр:

Закон о лицах, страдающих умственной отсталостью, вышел в 1989¹ году. Текст закона был опубликован в официальной газете Республики Кипр в соответствии со 52-ой статьей Конституции.

Преамбула:

ПОСКОЛЬКУ достойная жизнь и социальная защищенность является фундаментальным правом человека, гарантированным статьей 9 Конституции, и принцип равенства перед законом, который закреплен в статье 28 и предполагает оказание слабым членам общества необходимых средств, гарантирующих защиту человеческого достоинства, декларации Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 1971 и 1975 годов «О правах лиц, страдающих умственной отсталостью» на лиц, страдающих умственной отсталостью, а также обязательства государства по отношению к своим членам, имеющим недостатки, закрепленные в Европейской Социальной Хартии, которая была ратифицирована законом 1967 года «О Европейской Социальной Хартии» (апрель 1967г.).

Краткое название:

Закон 1989 года о правах лиц, страдающих умственной отсталостью.

¹ L.117/1989

Основные права лиц, страдающих умственной отсталостью:

- (1) Умственно отсталое лицо имеет право на достойную жизнь и социальную защищенность, в соответствии со своими потребностями и способностями. Ответственность за юридическую поддержку и полное обеспечение этих прав лежит на государстве. Государство обязано обеспечить людям, страдающим умственной отсталостью, необходимую поддержку, защиту человеческого достоинства, здоровый образ жизни и развитие в той мере, в которой позволяют их возможности.
- (2) Согласно положению пунктам настоящей статьи и пунктам закона «О правах лиц, страдающих умственной отсталостью», государство обязано защищать достоинство лиц, страдающих умственной отсталостью. В соответствии с их потребностями, обеспечить заботу и помощь, которая может включать в себя:
- а) Специальное образование в соответствующих школах, центрах и учреждениях профессиональной подготовки¹;
 - б) Жилые помещения, уход и лечение;
 - в) Создание возможностей для трудоустройства;
 - г) Уход и помощь по дому, где человек, страдающий умственной отсталостью, проживает с родителями или родственниками;
 - д) Обеспечение проживания и ухода за людьми, страдающими умственной отсталостью, проживающими с родителями или родственниками, в случае смерти или неспособности родителя/родственника обеспечивать уход за умственно отсталым человеком;
 - е) Обеспечение социального страхования;
 - ж) Принятие законодательных мер по защите лиц, страдающих умственной отсталостью, в социальном пространстве;
 - з) Оказание лицам с умственной отсталостью необходимой помощи для социализации и интеграции в общество по мере их способностей;
 - и) Назначение лиц, способных управлять имуществом и защищать интересы людей с умственной отсталостью.
 - к) Настоящие положения не освобождают родителей от обязанностей по отношению к их детям.

Обязательства государства

Согласно статье 3 государство должно выполнять свои обязательства по отношению к инвалидам в первоочередном порядке, в рамках государственных возможностей, также принимая во внимание нужды лиц с умственной отсталостью.

¹ L.113/1999 Закон о специальном образовании и обучении детей со специальными нуждами 1999г.

Закон об инвалидах был принят в 2000¹ году. Текст закона был опубликован в официальной газете Республики Кипр в соответствии с 52-ой статьей Конституции

Преамбула:

Принимая во внимание резолюцию Генеральной Ассамблеи ООН касательно «Стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов», на 85-й сессии, с голосами 49/96, и

поскольку правила гласят, что государство принимает на себя заботу по уравниванию возможностей инвалидов, подразумевается принятие на себя обязательств этических и политических,

основываясь на общих принципах ответственности, действия и сотрудничества, а так же доказывая важное решающее значение для качества жизни, полного участия и равенства.

Краткое название:

Этот закон может именоваться как Закон о правах инвалидов 2000 год.

Основные права лиц – инвалидов:

1. Каждый инвалид имеет право на самостоятельную жизнь для полной интеграции в общество и для равноправного участия в экономической и социальной жизни.
2. Без ущерба для общества лица с ограниченными возможностями имеют следующие права:
 - А) Право на раннее обнаружение, оценку и лечение расстройств, своевременное медицинское обслуживание с целью предотвращения дальнейших последствий и восстановления функций, включая обеспечение подготовки к использованию протезов и ортопедических устройств, а так же психологическую и иную поддержку инвалиду и его семье.
 - В) Право на вспомогательные устройства и оборудование, индивидуальную помощь и услуги переводчика, для повышения уровня их независимости в повседневной жизни и иную необходимую поддержку;
 - С) Право на доступное жилье, доступ в здания, услуги общественного транспорта и другие транспортные средства, улицы и другие объекты уличного окружения;
 - Д) Право на доступное для инвалидов на образование в интегрированных структурах в соответствии с их потребностями;

¹ L.127(I) 2000

- Е) Право на доступ к информации и коммуникации при помощи специальных устройств, в случаях, когда это необходимо, особенно для групп людей с сенсорными недостатками;
- Ф) Социальная и экономическая интеграция, с учетом профессиональной оценки и ориентации, профессиональная подготовка и трудоустройство на открытом рынке труда.
- Г) Право на достойный уровень жизни при предоставлении экономических льгот и социальных услуг.
- Н) Право вступать в половые отношения, брак, материнство или отцовство.
- І) Право на участие в культурных, социальных, спортивных, религиозных, развлекательных мероприятиях.

4.0 ТЕРАПИЯ

4.1 Основные принципы терапии

Отсутствие на сегодняшний день терапии, направленной на выявление этиологии/причины РАС или даже терапевтического вмешательства, эффективность которого основывается на методологически тщательном исследовании, приводит к рекомендации огромного количества вмешательств, чаще всего без какой-либо исследовательской базы¹. Такие вмешательства направлены на аспекты расстройства, в разные временные периоды, а не на патопсихологическую основу или сущность расстройства.

До обнаружения этиологической терапии или терапии с доказанной эффективностью, если оценивать терапевтическое вмешательство, ожидаемые результаты необходимо исследовать в дополнение к следующему: (а) соответствует ли целесообразность вмешательства текущим знаниям и пониманию РАС, (б) потенциальные побочные действия/негативные последствия, (в) обучение и опыт тех, кто обеспечивает терапию, (г) нагрузка на семью (время, применение, отношения, финансы), и (д) свидетельства, подтверждающие ее эффективность, опубликованные в признанных научных журналах в каталоге, доступном от ПабМед (PubMed).

Все вышеизложенное необходимо учитывать, когда предлагается новый «экспериментальный» метод вмешательства. В таком случае, у нас не будет свидетельств ее эффективности, однако, попытка вмешательства должна иметь разумную связь с существующими данными о таком расстройстве, может быть некоторые экспериментальные данные и информацию о возможных негативных побочных эффектах. В случае участия семьи нужно учесть некоторые этические моменты: а) нужно дополнить вышеизложенное документом об информированном согласии, который должен быть подписан и исследователями, и родителями, б) нагрузка финансирования по вмешательству должна лежать на исследовательском фонде, а не на семье, и в) семью нужно проинформировать о результатах вмешательства по его завершении.

Основываясь на данных исследования самые эффективные составляющие вмешательства при РАС включают поведенческие техники и структурированное образование, подкрепленные наглядными пособиями, наличием индивидуализированного терапевтического плана с целями и путями, которыми можно достичь успеха, включение и обучение родителей в лечении, но также и других лиц, работающих с ребенком, таких как учителя. Вся коррекция должна исключительно руководствоваться и управляться Индивидуальным образовательным планом (см. ниже).

¹ Francis K: Autism interventions: a critical update. Dev Med Child Neurol. 2005; 47(7):439-9.

Основные положения

- ✓ На сегодняшний день нет этиологической терапии при РАС.
- ✓ Все лечения на сегодняшний день направлены на аспекты расстройства с целью улучшения функциональной деятельности мозга.
- ✓ С целью выбора лечения нам нужно взвесить ожидаемые результаты, рассмотреть соответствие целесообразности вмешательства, возможные побочные действия, обучение и опыт профессионалов, осуществляющих вмешательства, последствия для семьи и свидетельства, подтверждающие его эффективность.
- ✓ При вмешательствах, основанных на исследовании, все вовлеченные лица должны подписать документ об Информированном согласии, включающий информацию о целесообразности лечения, возможных побочных действиях. Все расходы должны покрываться исследователями и семьей нужно проинформировать о результатах исследования.
- ✓ Вмешательство должно происходить по специально созданному Индивидуальному образовательному плану.

4.2 Индивидуальное образование¹

Первым и наиважнейшим составляющим вмешательства должна быть глубинная оценка сильных и слабых сторон ребенка, и основываясь на этом, должен быть создан Индивидуальный образовательный план (ИОП). В случаях, когда есть множество методов коррекций, например в школе, со множеством преподавателей, ИОП приобретает еще большее значение для избежания отбора и применения конфликтных целей и техник, которые приведут к провалу всей коррекции в целом. В таких случаях нужно рассмотреть различные ИОП вместе и с преподавателями, работающими с ними, и в присутствии главного преподавателя, который может координировать их усилия. В идеале нужно создать один ИОП, который включает то, над чем работает каждый из преподавателей, работающих с ребенком и семьей. Такой подход не только предотвращает нарушение и провал программы, но усиливает синергию между различными частями вмешательства и делают его более эффективным.

ИОП является письменным документом, который используется для фиксирования индивидуальных образовательных целей и нужд каждого ребенка, а также оценки его/ее прогресса. Необходимо определить, *что* ребенок должен учить, *как* и каким способом такое обучение будет происходить, или какой подход в обучении будет применен, а также *когда*, *как долго*, *где* и *кем* будут производиться такие действия. Вклад других учителей и преподавателей, которые знают и работают с ребенком, необходим для создания ИОП, как и участие самой семьи. Учителя или вспомогательный персонал, роль которых не столь активная и непосредственная, но которые все же контактируют с ребенком, должны быть уведомлены о его/ее ИОП.

ИОП должен включать следующее:

- Долгосрочные и краткосрочные цели.
- Конкретный образовательный материал, игры или книги, которые будут использованы.
- Список лиц (преподавателей, родителей, учителей, одноклассников), которые будут помогать и направлять выполнение плана и частоту выполнения конкретных действий.
- Объем помощи и указаний, которые будут предоставлены взрослыми, вид помощи (вербальная, визуальная и т.п.), и на каком этапе он будет сокращен для выполнения самостоятельной работы.
- Вид подкрепления (визуальное, вербальное и т.п.) и на каком этапе оно будет сокращено, чтобы обходиться без него совсем.
- Критерий, который будет применяться, для подтверждения того, что достигнута конкретная образовательная цель.
- Срок повторной оценки и повторного определения целей.

Цели ИОП строятся в соответствии с приоритетами, основываясь на конкретных потребностях ребенка и конкретной среде. Они должны следовать рациональности

¹ Указанное выше включает частичное воспроизведение информации, изложенной в руководстве, созданной госп. Арети Заколику в контексте ЕРЕАЕК II "Prosvasi gia olous". Весь документ (на греческом языке), включая примеры и формы, можно найти на <http://www.noesi.gr/files/aftismos-zakolikou-odigos-daskalos.pdf>.

развития, соответствующей типичному развитию, а не основываться на фрагментированном и непостоянном развитии, наблюдаемом при РАС. Нужно, чтобы цели были ограниченными в количестве и были целесообразными, описываемыми и конкретными в смысле периода времени. Долгосрочные цели должны быть сокращены до меньших этапов, которые составят краткосрочные цели, в то время, как цепочка обучения должна быть определена заранее и всегда соответствовать навыкам, которые ребенок уже приобрел. Действия и дидактический материал, используемые для достижения каждой цели, также имеют большое значение для ИОП. Стиль написания ИОП должен характеризоваться легкостью и быть понятным, и не должен включать научные термины или сложные для освоения термины, чтобы быть понятным не только специалистам, но и семье и даже самому ребенку. ИОП должен быть доступным для всех, кто работает с ребенком. Также необходимо регулярно вносить результаты и оценки каждые три месяца.

Цели должны основываться на основных критериях развития и поведения:

- Общение
- Социальная интеракция / социальные навыки
- Поведение
- Самопомощь
- Математика
- Письмо и чтение
- Области высшей науки

Впоследствии, образовательные цели в ИОП не должны сводиться к обучению, академическому или когнитивному уровням, так как трудности, характеризующие детей с расстройствами аутичного спектра, возникают в разных областях развития и поведения. В каждой из таких областей исходной точкой каждой цели является уровень работоспособности ребенка на то время, которое отделяется от индивидуальной оценки. Например, для детей, которые не используют вербальные методы в общении, цели могут сводиться к альтернативному способу общения, такому как Система общения с помощью обмена карточками/картинками (PECS), в то время как для детей с другим видом расстройств цели сводятся к семантике, литеральному пониманию понятий и т.п. Что касается социальной интеракции/социальных навыков некоторых детей, мы можем научить их участвовать в игре, которая требует соблюдения очередности, а также и основам диалоговой речи. Даже для детей со специфической средой возможной целью может стать приобщение к таким понятиям, как верх/вниз, полный/пустой, сопоставление чисел, а для других это может быть, например, сложение и вычитание.

Однако, что касается Поведения, исходный пункт образовательного вмешательства не так четко определен для педагогов. Не всегда легко определить, какое поведение является не нормальным и требует исправления. Как упоминалось уже выше, в основном поведение служит какой-то цели. Необходимо аккуратно и систематически фиксировать поведение, чтобы определить причину проявления определенной линии поведения и цели, которой она служит. Как только причина такой линии поведения обнаруживается, способ ее исправления, вероятно, потребует внесения некоторых изменений в среду и не всегда в отношении ребенка. Если линии поведения имеют коммуникативный характер, тогда с ними можно справиться при помощи средств коммуникации.

В случае, когда линии поведения доставляют ребенку удовольствие, то задача не должна быть направлена на их устранение, но должна ограничить их проявление относительно времени и места. Мы решаем изменить поведение и считаем это уместным, когда оно ставит под угрозу ребенка с таким поведением или других детей, когда оно приводит к критическим замечаниям или агрессии, когда оно мешает обучению, когда вносит помехи в образовательную среду или когда оно усиливает изоляцию.

Основные положения
<ul style="list-style-type: none">✓ Вмешательство должно основываться на Индивидуальном образовательном плане (ИОП), который начинается на уровне способности ребенка и следует типичному течению развития.✓ ИОП должен соблюдаться коллективно всеми лицами, работающими с ребенком: терапевтами, учителями и членами семьи.✓ ИОП – это письменный документ, содержащий измеримые долго- и краткосрочные цели, стратегии и материалы, которые распространяются среди ВСЕХ терапевтов и членов семьи.✓ Различные области ИОП включают общение, социальную интеракцию/социальные навыки, поведение, самопомощь, до-счетные понятия/математику, пред-письменные навыки/письмо, чтение и области высшей науки.

4.3 Общая терапия

Терапевтический подход к РАС часто приводит к серии «терапий», таким, как трудовая терапия, логотерапия, коррекционное образование и т.п., о которых родители имеют слабое представление. Перед тем как проанализировать содержание каждой из терапий, важно подчеркнуть некоторые общие черты:

а) все терапии должны быть включены в ИОП, и соблюдать его, так как нет стандартных правил относительно вида или срока коррекции;

б) Определение целей всех вмешательств должно быть общим в большей степени, так как все они нацелены на те же недостатки, которые, в свою очередь, взаимосвязаны друг с другом. Таким образом, и логопед и трудотерапевт могут обрисовать общие цели и действия, например, улучшение зрительного контакта, но и более конкретные цели, такие как прагматика в случае с логопедом, и мелкая моторика в случае с трудотерапевтом. Желательно было бы запланировать общие действия, которые служат обеим целям, например, подвижная игра с крупной моторикой, заканчивающаяся упражнением на фонетическое восприятие. В таком случае, упражнение создается обоими терапевтами в рамках общего ИОП.

в) Каждое вмешательство направлено на ребенка, семью и образовательную среду, которую ребенок посещает. Таким образом, терапевт также работает с родителями: ИОП составляется с согласия родителей (в некоторых учреждениях обе стороны подписывают документы) и родитель присутствует на многих занятиях, чтобы получить соответствующее обучение, которое, с одной стороны, ускорит процесс реабилитации, а, с другой стороны, поможет обобщить навык/цель дома и в обществе (дети с РАС не автоматически обобщают то, чему учатся у педагога). В редких случаях, когда ребенок не реагирует соответствующим образом в течение множества занятий, на которых присутствует родитель, применяется решение сделать видео урок. Терапевту, возможно, нужно будет прийти домой, чтобы дать указания с учетом реальной окружающей среды, а также посмотреть видео ребенка с родителями, чтобы обеспечить соответствующую обратную связь. И, наконец, терапевту нужно сотрудничать с педагогом в специальной или основной образовательной среде, чтобы давать указания и собирать необходимую информацию.

г) Сеансы должны быть построены так, чтобы мотивировать ребенка. Необходимо использовать материалы, которые привлекают его внимание, в игровой форме, особенно для детей младшего возраста, и занятие должно быть четко спланировано.

д) Терапия может проходить в индивидуальном порядке или групповом. Работа в группе желательна для детей, которые уже долгое время проходят терапию, для детей старшего возраста и детей с более высокоразвитыми навыками. Эти сеансы создают более естественную среду обучения с большей возможностью для обобщения, в то время, как присутствие других детей обычно повышает мотивацию. Группы могут состоять из 6-8 детей с двумя терапевтами, желательно с разной специализацией, чтобы планировать комбинированные действия со множеством целей. Участие детей в групповых занятиях должно основываться на их возрасте и уровне способностей, но более обобщенным образом, а также, преимущественно, на достижении целей по ИОП. Должен быть ИОП для каждой группы, а также отдельный ИОП для каждого ребенка.

е) Часто коррекционную работу нужно «выносить за пределы кабинета» терапевта. Это особенно важно в некоторых случаях: для совсем маленьких детей (возрастом до 2-х

лет), при отработке навыков в пределах дома, на детской площадке или в супермаркете с родителем (для обобщения необходимых навыков и/или управления затруднительным поведением), и, однозначно, с детьми старшего возраста, подростками и молодыми людьми, когда обучение в кабинете практически не принесет свои плоды, в отличие от выхода в общественное место и получения непосредственного опыта в естественной среде.

ж) Терапевт, занимающийся обучением ребенка, может быть логопедом, трудотерапевтом, коррекционным педагогом, психологом и т.п. На самом деле, нужны «терапевты по аутизму», которые, дополнительно к своей педагогической специализации, также должны быть обучены и иметь опыт работы людьми с расстройствами аутичного спектра. Без этих составляющих терапевт может попытаться применить только свои общие знания без учета специфики расстройства. Желательно, чтобы родитель запросил у терапевта, работающего с ребенком, его документы (лицензию, сертификаты о специальном обучении, опыт работы), которые подтверждают его/ее способность быть таким терапевтом. Выбор вида терапии зависит от характера проблемы ребенка и его/ее конкретных нужд в соответствии с его/ее ИОП. Таким образом, ребенку со множеством сенсорных нарушений и/или апраксией понадобится трудотерапия в команде, дееспособному ребенку с прагматическими трудностями нужен логопед, более старшему ребенку с трудностями в освоении социальных навыков или проблемами в поведении и бытовых вопросах за пределами дома понадобится коррекционный педагог, в то время как ребенку с низкой самооценкой или синдромом беспокойства/депрессией нужен психолог. Как было отмечено выше, в большей степени, поставленные цели обычно совпадают, поэтому не всегда нужна целая команда специалистов. В некоторых случаях время от времени может понадобиться особое обращение, но тогда оно может осуществляться одним из терапевтов под наблюдением надлежащего специалиста по имеющейся проблеме. Очень важно, чтобы было одно лицо, которому подотчетны все остальные лица, и которое несет ответственность за ребенка, а также координирует ИОП и терапию (это может быть врач).

Основные положения
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Вид и длительность вмешательства (коррекции) должны определяться в каждом ИОП. ✓ В ИОП есть один общий раздел для разных терапевтов и один, относящийся к их специализации. Одно действие может использоваться для различных целей по разной специализации. ✓ Терапевт работает с ребенком, родителями и образовательной средой. Родитель должны соблюдать сеансы. ✓ Осторожность нужна при выборе материалов и видов деятельности. ✓ Групповые сеансы рекомендованы для старших и дееспособных детей. ✓ Очень важно, чтобы занятия ТАКЖЕ проходили за пределами кабинета, чтобы обучение происходило в более естественной среде. ✓ В идеале терапевт должен быть «терапевтом по аутизму», независимо от его/ее основной специализации. ✓ Должна быть центральная фигура, которой подотчетны другие, и которая координирует все вмешательство.

4.3.1 Логотерапия

Логотерапия – это научный метод, нацеленный на профилактику, диагностику и коррекцию вербальных, речевых, голосовых и коммуникативных расстройств. Она предусматривает профилактику, оценку, диагностику и терапевтическую коррекцию, а также научное исследование коммуникативных, вербальных и речевых расстройств у детей и взрослых.

Когда речь идет о РАС, первостепенной задачей логотерапевта является помощь в развитии коммуникации (вербальной и невербальной), которой очень не хватает. Таким образом, логотерапия начинается с момента установления диагноза, независимо от возраста, за которым следует период трудотерапии, для того, чтобы ребенок мог «усидеть на месте» во время сеансов логотерапии. Игра на коммуникацию фактически не требует от ребенка усидчивости, но у него должен появиться интерес и мотивация для участия в этой «игре» со специалистами. Родитель должен присутствовать на протяжении всего процесса, так как у него или у нее больше реальных шансов на успешное начало игры или реакцию ребенка на саму игру.

Когда контакт достигнут или уже присутствует в большей мере, логотерапевт может заняться сюжетно-ролевой или творческой игрой (предшествующей развитию речи) и самой речью, т.е. семантикой и прагматикой, о чем говорилось выше. Логотерапевту нужно оценить уровень чистого вербального понимания ребенка при помощи определенных инструментов, так как чаще всего экспрессивная речь ребенка на уровень выше, чем его/ее понимание языка. В других случаях фонетическое понимание речи является результатом ассоциации определенных ключевых слов со специфически усвоенными операциями, например, когда ребенок выполняет указание «обуйся и принеси ключи, и мы поедem кататься», в котором слово «кататься» связано с операцией, без понимания самих слов. Определение точного уровня понимания необходимо, чтобы приспособить речь лиц в среде, нацелиться на положительный результат в контексте ИОП и избежать интерпретации отсутствия понимания как упрямство, лень, невнимательность или асоциальное поведение.

Сложности в фонологии или обучении имеют второстепенное значение в логотерапии при РАС. И, наконец, нужно научить ребенка и тех, кто его окружает, альтернативной системе коммуникации (смотрите ниже), чтобы предотвратить проявление сложного поведения, которое часто является результатом неудачной попытки выражения своих потребностей.

Основные положения
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Основной задачей логотерапевта с момента диагностирования РАС является развитие коммуникации (вербальной или невербальной). ✓ Следующие цели – это развитие символической и творческой игры и собственно речи. ✓ Очень важно оценить уровень чистого вербального понимания ребенка посредством соответствующих инструментов. ✓ В случае отсутствия речи нужно, чтобы ребенок и те, кто его окружает, научились альтернативной коммуникативной системе. ✓ Решение проблем в фонологии или обучении является второстепенной задачей для логотерапевта, занимающегося РАС.

Ассоциация зарегистрированных логопедов

п/я 22486, 1522 Никосия

тел. 22660611, факс: 22551774

вебсайт: www.speechtherapy.org.cy

Email: info@speechtherapy.org.ua

Список логопедов, являющихся членами Ассоциации зарегистрированных логопедов на Кипре, и имеющих опыт работы с Аутизмом, предоставленный Ассоциацией зарегистрированных логопедов на Кипре, предлагается ниже. Перед тем, как связаться с любым специалистом, проблему нужно обсудить с педиатром ребенка, врачом-дефектологом или генетиком. Специалисты, которые оказывают терапевтическую помощь лицам с Аутизмом, имеют больше знаний об обучении терапевтов, специализирующихся на аутизме.

Никосия**Ворка Мелпо**

ул. Аркадиу, 1, 2235 Латсия, Никосия,

тел: 99435761

Email: melpologo@gmail.com

Лампру Марина

ул. Олимпияс, 25, кв. 201, 107 Ликавитос, Никосия

тел. 99313810

Email: bf278@hotmail.com

Теодулу Анна

ул. Пиреос, 4, Македонитисса, 2334, Никосия,

тел. 99358822, 22350657

Email: theodoulouanna@gmail.com

Теодору Теодора

ул. Крону, 19А, 1026 Никосия,

тел. 99550407

Email: theodora_theodorou@yahoo.com

Каллимачу Марина

ул. Алкеу, 1, 2404 Ингоми, Никосия

тел. 99663705

Email: marina.callimachou@cytanet.com.cy

Клиника речи, языка и слуха

Европейский университет Кипра, Никосия

Тел.22029907, 99660809

Email: K.Petinou@euc.ac.cy, kdg@cytanet.com.cy

Проскопиу Катерина

ул. Васу Панаги, кв.301, 2040 Строволос, Никосия,

тел. 97695889/22496882

Email: katerina.therapy.centre@gmail.com

Лимассол**Маркандони Эмилия**

«ОРИЗОНДАС» Центр

ул. Гропиус, 23, район Нафи, Лимассол

тел. 99348662

Email: mark_aimilia@hotmail.com

Канавати Илиана

ул.Бетховен, 30, Айос Николаос, Лимассол

тел. 9667566

Email: eliana.logo@hotmail.com

Питтали Георгия

ул. Киссаму, 26В, Капсалос, Лимассол

тел. 99527039

Email: georgia_pittali@hotmail.com

Ставринуду Софрония

ул.Апостолу Варнава, 28, кв. 201, 3065, Лимассол

тел. 99332940

Email: sofrionias@hotmail.com

Ларнака**Георгиу Димитра**

ул.Мики Теодораки, 13, район Дросия, 6037 Ларнака

тел. 995912

Email: gdeme30@hotmail.com

Константину Евгения

ул. Арчбишоп Киприану, 15, 7020, Дромолаксия, Ларнака

тел. 99338657

Email: gevcon@hotmail.com

Неоптолему Деспина

ул. Помпияс, 2, Арадиппу, Ларнака

тел. 99767048

Email: despina.neoptolemou@cytanet.com.cy

Пафос**Элефтериу Харис и Элефтериу Панделитса**

ул. Андроклеус, 2, 8049 Пафос,

тел. 99557390

Email: eleftheriou.c@cytanet.com.cy

Евзона Иоанна

ул. Козанис, 3, 8027 Пафос,

тел. 99586125

Email: evzoniaoanna@yahoo.gr

Фамагуста**Церкезу Мария**

просп. Арчбишоп Макариос, 39, 5280 Паралимни, Фамагуста

тел. 99840405

Email: tsierkezou_m@yahoo.gr

4.3.2. Трудовая терапия – Сенсорная интеграция

Всемирная Федерация Трудотерапевтов предлагает такое определение: «Трудотерапия – это направленное вовлечение больных в трудовую деятельность с лечебной и реабилитационной целями». Основной целью трудотерапии является вовлечение лиц в повседневные бытовые действия. Трудотерапевты достигают этой цели посредством работы с людьми и сообществами для укрепления их способности заниматься деятельностью по своему желанию, по необходимости или указанию, или посредством изменения деятельности или среды для лучшего поддержания их вовлеченности в трудовые процессы». Конкретно, в отношении РАС, цели трудотерапии следующие: а) самопомощь и независимость, и б) урегулирование сенсорных трудностей.

Для достижения целей терапевт должен работать с пациентом, чтобы он/она получили навыки, необходимые для совершения определенных действий, такие как мелкая и крупная моторика, баланс и координация, поведение, навыки самообслуживания, питание, организационные навыки и игровые навыки. В то же время трудотерапевты занимаются окружением и средой, в которой находится ребенок, чтобы облегчить для него/нее задачи, а также используют специальное оборудование, где это необходимо, такое как компьютеры. Хотя это должно относиться к каждому виду коррекции, трудотерапия является первостепенной терапией, в которой действия должны иметь игровой характер, делая занятия приятным и действия ценными и стимулирующими для ребенка.

Понятие «**сенсорная интеграция**» относится к способности мозга организовать и согласовать две или больше порции информации, полученные извне телом через периферические сенсорные системы и обработке такой информации для рациональной и полезной двигательной реакции. Существует семь периферических сенсорных систем: тактильная, визуальная, обонятельная, вкусовая, слуховая, вестибулярная (с передачей информации от среднего уха в отношении положения тела и головы по отношению к земле, земному притяжению, пространству, статике и движению) и проприоцептивная система (с передачей информации через связки, суставы и мышцы в отношении того, где находится каждая из частей тела и что они делают)¹.

Включен в контекст сенсорной интеграции праксис, который состоит из мышления (формирование замысла, основанного на осознании возможностей среды), организация движения (план достижения замысла, включая решение проблемы и сенсорно-моторного восприятия тела) и выполнение запланированного действия.

У детей с РАС часто проявляются сложности с сенсорной интеграцией² в довольно большой мере, приводя к сложностям практически во всех сферах адаптивного, когнитивного, социального и академического функционирования³. Сенсорные дисфункции связываются с высокими степенями стереотипного поведения, ригидности и патологически цикличного поведения, значительными проблемами с поведением, которые затрудняют адаптацию к социальной и академической среде, и нарушением

¹ Bundy A. et al (2002) Sensory Integration Theory and Practice. FA DAVIS COMPANY PHILADELPHIA 2002

² Ben-Sasson A, et al (2009) A Meta-Analysis of Sensory Modulation Symptoms in Individuals with Autism Spectrum Disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 39, 1-11

³ Mailloux Z (2001) Sensory Integrative principles in intervention with children with autistic disorder. In: Smith-Roley S, Imperatore-Blanche E, Schaaf RC, editors. Understanding the Nature of Sensory Integration with Diverse Populations. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. p 365-382.

внимания, взаимодействия с другими, целенаправленной игры и самопомощи. Таким образом, этими проблемами нужно заниматься для того, чтобы ребенок стал настолько адаптированным к окружению, насколько это возможно.

Сенсорно-интеграционная терапия обеспечивается высококвалифицированным терапевтом, у которого имеется соответствующее оборудование. Цель терапии – улучшение у ребенка с аутизмом обработки сенсорной информации, чтобы больший объем сенсорных стимулов мог быть зафиксированным и обработанным более эффективно. Лечебные техники в сенсорной интеграции при правильном распределении и подкреплении являются целенаправленными и контролируются во время применения, могут повлиять на формат развития ребенка с аутизмом в полном спектре его/ее функционирования. Учитывая то, что понятие часто используется неправильно, лучше всего убедиться, что человек, заявляющий, что применяет сенсорно-интеграционную терапию, в действительности ее применяет. Недавно были опубликованы международные нормативы относительно того, что составляет и что не является сенсорной интеграцией, а также предусловий ее применения¹.

Другой важный вопрос – все ли специалисты, работающие с детьми с РАС, такие как учителя, логотерапевты, педагоги-дефектологи и т.д., применяют сенсорные техники во время своей коррекционной работы.

Применение этих техник делает применение всех других видов коррекций более легким, путем устранения препятствий, присутствующих в связи с сенсорной дисфункцией. Конечно, чтобы применить такие техники, необходимо сначала организовать осмотр ребенка квалифицированным трудотерапевтом, который затем даст рекомендации другим специалистам касательно подходящих техник.

Мы хотели бы здесь отметить, что Фонд оказания социальной помощи Андреаса Софоклеус «Кепаки» в рамках социального вклада взял на себя инициативу создания **Центра сенсорной интеграции** и снабжение центра необходимым оборудованием. Центр занятости лиц с аутизмом открыл свои двери, на пилотном уровне, Кипрской Ассоциацией для лиц с аутизмом в октябре 2010г.

Оборудование и услуги, предлагаемые Центром, сочетают классические услуги от специализированного персонала, с использованием специально спроектированного оборудования, основываясь на методах сенсорной интеграции, которые связаны не только с терапией, но также с обучением посредством игры.

Терапевты проходят сертификацию относительно оценки и терапевтического вмешательства по методу сенсорной интеграции Айрес®. Квалификация по этому методу была получена через образовательные программы Греческого Общества по Сенсорной Интеграции (ЭЛЛЭАО) в Греции и Южно-калифорнийского Университета/Западных психологических служб в США.

Есть две специально оборудованные комнаты в Центре. Первая, а именно, Комната сенсорной интеграции, работает как игровая комната и комната активного обучения, в которой трудотерапевт может оценить ребенка, симптомы, реакции и способ сбора

¹ Parham LD, et al (2011) Development of a fidelity measure for research on the effectiveness of the Ayres Sensory Integration intervention. Am J Occup Ther. 65(2):133-42.

информации, и в то же время терапевт может улучшить эмоциональную связь. Вторая комната называется Мультисенсорной комнатой, которая также посвящена сенсорным техникам, а также является комнатой, в которой можно снизить чувство тревоги и волнение. Мультисенсорная среда создана для стимуляции чувств таких, как осязание, вкус, зрение, слух и обоняние без необходимости в умственной деятельности. Оборудование создано таким образом, чтобы на нем можно было работать с детьми в возрасте от 6 месяцев и старше, а также со взрослыми. Остальные помещения являются кабинетами и комнатами оставшихся специалистов (один для логопеда и/или коррекционного обучения, и один для музыкальной терапии), оснащенные необходимым оборудованием.

Основные положения

- ✓ Одной из основных задач трудотерапевта при РАС является улучшение навыков самообслуживания и самостоятельности через развитие мелкой и крупной моторики, баланс и координацию движений, навыки ухода за собой, питание, концентрацию внимания, навыки предшествующие чтению и письму и игровые навыки.
- ✓ Сенсорная интеграция - способность мозга организовать и согласовать две или больше порции информации, полученные извне телом через сенсорные системы.
- ✓ У детей с РАС часто и в большей степени проявляются проблемы с сенсорной интеграцией, что приводит к трудностям практически во всех сферах адаптивного, когнитивного, социального и академического функционирования.
- ✓ Терапией сенсорной интеграции занимаются надлежаще квалифицированные и лицензированные трудотерапевты, у которых также есть необходимое оборудование, и которые следуют опубликованным международным положениям.
- ✓ Все профессионалы, работающие с РАС, должны использовать сенсорные «техники», рекомендуемые трудотерапевтом, оценившим ребенка.

Кипрская ассоциация трудотерапевтов

п/я 16202, 2087, Акрополис, Никосия

тел. 99351517

вебсайт: www.ergotherapeiacy.eu

Email: cyprusot@gmail.com и info@ergotherapeiacy.eu

Образцовый центра по занятости, уходу и терапии, который закреплен за Кипрской ассоциацией для лиц с аутизмом Кепакки

ул. Эллиспонду, 1, Айос Николаос, Лимассол, тел. 25107951

Список трудотерапевтов, являющихся членами Совета зарегистрированных трудотерапевтов на Кипре, которые работают с АУТИЗМом, согласно Совету зарегистрированных трудотерапевтов Кипра, предлагается ниже. Перед тем, как связаться с любым специалистом, проблему нужно обсудить с педиатром ребенка, врачом-дефектологом или генетиком. Специалисты, которые оказывают терапевтическую помощь людям, страдающим аутизмом, имеют больше знаний о квалификации терапевтов, специализирующихся на аутизме.

Никосия

Янна Шиамма

Никис Авеню, 81, Офис 402, 1086

Тел. 99694167

Email: yianna.shiamma@yahoo.com

Деспина Каими

«Эргодраси» центр терапии

ул. Г. Стокку, Дасуполи, 2024

тел. 99450458, 22264560

Email: dkaimi@hotmail.com, ergodrasi@hotmail.gr

Эвантия Констандину

ул. Эсопу, 42, Аглантция, 2113

тел. 99676179, факс: 22347768

Email: giannasmoti@yahoo.com

Мария Михаил

Многопредметные Центры Смарткидз

ул. Лаодикиас, 23А, Строволос, 11 Арчбишоп Макариос III и 66 Арчбишоп Макариос III, Дали.

Тел. 99746485, факс: 23482683

Email: smartkids@cytanet.com.cy

Лимассол

Кристия Христу

ул. Иоанни Дамаскину, 7

тел. 99400388, факс: 25336938

Email: kchristou_ergo@hotmail.com

Луиза Папахараламбус Кусулиду

ул. Теламона, 13А

тел. 25399131, 99296658

Email: thelisi_ergo@hotmail.com

Христофорос Пампаказ

Образцовый многопредметный центр

ул. Аретис, Меса Геитония, 4006

тел. 99047997

Email: christosergo@cytanet.com.cy

Ларнака

Эмили Теодосиу Гаврилиду

Трудотерапевт, специализирующийся на методах NDT-BOBATH, SI, АВА

ул. Арчибишоп Паисиу, Верджина, 7101

тел. 99818481, факс: 24368191

Email: e.gavrielidou@gmail.com

Пафос

Андриана Коккали

Ул. Александруполеос, 73, Андигони Корт, 8027

Тел. 99126629

Email: therapist.andy@gmail.com

4.3.3. Специальное обучение

Часто роль педагога-дефектолога ошибочно ассоциируют с привитием навыков, связанных со школой, так, как логотерапевта ассоциируют с речью (словарным запасом). В действительности же, роль его при РАС более обширна, так как распространяется на множество сфер развития, совместно и в сочетании с логотерапевтом и трудотерапевтом.

Основные области, в которых работает педагог-дефектолог (либо индивидуально, либо в группе) - это обучение игровым и социальным навыкам, обучение распознаванию и управлению эмоциями, коррекция поведенческих моментов и навыков самообслуживания внутри сообщества (игровая площадка, супермаркет, рестораны и т.п.), организация пространства и времени (особенно свободного времени) путем введения визуальной программы и т.д. Все это также может включать и другие терапевтические задачи, однако, распределение задач и действий должно выполняться в рамках ИОП, основываясь на нуждах ребенка.

Главный терапевт в специальных отделениях для дошкольников с РАС, например, при программе ТЕАСНН (см. ниже) играет важную роль. В этой программе педагог-дефектолог берет на себя роль учителя дошкольников и применяет эквивалентную групповую программу, которую можно адаптировать под нужды и навыки ребенка.

Область обучения обычно имеет вторичное значение при РАС, когда мы находим недостатки, имеющие большее влияние на жизнь ребенка. Однако, дети с высоким уровнем функционирования, которые справляются хорошо в общеобразовательной школе, в этой области, также могут получить поддержку. Конкретные учебные моменты, которые могут возникнуть у детей с РАС, такие как апраксия или, проще говоря, плохой почерк – дисграфия, являются областью работы трудотерапевтов. Дошкольные учебные навыки могут быть сферой педагога-дефектолога, так как педагог-дефектолог занимается другими сферами. Организация обучения может быть осуществлена педагогом-дефектологом, который занимается РАС, а помощь в учебе может осуществляться обычным педагогом или при поддержке терапевта, имеющего опыт работы с детьми, страдающими аутизмом. Роль педагога-дефектолога важна в случае сопутствующих сложностей в специальном обучении (дислексия, дискалькулия, дисграфия, сложности с невербальным обучением).

Основные положения
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Области, в которых работает педагог-дефектолог - это обучение игровым и социальным навыкам, обучение распознаванию и управлению эмоциями, поведенческие моменты, навыки самообслуживания внутри сообщества (игровая площадка, супермаркет, рестораны и т.п.), организация пространства и времени (особенно свободного времени) с введением визуальной программы. ✓ Педагог-дефектолог считается главным педагогом в специальной дошкольной программе для детей с РАС. ✓ Область обучения является вторичной задачей при РАС, но для детей с высоким уровнем функционирования в этой области может понадобиться помощь педагога-дефектолога и/или учителя. ✓ Роль педагога-дефектолога важна в случае сопутствующих сложностей специального обучения (дислексия, дискалькулия, дисграфия, сложности с невербальным обучением).

Кипрская ассоциация педагогов-дефектологов

п/я 28967, 2084 Никосия

тел/факс: 22427304

Email: paseip@hotmail.com

Перед тем, как связаться с любым специалистом, проблему нужно обсудить с педиатром ребенка, врачом-дефектологом или генетиком. Специалисты, которые оказывают терапевтическую помощь людям, страдающим аутизмом, имеют больше знаний о квалификации терапевтов, специализирующихся на аутизме.

Кулла Пандели

ул. Пастер, 5, 1055 Айос Андониос, Никосия

тел. 99489541, факс: 22430025

Центр специального обучения в Лимассоле

Центр развития и поддержки детей и подростков, ААСП

Тел. 97663166, факс: 25662272

Вебсайт/Email: www.cyspecialied.com, contact@aasp-cy.com

4.3.4. Психологическая поддержка

Психолог часто играет роль, подобную роли педагога-дефектолога, как описано выше. Однако, он/она также играет отдельную роль в контексте коррекционной работы при РАС. Конкретнее:

- а) Психолог может заниматься психотерапевтической поддержкой людей с ВФА, например, когда человек начинает осознавать и расстраиваться из-за того, что он/она отличается от других. Терапевт затем может приступить к его уведомлению в спланированной манере о его/ее диагнозе и дать рекомендации о том, как справиться с ним. За этим процессом следуют конкретные шаги и протоколы, а также требуется провести несколько встреч с терапевтом, которого ребенок знает и которому доверяет. Опытный терапевт, а также присутствие семьи, необходимы, хотя бы на начальных встречах. Лучше делать это (ТОЛЬКО если окажется что это необходимо) до полового созревания и, чаще всего, после 8 лет, чтобы ребенок был в состоянии справляться со всем, благодаря интеллектуальным возможностям мозга. Также нужно это делать со взрослыми, которые могут пострадать от расстройства спектра, например, с родителями.
- б) Психотерапевтическая поддержка необходима, когда у пациента проявляются другие психиатрические симптомы, такие как беспокойство, депрессия или синдром навязчивых состояний. Часто с этим справляются применением сложной директивной психотерапии, нацеленной на понимание основных сложностей, обучающих техник для социальных навыков, поддержку развития и обобщение адаптивных навыков. В более сложных случаях рекомендуется когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) для

многих моментов¹, в частности, беспокойства и депрессии. Психодинамическая и психоаналитическая терапия не является эффективной для основных симптомов расстройства или сопутствующих состояний². Во всех случаях, применение психотерапии требует тщательной оценки сильных и проблемных сторон личности и конкретных указаний на то, что пациент получит положительный результат от нее³.

в) Семье тоже часто нужна поддержка, в частности, сразу же после установления диагноза, и на более поздних стадиях в отношении моментов, касающихся ребенка, а также тех, что касаются родителей и других детей в семье, в которой растет ребенок с РАС. Ранее, психодинамический подход чрезмерно концентрировался на семье (ошибочно считая, что семья является действительной причиной расстройства), современные подходы сконцентрированы просто на обучении семьи. Это часто неправильно, так как травма, испытываемая родителем, а также постоянная нагрузка из-за расстройства (и сама коррекция) могут «сломать» родителя. Кроме того, пренебрежение психологическим здоровьем семьи может привести к неудачам или суровым ограничениям влияния коррекции на ребенка.

г) И, наконец, может потребоваться коррекция, которая нацелена на взаимодействие всей семьи, когда взаимоотношения испытываются на прочность, часто в результате этого семья может претерпевать различные сложности, вплоть до распада.

Необходимость психологической поддержки должна быть значительнее, когда один из родителей также страдает от расстройства спектра (или в пределах более обширного аутичного фенотипа). В этом случае, «нейротипичному» родителю нужна поддержка, а также помощь нужна родителю с РАС¹.

Основные положения
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Психолог будет заниматься самосознанием личности с РАС, а также сопутствующими сложностями (беспокойство, депрессия и т.п.). ✓ Психолог будет применять сложную директивную психотерапию, когда выбранной терапией является когнитивно-поведенческая терапия. Психодинамическая-психоаналитическая терапия не является эффективной в таких случаях. ✓ Коррекция, направленная на всех членов семьи, является очень важной, и на уровне личностном, и на уровне семьи как системы, в частности, если один из родителей также страдает от расстройства спектра.

Кипрская профессиональная и научно-психологическая ассоциация

п/я 25628, 1311 Никосия

тел. 70005539

Вебсайт: <http://cypsa.org.cy>

¹ Reaven J. (2011) The treatment of anxiety symptoms in youth with high-functioning autism spectrum disorders: developmental considerations for parents. Brain Res. 1380:255-63.

² Francis K: Autism interventions: a critical update. Dev Med Child Neurol. 2005; 47(7):439-9.

³ Papageorgiou V. "Therapeutic approaches to autism spectrum disorders". Encephalos Archia Neurologias kai Psichiatrikis. <http://www.inpsy.gr/Articles/HochmannGR.htm>

¹Aston, C.M. (2002). The other half of Asperger syndrome. Autism Asperger Publishing Company.

4.3.5. Школьная интеграция

Школьная интеграция (либо общеобразовательной, либо специализированной школ) не является необходимостью как таковая. Чаще всего это цель и даже средство коррекции для детей с РАС, однако, она не может стать существенным препятствием, если преследуется как цель преждевременно, или без учета нужд и сильных сторон ребенка (и окружения), или если необходимые меры не предприняты для того, чтобы интеграция была успешной.

Для дошкольников интеграция в стандартном окружении требует инициативности в общении (иначе они просто будут в изоляции) и наличие имитационных навыков (чтобы «обучение» вели их сверстники). Для совсем маленьких детей (< 36 месяцев) можно прибегнуть к интеграции (если только нет проблемного поведения, которое может стать нормой для ребенка) и выдержать какое-то время. Для детей постарше, однако, необходимо завершить наблюдение, чтобы обеспечить совпадение посещаемости поставленным задачам из ИОП, и не терять время. Если же нет, тогда предпочтительно, чтобы ребенок посещал специализированное дошкольное учреждение для детей с РАС и там можно приложить усилия для подготовки вливания ребенка в общешкольный поток позднее.

Для детей старше 5 лет интеграция в типичной обстановке требует соответствующей подготовки, по крайней мере, пограничный уровень интеллекта ($IQ > 70$) и навыки (социальные, коммуникативные и дошкольные) ребенка, как минимум, в возрасте 4.5 года (такую оценку можно провести при помощи определенных тестов, например Шкалы адаптивного поведения Вайнленда). При указанных обстоятельствах должны быть четко определены задачи в отношении посещений школы ребенком, которые фиксируются в ИОП.

Для детей с минимальным количеством навыков целью интеграции является развитие социальных и коммуникативных навыков. В таком случае это требует согласования с классным руководителем, чтобы не было слишком много требований в учебном процессе и достижение указанных выше целей заранее спланировано в виде системы. Таким образом, требуется продолжительное или периодическое сотрудничество с учителем, чтобы избежать появления проблемного поведения, а также непосредственная коррекция для включения ребенка в группу сверстников. Этого можно достичь путем создания «круга друзей», для более эффективной интеграции, в то же время это будет полезно и одноклассников. В других случаях, требуется постоянное присутствие личного помощника для ребенка («теневая», параллельная поддержка), который поддержит ребенка и обеспечит достижение задач ИОП, играя роль помощника учителя, но НЕ заменяющего собой учителя.

Для детей, у которых более высокоразвитые навыки, определение задач должно включать и учебные задачи. Социальная интеграция должна быть интенсивнее и с более глубокими целями, например, проявление дружбы. Указанные выше средства также можно использовать в таких случаях (сотрудничество с учителем, параллельная поддержка, «круг друзей»), которые, конечно же, нужно адаптировать к нуждам ребенка.

Необходимо отметить, что хотя определение задач, которые ниже способностей ребенка (например, учебные задачи) кажутся негативными и невыгодными, все же

является неблагоприятным и негативным определением задач, которые намного превышают способности ребенка или то, чего ему нужно достичь. Часто ребенок с более слабыми умственными способностями должен посещать учреждение более высокого академического уровня, и в результате оно не удовлетворяет его/ее истинные потребности (например, повседневные навыки), а также разрушает его/ее «я» из-за неудач. Здесь возникает риск того, что ребенок будет делать меньше, чем то, на что он/она способен и проявлять вызывающее поведение, и, вместо того, чтобы стать более социализированным, он/она станет объектом издевательств или окажется в изоляции. Если принято решение в пользу интеграции по причине социализации, как в случае со специальными (инклюзивными) классами в обычных школах, необходимо активное вмешательство со стороны школьного персонала, чтобы достичь этого, и не дать ребенку быть изолированным от типичной группы детей. И, наконец, результаты интеграции должны постоянно оцениваться и каждый год нужно повторно оценивать пользу от продолжения или прекращения интеграции.

Основные положения

- ✓ Интеграция в обычных школах не должна происходить ради интеграции как таковой, но должна подвергаться постоянной оценке, вместе с целями и средствами, которые применяются.
- ✓ Чтобы интегрировать ребенка, он/она должен иметь некоторые минимальные навыки, которые уместны для учреждения, должна быть четко определенная задача и коррекция должна применяться для достижения целей.
- ✓ Как бы ни казалось негативным занижать задачи для ребенка, так же негативным является ставить задачи, превышающие способности ребенка.

4.3.6. Музыкальная терапия

Музыкальная терапия – это клиническое применение музыкального коррекции, основанное на научном исследовании, и направленное на достижение определенных целей через терапевтические отношения с надлежаще квалифицированным музыкальным терапевтом. Через терапевтическое применение музыки можно достичь прогресса в физической, психологической, умственной, социальной и поведенческой сферах.

Во время сеанса терапевт и участники должны создать музыкальное действо либо путем прослушивания музыки, либо используя музыкальные инструменты, которые не требуют музыкальных навыков. Посредством музыкотерапии дети могут выразить и управлять эмоциями через музыку, испытать ощущения и самопознание, улучшить социальные навыки и проявить свое творчество.

При РАС музыкальная терапия может быть нацелена на базовые недостатки расстройства, а именно, социальный обмен и коммуникацию. Вместо того, чтобы нацелиться на приобретение навыков, музыкотерапия дает ребенку среду, внутри которой он учится быть частью общего, иметь общую цель с другими, научиться очередности и управлять своими эмоциями. Конечно же, необходимо, чтобы терапевт был осведомлен о специфике расстройства и определенных целях, основываясь на ИОП ребенка, а не просто стремился добиться общего участия и удовольствия. Эффективность конкретного вмешательства требует дальнейшей оценки¹.

Основные положения
<ul style="list-style-type: none"> ✓ При РАС музыкальная терапия нацелена на социальное взаимодействие и коммуникацию, обеспечивая общую среду, внутри которой ребенок может попрактиковаться в этих навыках. ✓ Терапевт должен быть осведомлен о специфике расстройства.

Кипрская ассоциация музыкальной терапии

Президент: Христос Маифосис

Тел. 99630455

Email: maifoshis_chr@hotmail.com

¹ Geretsegger M, et al (2002) Randomised controlled trial of improvisational music therapy's effectiveness for children with autism spectrum disorders (TIME-A): study protocol. BMC Pediatr. 12:2.

4.4. Специальные терапии

По мере расширения наших познаний в области природы расстройства, разрабатываются новые специализированные терапии для РАС, а другие пересматриваются, комбинируются или прекращается их применение. Список рекомендованных видов терапии является длинным и постоянно дополняется. Для того, чтобы родитель и специалист выбрали вид коррекции для ребенка с РАС, он/она должны следовать общим правилам, указанным выше (п. 2.1), которые подробно расписаны на вебсайте Британского национального общества по аутизму (<http://www.autism.org.uk/living-with-autism/strategies-and-approaches/before-choosing-anapproach.aspx>). В частности, для изучения описания и эффективности коррекции мы рекомендуем вебсайт Рисерч Аутизм /Research Autism/, некоммерческой компании, занимающейся применением научных критерий для оценки вмешательств при аутизме (<http://www.researchautism.net/pages/welcome/home.ikml>). В следующем разделе мы даем краткое описание видов коррекций, которые завоевали мировое признание, и также широко применяются на Кипре.

Конкретнее:

- а) Психо-образовательные и поведенческие (в основном, методы ТЕАСНН – Лечение и образование детей с аутизмом и связанными с ним коммуникативными расстройствами, и Ловаас и АВА – Прикладной поведенческий анализ), которые составляют два из самых распространенных в применении подходов, а также и основной фундамент, на котором строятся все другие подходы. Основываясь на целесообразности обеспечения среды, в пределах которой осуществляется понимание и удовлетворение нужд людей с РАС в разных учреждениях и службах, Британское национальное общество по аутизму разработало программу SPELL – Структура/Позитивное отношение/Эмпатия/Низкая активация/Связи.
- б) Аугментативная/Альтернативная коммуникация направлена на увеличение коммуникации с речью на втором плане. Лидерами этого подхода являются PECS – система общения при помощи обмена картинками/карточками, и МАКАТОН, которая использует комбинацию картинок/символов и жестов.
- в) Обучение социальным навыкам высокофункциональных лиц в основном достигается через групповую коррекцию и использование визуальных средств, таких как Социальные истории автора Кэрл Грей и Комиксы.
- г) Психофармакологическая коррекция.
- д) Альтернативные виды коррекций: они включают методы коррекции с некоторой поддержкой из литературы в виде казуистических отчетов родителей (такие как большие дозы витамина В6 и магния, и казеин, и безглютеновая диета), по которым практически отсутствует информация для проведения их оценки (например, применение стволовых клеток, детоксикация от тяжелых металлов, и промывание кишечника антибиотиками и пробиотиками) и другие, которые показали себя как неэффективные (такие как гипербарический кислород, упрощенная коммуникация и терапия слуховой интеграции)

4.4.1 TEACHH*

TEACHH – это специальная образовательная программа, адаптированная под конкретные потребности ребенка с аутизмом и основана она на определенных правилах. Метод TEACHH является уникальным в том, что нацелен на создание естественной, социальной и коммуникативной среды. Среда построена так, чтобы облегчить трудности, с которым сталкивается ребенок-аутист (равно как и взрослый с аутизмом), которого обучают поведению приемлемому и надлежащему. Исходя из того факта, что дети с аутизмом учатся визуальным образом, TEACHH привносит визуальную ясность в процесс обучения, стремясь к структурированию, принятию, пониманию, организации и самостоятельности. Дети работают в высокоструктурированной среде, которая может включать естественное размещение мебели, четко обозначенные площадки по видам деятельности, программы, основанные на картинках, а также рабочие системы и четкость в обучении. Ребенка вовлекают в четко определенный ряд действий с конкретными целями, направленными на то, чтобы он стал более организованным. По своей сути метод состоит из правил, которые служат основой для наиболее эклектичных программ коррекции. Основные черты TEACHH (визуальная структура, визуальные расписания, анализ поведения с применением «айсберга» и т.п.) используется во многих других методах коррекции (включая АВА), так как они учитывают основные недостатки и сильные стороны при РАС или то, что TEACHH называет «культура аутизма».

4.4.2 SPELL

Структура SPELL учитывает конкретные и уникальные потребности каждого ребенка и взрослого, и акцентирует внимание на том, что планирование и коррекция полностью должны строиться на таком фундаменте. Основной замысел в SPELL состоит в том, что некое число взаимосвязанных объектов служат детям и взрослым, которые страдают от расстройств аутичного спектра, и что увеличение их сильных сторон с одновременным уменьшением негативных частей состояния потенциально приведет к прогрессу. Этими объектами являются структура, конструктивное и реалистичное отношение и ожидания, эмпатия и понимания особым образом так, как человек с РАС воспринимает мир, мягкое стимулирование его, чтобы не вызвать тревожность, и улучшение концентрации, а также постепенная взаимосвязь между различными сферами его/ее жизни, и различные методы коррекции для поддержания постоянства. SPELL является дополнением к TEACHH, но также позволяет применять другие виды коррекции

4.4.3. АВА*

Поведенческие техники изначально были применены Ловаасом и развились в то, что мы сейчас называем Прикладным анализом поведения (АВА). Эти техники следуют поведенческим принципам обучения Скиннера и нацелены на улучшение социально-значимых поведений и приобретение новых навыков.

* www.teachh.com

* <http://www.autism.org.uk/living-with-autism/strategies-and-approaches/spell.aspx>

Все навыки разбиты на отдельные этапы или элементы. Ученикам предоставляются повторяющиеся возможности учить и практиковать эти навыки во множестве ситуаций, получая огромный объем позитивного подкрепления. Цели коррекции, а также используемый конкретный вид инструкций и подкрепление адаптируются под сильные стороны и потребности конкретного человека. Результаты постоянно оцениваются через непосредственное наблюдение, и коррекционный план меняется, если результаты показывают, что ученик не достигает успеха. Цель АВА – сделать так, чтобы человек мог жить наиболее независимо и успешно, насколько это возможно, в различных средах.

Эти принципы внедрены в более специализированные виды коррекции (Дискретная проба, Раннее интенсивное поведенческое вмешательство, Функциональная коммуникация, Попутное обучение, обучение в среде, Ключевая реакция, Поддержка положительного поведения, Метод вербального поведения, Видео моделирование), таким образом, сложно говорить об их эффективности в целом. Однако, можно точно говорить о том, что эти программы являются интенсивными и требуют многочасовой работы в течение недели. Они конкретно показали эффективность, в частности, (но не исчерпывающе) в приобретении повседневных жизненных навыков даже у детей с низкой степенью функционирования. Начальная (исследование Ловаас) и часто упоминаемая эффективность, конечно же, преувеличена, в то время как эффективность затрат времени, усилий и финансовые затраты еще не до конца оценены¹.

4.4.4. PECS* (и пр. MAKATON)**

PECS (Система общения при помощи обмена картинками/карточками) является поэтапной и дополнительной техникой, при помощи которой люди с низкой вербальной способностью или без нее учатся общаться посредством картинок/карточек. Дети используют эти картинки для «вербализации» желаний, наблюдений или эмоций. Так как некоторые люди, страдающие аутизмом, имеют тенденцию обучаться визуально, такой вид искусственного общения оказывается эффективным для улучшения навыков самостоятельного общения, и часто приводит к положительным результатам в разговорной речи. Через серию шагов ребенок начинает с простого обмена предмета на то, что он/она хочет (Этап 1), переходя к поиску карточки, которая показывает то, что он/она хочет, передачи ее родителю и получению желаемого предмета (Этап 3В). Затем следует обучение простому предложению (я хочу...) и, наконец, комментированию и использованию характеристик/понятий. Этот метод прост и эффективен, так как сочетается с большей частью методов коррекции (ТЕАСНН, АВА и т.п.), может применяться в школе и помогает усилить сильные стороны ребенка с аутизмом (визуальность), без акцента на слабости (действие), и в то же время его применение не требует специальной подготовки (только для обучения).

Makaton – это программа развития коммуникации. Она основывается на использовании жестов и/или письменных символов, которые сопровождают и поддерживают вербальное общение. Makaton – это программа, которая позволяет всем, кто страдает от широкого спектра расстройств развития в общении и речи, приобрести эти навыки и

¹ Francis K: Autism interventions: a critical update. Dev Med Child Neurol. 2005; 47(7):439-9.

* www.pecs.com

** www.makaton.org

использовать их простым, но очень действенным способом, чтобы мочь принимать участие в социальной жизни, наслаждаться, иметь выбор и пользоваться своими правами.

Makaton может предложить человеку, страдающему от широкого спектра расстройств развития, больше навыков, так как состоит из большего количества «языков», чем PECS. Однако, существенным недостатком программы является то, что от ребенка требуется много навыков, так как, с одной стороны, он/она должен уметь жестикулировать, а, с другой стороны, уметь сохранять зрительный контакт. Кроме того, чтобы использовать эту программу, многим нужно пройти обучение, так как все, кто желает общаться с ребенком, должны знать жесты и смочь ответить на них.

4.4.5. Обучение социальным навыкам (комиксы, Социальные истории)

Развитие социальных навыков составляет нужную область коррекции для людей с РАС, и, в частности, для лиц с высокой функциональностью, основываясь на их слабостях (трудности в теоретизации, ЦНС когерентность, трудности в планировании и понимании последовательности и т.п.). Обучение может проходить либо индивидуально, либо в группе, с предпочтением работы в группе как более естественной среде. Лучше, если группу ведут в рамках школы, а не в центре, в котором обучаются только дети с РАС. В последнем случае, даже если не удастся достичь обобщения освоенных навыков, как заявляют критики этого вида коррекции, по крайней мере, отношения в школьной среде, в которой ребенок проводит большую часть своего времени в течение многих лет, нормализуются. Есть много конкретных техник (в основном, с внедрением знаков визуальной информации), но рекомендуются также и обучающие пакеты. Две техники, разработанные Кэрол Грей*, требуют отдельного внимания.

Социальные истории создаются в ответ на проблемную ситуацию, чтобы разъяснить все «как» и «почему» социальной среды каждого человека. Как только собрана соответствующая информация по теме и произошла беседа (для изменения его/ее видения), создается соответствующий сценарий, включающий его/ее потребности, интересы и способности, а также руководствуясь правилами этой техники. Это включает конкретную информацию касательно деталей ситуации, возможной реакции других людей на нее и правила в отношении уместных и желательных социальных реакций. Затем этому обучают человека, у которого возникли трудности, с использованием конкретных видов предложений, которые надлежаще соответствуют сценарию. Добавление визуальных элементов усиливает эффективность этого метода.

Беседы в комиксах являются визуальными представлениями различных стадий общения в беседе. Они содержат то, что говорится в беседе, а также чувства или намерения людей. Таким образом, более абстрактные аспекты социальной коммуникации становятся более конкретными, и, таким образом легкими для понимания.

* <http://www.thegraycenter.org>

4.4.6. Медикаментозное лечение

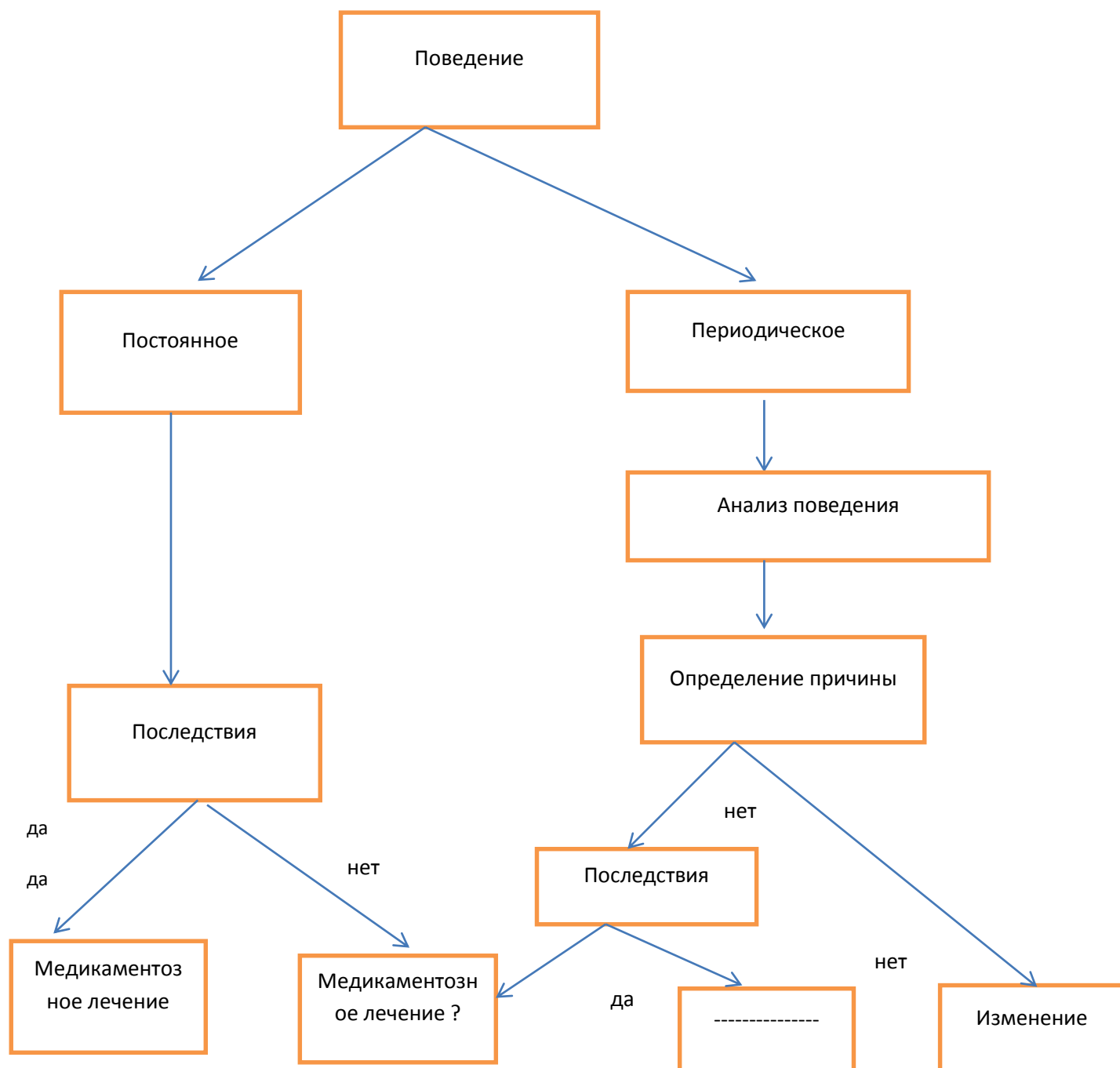
Психофармакологическая коррекция (таблица 5) нацелена на симптомы расстройства, которые мешают общей функциональности, но НЕ на само расстройство.

Психотропные** препараты, выборочные ингибиторы обратного захвата серотонина, нормотимики/стабилизаторы настроения, а также медикаменты, используемые при Синдроме дефицита внимания с гиперактивностью, в случае коморбидности/сопутствующих заболеваний, также используются при РАС. Цель применения медикаментов – облегчить ход коррекционных занятий, но НЕ заменять их.

Неспособность распознать поведение как «альтернативную» попытку общения и простое его угнетение ведет к избытку медикаментозных препаратов для людей с РАС. Медикаменты могут иметь транзиторное действие (этап медового месяца), которое является побочным эффектом препарата, а не его лечебным действием. Следовательно, оказываемое угнетение может погасить такое вызывающее поведение на протяжении срока действия угнетения, однако, когда оно прекращается, и причины проявления поведения продолжают, тогда вернется и такое поведение. Этот неправильный подход может затем продолжаться либо в виде увеличения дозы, либо добавлением других медикаментов, что приведет к тому же результату.

В таблице 5 предлагается алгоритм касательно того, когда нужно прибегнуть к применению препаратов: единственная причина, оправдывающая их применение, это наличие поведения в согласованной манере (а не вызывающее поведение, которое возникает при определенных обстоятельствах, например, только в школе), что также влияет на функциональность ребенка. Если нет, тогда применение медикаментов можно считать злоупотреблением. Если же, с другой стороны, поведение возникает при определенных обстоятельствах (в большинстве случаев), тогда причина и цель такого поведения подлежат изучению, а затем предпринимаются меры, необходимые для его исправления. Если невозможно определить причину, и нет последствий для функциональности, тогда лучше его проигнорировать. Если же оно влияет на функциональность, тогда можно прибегнуть к медикаментам. Однако, это не даст долгосрочного эффекта.

* * Единственные препараты, предназначенные для применения при РАС, это рисперидон и арипипразол.

Таблица 5. Алгоритм медикаментозного лечения¹

Для того, чтобы препарат (или вид коррекции) считался действенным, нужно доказать, что его эффективность больше, чем при применении традиционных медикаментов –

¹ Francis K (2012) The projection of Autism Spectrum Disorders (ASD) in adult life. Psichiatriki 23: P66-P73

плацебо (>30%). Простые, положительные отчеты от пользователей препарата или их родителей привели к опубликованию серии предметных исследований и открытых исследований. Окончательное подтверждение получено от крупных двойных слепых плацебо исследований, где и получатели медикаментов и исследователи не знают о том, принимает пациент действующий медикамент или плацебо. Присутствие положительных результатов также является многообещающим знаком, но, конечно же, является недостаточным.

4.4.7. Альтернативные методы

Отсутствие на сегодняшний день этиологического лечения и ограниченная эффективность рекомендуемых видов коррекции ведет к тому, что многие обращаются к альтернативным методам лечения. Некоторые из них имеют рациональную связь с гипотетической причиной РАС и некоторым исследовательским результатом. Однако, большая часть «лечений», в лучшем случае, являются упрощенными методами, и, в худшем случае, попытками спекулировать расстройством. Если человек рассматривает возможность такой коррекции, он/она должен учитывать все то, что изложено выше в отношении процесса выбора метода коррекции (и возможных побочных действий, которые часто угнетаются) и искать подтверждающую информацию в научных журналах и на научных вебсайтах (например, <http://www.researchautism.net/pages/welcome/home.ikml>). Теперь остановимся на некоторых из этих методов:

- большие дозы витамин В6 и магния: 16 и 8мг/кг/день применяются вместе с другими витаминами и минералами для улучшения метаболизма. Утверждают, что они помогают половине детей с гиперактивностью, повышают концентрацию внимания, обучения и улучшают сон; однако, не ясно, достигается ли это в большей степени, чем при плацебо¹. Улучшения могут возникнуть в течение нескольких дней, но обычно это занимает 2-3 месяца. Магний используется для смягчения побочных эффектов от гипервитаминоза, таких как раздражительность, чувствительность слуха и энурез. Избыток витамина В6 может вызвать периферийную невропатию с покалыванием и онемением пальцев, которые спадают с уменьшением дозировки.

- бесказеиновая диета (исключение молочных продуктов) и безглютеновая диета (исключение зерновых): эти продукты убираются из рациона, основываясь на том, что их катаболические продукты неблагоприятно влияют на мозг. Среди заявленных результатов указано уменьшение агрессивности и поведения с нанесением себе вреда, и улучшение в коммуникабельности и внимании. Они могут возникнуть после промежуточного ухудшения поведения. Чтобы увидеть результаты бесказеиновой диеты, возможно, придется ждать до четырех недель, в то время как при безглютеновой диете этот период может составлять 6 месяцев. Эта диета кажется более эффективной у детей младшего возраста, которые страдают от аллергических реакций. Однако, диетам сложно следовать и ухудшение симптомов довольно сильное, если ребенок по ошибке съедает какой-либо из запрещенных продуктов. Кроме того, отсутствуют необходимые научные данные в поддержку эффективности этих диет².

¹ Nye C, Brice A. (2002) Combined vitamin B6-magnesium treatment in autism spectrum disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 4: CD003497.

² Millward C, Ferriter M, Calver S, Connell-Jones G. (2004) Gluten- and casein-free diets for autistic spectrum disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2: CB003498.

- гипербарический кислород: использование воздуха, насыщенного кислородом (24-48%) с давлением большим, чем атмосферное давление в специальных камерах (компрессионных или гипербарических камерах) основано на той идее, что значительный процент детей с РАС имеют нейровоспаление и слабое мозговое кровообращение, состояния, которые можно лечить обогащением клеток мозга кислородом. Побочные эффекты при этом методе могут включать трофическую травму среднего уха (с болевыми ощущениями, воспалением мембраны среднего уха, сбор жидкости, разрыв сосуда и/или разрыв барабанной перепонки), боли и воспаление в носовых пазухах, носовые кровотечения (особенно у детей с аллергическим ринитом и инфекцией верхних дыхательных путей с заложенным носом, бронхоспазмами, прогрессирующей астмой, гипоксемией (все полностью обратимые), а также понижают порог эпилептических приступов, могут вызвать обратимую миопию или нечеткость оптических линз, а у детей с врожденным сфероцитозом - гемолиз .

Что касается патофизиологического механизма, два исследования не смогли доказать, что причиной является терапия гипербарическим кислородом¹⁻². Эффективность метода была изучена в двух контролируемых исследованиях, которые показали противоречивые результаты³⁻⁴, а также в открытых исследованиях с однозначными результатами⁵. Следовательно, мы не можем сослаться на такой метод как на эффективный при РАС, как отметила соответствующая Организация, Европейский комитет по гипербарической медицине, которая в одной из своих методичек, опубликованных в 2004г., а также в других, рассматриваемых здесь, не принимает Аутизм как признанное показание⁶.

- Стволовые клетки: применение стволовых клеток из пуповины основано на том же принципе, что и предыдущий (воспаление и слабое мозговое кровообращение). На сегодняшний день есть только три статьи, опубликованные в научных журналах по этому методу, и все они предполагают, что он мог бы быть эффективным и при аутизме⁷. Есть клиническое исследование в Китае касательно безопасности и эффективности пересадки моноклеарных и мезенхимных стволовых клеток из пуповины детям с аутизмом, которое, хоть и было завершено в октябре 2011г., по нему все еще не объявлен или не опубликован какой-либо результат. Следовательно, должно считаться, что это экспериментальный метод с неизвестными результатами и последствиями (www.researchautism.net/celltherapy).

¹Rossignol DA, et al (2007) The effects of hyperbaric oxygen therapy on oxidative stress, inflammation, and symptoms in children with autism: an open-label pilot study. BMC Pediatr. 16;7:36.

² Bent S, et al (2012) Brief report: Hyperbaric oxygen therapy (HBOT) in children with autism spectrum disorder: a clinical trial. J Autism Dev Disord. 42(6):1127-32.

³ Rossignol DA, Rossignol LW, et al (2009) Hyperbaric treatment for children with autism: a multicenter, randomized, double-blind, controlled trial. BMC Pediatr. 13;9:21.

⁴ Jepsen B, et al (2011) Controlled evaluation of the effects of hyperbaric oxygen therapy on the behavior of 16 children with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord. 41(5):575-88.

⁵ Ghanizadeh A. (2012) Hyperbaric oxygen therapy for treatment of children with autism: a systematic review of randomized trials. Med Gas Res. 11;2:13.

⁶ Kot J. & Mathieu D. (2011) Controversial issues in hyperbaric oxygen therapy: a European Committee for Hyperbaric Medicine Workshop. Diving Hyperb Med. 41(2):101-4.

⁷ Siniscalco D et al (2012) Autism spectrum disorders: is mesenchymal stem cell personalized therapy the future? J Biomed Biotechnol. 2012: 480289

⁸ Theoharides et al (2012) A case series of a luteolin formulation (NeuroProtek®) in children with autism spectrum disorders. Int J ImmunopatholPharmacol. 25(2):317-23

- флавоноиды - лютеолин: флавоноиды, такие как лютеолин из ромашки, следует применять при наличии нейровоспалений. Их введение и в лабораторных условиях, и испытание на мышах показывает положительные результаты⁸. На сегодняшний день мы получили положительные сводки от многих родителей, в то время как опубликована первая серия из 37 предметных исследований, указывающие на то, что смесь хорошо переносится, и имеет хорошие перспективы. Подробнее, наблюдается улучшение в желудочно-кишечных и аллергических симптомах у 75% детей, в концентрации внимания и зрительном контакте у 50%, социальном взаимодействии у 25% и у 10% улучшение в речевых навыках.

Чтобы получить подтверждение вышеизложенному в декабре 2012г. госпиталь Аттикон в сотрудничестве с Университетом Тафтс в Бостоне завершит следующий этап оценки препарата в открытом исследовании 50 детей с РАС в возрасте 4-10 лет. Пока что результаты являются положительными и, таким образом, препарат вступает в последнюю стадию оценки, которая включает в себя двойное слепое контролируемое исследование с плацебо, для подтверждения эффективности препарата на практике.

- Хелирование/детоксикация от тяжелых металлов: этот метод состоит в усилении вывести тяжелые металлы, в частности, ртуть, из организма, что влияет на физиологию и поведение людей с РАС. Выведение осуществляется через внедрение различных химических веществ (самым хорошо исследованным и одобренным FAD является димеркапто-янтарная кислота), которые связывают тяжелые металлы и выводят их. Маленькие исследования (10 участников) показывают особенно положительные результаты, в то время как крупные исследования более сдержаны в том, чтобы заявлять о существенном улучшении. Метод имеет свои побочные эффекты, такие как потеря полезных металлов, ухудшение отравления ртутью в виде поражения других тканей, тошнота, диарея, анорексия, усталость, раздражительность, расстройства сна, аллергические реакции, и, иногда, рецидив в речи и поведении по аутичному спектру. Более серьезные побочные эффекты включают подавление деятельности костного мозга, повреждение почек и печени, токсидермальный некролиз, а цеолит связывают с мезотелиомой плевры (рак). Нужно отметить, что Национальный институт психического здоровья прекратил исследования с димеркапто-янтарной кислотой из соображений безопасности.

Таким образом, вмешательство не считается подходящим.

(www.researchautism.net/autism_treatments_therapies_interventions.ikml?ra=25)

- Промывание кишечника с антибиотиками и пробиотиками: цель этого метода коррекции – убрать или уменьшить грибок, присутствующий в кишечнике, который вызывают ухудшение аутичных симптомов, в том числе, у детей, не страдающих РАС. Применяется лечение антимикотиками и пробиотическими препаратами. Нет стопроцентного подтверждения из исследований, которые поддерживают этот метод или рекомендуют его¹, кроме нескольких простых сводок. Побочные действия включают промежуточное ухудшение в первые десять дней от циркуляции продуктов, которые уничтожают грибок, раздражительность, диарею, расстройства желудка и зуд от препаратов антимикотиков, а кетокеназол может нанести вред печени.

¹Laidler JR. DAN! (2001) Mercury Detoxification Consensus Group. DAN! (Defeat Autism Now) Mercury Detoxification Consensus Group Position Paper. San Diego, CA: Autism Research Institute

5.0. ПРОГНОЗИРУЕМЫЕ ПОТРЕБНОСТИ ВЗРОСЛЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРА^{1*}

Дети с расстройствами аутичного спектра однажды повзрослеют и столкнутся с постоянными проблемами. Тем не менее, в клинической картине во взрослом возрасте будут некоторые различия по сравнению с детским возрастом. В действительности, на протяжении этого времени вопросы о различных диагнозах, которые появляются, в особенности при высокофункциональном аутизме, могут привести взрослого человека на прием ко взрослому психиатру

5.1. Проблемы в развитии у взрослых с РАС

Люди с низкофункциональным или среднефункциональным аутизмом будут и дальше нуждаться в специальном уходе и могут быть направлены к психиатру, главным образом по причине сложного поведения. Такие сложности могут возникать в связи с появлением новых психических расстройств, и такая вероятность не должна быть пропущена клиническим психиатром. Тем не менее, обнаружение таких расстройств является нелегкой задачей в этой под-группе, из-за ограничений в коммуникации.

С другой стороны, в большинстве случаев, проблемы поведения являются следствием ограниченной адаптационной способности человека из-за его проблемы РАС, а также ограниченных умственных способностей у людей этой под-группы. Когда ограниченные навыки таких людей не соответствуют их потребностям, которые по своей природе становятся более сложными, это вызывает проявление трудного и агрессивного поведения, в основном относительно неудачных попыток в общении. Поэтому, в противоположность к главному подходу, наилучшая лечебная практика с такими нежелательными видами поведения состоит чаще в поведенческом приспособлении и в изменении окружения, реже – в медикаментозной терапии (см. пар.2.4 и таблицу 5). Последнему отдается предпочтение только в случаях, когда такое поведение носит постоянный характер (например, постоянная раздражительность), что влияет на общую деятельность (например, неконтактный в образовательном или рабочем окружении), или в случаях, когда такое поведение проявляется периодически (например, вспышки гнева), существуют трудности в определении причины и следствия, что является важным фактором по отношению к адаптации (например, опасность для других). Во всех остальных случаях, использование медицинских препаратов является бессмысленным и неэффективным.

Как уже отмечалось, существует определенный риск развития кататонических симптомов в этой группе. Обследуемое ухудшение клинической картины человека и потеря приобретенных навыков часто сводиться к «нормальному» течению РАС после подросткового возраста и/или к последствиям стрессовых событий.

Тем не менее, согласно более поздним данным, «нормальное» ухудшение в таком возрасте не является всеобщим, а также не появляется до степени, как считалось ранее, вместе с тем одновременно возникновение какого-либо стрессового события или

^{1*} Этот раздел основан на публикации в журнале «Психиатрики»

изменения может попросту быть толчком для развития кататонии при РАС. Таким образом, в таких случаях специалист включает кататонию в его/ее дифференциальный диагноз и конечно изучает, может ли это быть результатом сопутствующего заболевания (например, депрессия) или попросту другого клинического проявления РАС.

В последнем случае, для того, чтобы подобрать медицинский подход¹⁻¹, рекомендуется провести тест на наличие лоразепама (2-4 мг/2 мл). Изначально, 1мл вводится инъекцией, потом следует повторно провести тест через 2-5 мин. В случае если не был достигнут желаемый результат, остаток также вводится путем инъекции. Если результат теста положительный, медикаментозное лечение назначается в больших дозах перорально (6-25 мг/день) и как только пациенту стало лучше, лечение продолжается минимум 6 месяцев. Если результат теста отрицательный или если нет улучшений от перорального лечения, тогда рекомендуется двусторонняя электрошоковая терапия. Также, известно применение атипичного нейролептического средства в малых дозах, с содержанием или без содержания амантадина.

В заключение, составляются последовательные записи (протокол) психологической и поведенческой коррекции, цель которой уменьшить стресс, обычную причину возникновения заболевания³. Такой протокол состоит из обучения родителей, реорганизации образа жизни и окружения с целью уменьшения стресса, представления внешних стимулов и целей, для повышения мотивации и активного вовлечения человека в приятные виды деятельности. В протоколе используются вербальные и физические попытки как внешние стимулы для преодоления трудностей в подвижности, он также он содержит элемент предсказания в структуре окружения и повседневной жизни, и предлагает советы специалистов по решению таких проблем, как неспособность контролировать свои физические желания, «замораживание»/замерзание, еда и возникновение приступов раздражительности.

¹ Fink M, et al (2006). Catatonia in autistic spectrum disorders: a medical treatment algorithm. *Int Rev Neurobiol* 72: 233-244.

² Dhossche DM, et al (2006) Blueprints for the assessment, treatment, and future study of catatonia in autism spectrum disorders. *Int Rev Neurobiol* 72: 267-284.

³ Shah A & Wing L. (2006) Psychological approaches to chronic catatonia-like deterioration in autism spectrum disorders. *Int Rev Neurobiol* 72: 245-264.

5.2. Взрослые с РАС и высокофункциональным аутизмом

Людям с высокофункциональным аутизмом (ВФА) часто рекомендуется наблюдение у психиатра и медицинское лечение, и практика показывает, что приблизительно $\frac{3}{4}$ пациентов с РАС, которые получают направление, это взрослые, в то время как они составляют 1.4% психиатрических амбулаторных пациентов. Такие люди могли иметь в прошлом диагноз ВФА (обычно в детстве), но часто это те, кому никогда в прошлом не ставили подобный диагноз.

Их направление может быть результатом проблем в поведении, эмоциональных или психиатрических симптомов, неспособности найти работу, непрекращающихся трудностей в создании отношений и т.д. Все больше и больше людей ищут своего личного признания, после просмотра соответствующих телевизионных программ, сбора соответствующей информации из интернета, или встреч с людьми с диагнозом РАС (нередко это родственник, например, их ребенок). Много людей с ВФА, которые ищут помощи, (часто ошибочно) лечились от других диагнозов, таких например как, обсессивно-компульсивное расстройство личности (ОКРЛ), шизофрения или другие психозы, тревожный невроз, расстройство личности, депрессия и т.д.

Пожалуй, самое общепринятое и отличительное нарушение у людей с ВФА, даже среди наиболее дееспособных, это социальное общение (прагматика языка). Люди с ВФА продолжают сталкиваться с трудностями по определению побуждений к коммуникации, удостоверению в том, что собеседник понимает их, осведомленности о социальном окружении и особенностях обмена (например, начало разговора и поочередный обмен мыслями). Из-за таких нарушений, они могут иметь трудности в разговоре с другими людьми, говоря только о своих личных интересах, не предоставляя собеседнику возможности высказаться, давая несоответствующие комментарии, а также неспособность понять смысл разговора: то ли это просто для удовольствия вовлеченных в разговор, то ли это по социальной необходимости. Они с трудом выражают и/или понимают невербальные аспекты общения, а также им трудно использовать эту информацию для понимания намерений другого человека.

Дополнительные атипичные характеристики их речи включают использование усложненных выражений, буквальное понимание и использование речи, необычный тон голоса и интонация (часто монотонная речь, в которой нет никакого значения или эмоций, предназначенных для человека, с кем идет разговор), много повторений, конституирующее использование слов, неподходящая речь основана на контексте, навязчивость с темами разговора и плохой контроль количества речи (слишком много или слишком мало), но также количество информации, которую они излагают собеседнику (предоставление слишком много информации или бессмысленные детали, или упущение информации, важной для понимания разговора).

Конечно, в корне проблем людей в РАС лежит недостаток социальных навыков и социальной осведомленности. Такие люди могут фокусировать свое внимание на разных стимулах в социальном окружении, у них не получается понять типичные социальные правила, они могут создавать впечатление или фактически быть в

некоторой степени «одинокими», иметь трудность в различии между разными контекстами, или не могут отличить друзей от просто знакомых. Также, в браке или в отношениях, они могут не понимать, чего от них ожидают, своей ответственности или эмоций, возложенных на них.

Люди с РАС также могут выявлять расстройства своего эмоционального самосознания, нарушения в выражении лица, включая неадекватные эмоции (смех, злость и т.д.), недостаток в проявлении эмоций, которые они способны проявить невербально, трудности в интерпретации выражений лица и языка тела других людей, в то же время они могут также проявлять эмоции, не осознавая зачем они это делают или как это может повлиять на других людей, с которыми они беседуют.

Стереотипы поведения и ограниченные интересы у взрослых людей с ВФА отличаются от таковых у детей или у других людей с низкими умственными способностями. Пока такие люди осознают, что на них смотрят как на странных людей, они могут подавить в себе некоторые виды поведения и реакций в публичном окружении или проявлять их скрыто. Они могут иметь вербальные стереотипные реакции и напыщенную речь, в то время, как они могут представлять это с ограниченным интересом, отсутствием интереса или наоборот, показывать озабоченность и одержимость определенными темами или объектами.

Взрослые с ВФА сталкиваются с трудностями в переходе в другое состояние из-за недостающих исполнительных функций (настойчивость в том же виде деятельности), волнение (они не могут предугадать наперед), трудности с гибкостью восприятия (трудности в способностях ума формировать идеи), трудности с ощущениями или чувствами (негативные сенсорные стимулы) или изменения в их установленном порядке. Для них намного легче, когда существует некая структура и установленный порядок в повседневной жизни и по месту работы, поскольку им сложно менять то, что уже было установлено.

Сенсорные расстройства имеют тенденции улучшиться во взрослой жизни, впрочем, они проходят не всегда и могут продолжать влиять на их повседневную жизнь согласно их самоотчетам¹⁻²

В заключение необходимо отметить, если у взрослых с РАС есть сопутствующие состояния, это может чаще включать, депрессию, беспокойство, обсессивно-компульсивное расстройство личности (СКРЛ) или Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), то психические расстройства являются достаточно несвойственными.

¹ Герланд Г.А. реальный человек: Жизнь за пределами. Сувенир Пресс, Лондон, 2003.

² Грандин Т., Скариано М. Возникновение: Обозначенный аутистическим. Арена, Новато,СА, 1986.

5.3. Диагностический процесс

Принципы диагностики РАС у взрослых не отличаются от принципов диагностики у детей и подростков. Необходимо получить детальную историю развития периода раннего детства, так как многие взрослые с ВФА не выполняют соответствующее условие, по крайней мере, на пути их коррекции с помощью принятых инструментов, используемых для диагностики.

Трудность в сборе надежной информации для ранней истории развития человека преодолевается сбором информации из двух источников: от широкого семейного окружения или социального окружения человека, в дополнение к использованию их собственных самоотчетов-опросников, такого как Коэффициент аутичного спектра. Опросники также устанавливают средства для отбора информации для более легких случаев людей, которые представляют более широкий спектр расстройства, такой как Опросник для фенотипа широкого аутизма. Определение диагноза завершается непосредственно осмотром человека. Последнему способствует использование полуструктурированных протоколов, таких как АДОС.

5.4. Дифференциальный диагноз

Основная проблема, с которой сталкивается врач-консультант, когда имеет дело с человеком с ВФА с сопутствующими психическими симптомами, - это определить, является ли все это исключительно в результате РАС, или же это сопутствующее заболевание. В последнем случае, сопутствующее расстройство должно лечиться отдельно. Специальные осмотры по дифференциальной диагностике расстройств приводятся ниже, для состояний, когда симптомы часто путают с симптомами РАС.

5.4.1 Синдром навязчивых состояний

Симптоматология синдрома навязчивых состояний (СНС) может породить вопрос различия между симптомами ограниченного интереса и повторяющегося поведения¹. Маленький диапазон интереса и степени выраженности, которую они могут показывать с РАС, может быть неверно истолкован как одержимость, в то время как однообразное поведение может быть понято как компульсивное влечение. В конечном счете, оба расстройства, вполне возможно, могут иметь одинаковый генетический субстрат и патофизиологию¹. Нередко, различия между двумя расстройствами сложные, особенно из-за коммуникативных ограничений людей с РАС. Эти ограничения остаются даже у взрослых с ВФА, которые могут давать запутанные отчеты, с одной стороны, из-за их проблем в прагматике, и с другой стороны, из-за

¹ Jacob S, et al (2009). Autism spectrum and obsessive-compulsive disorders: OC behaviors, phenotypes and genetics. Autism Res 2: 293-311.

недостаточного понимания влияния того, что они говорят другим, и следовательно в том, чтобы предотвратить какое-либо недопонимание с их стороны.

Составляющие, которые различают эти два состояния это: (а) в случае с РАС – снижения чувства тревожности, в то время как наоборот, навязчивость и компульсивное влечение вызывает или ухудшает беспокойство, или снижает его только на настоящий момент, (б) содержание монотонных идей (мыслей) при СНС (агрессия, инфекционная болезнь, секс, религия, симметрия) не проявляется часто при АСД и (в) правильное представление случаев с АСД намного ограниченнее. В конце концов, симптомы СНС типично начинаются после раннего детства, в то время как при РАС история развития таких детей нормальная и обнаружен недостаток характеристик отклонения и задержек. И наоборот, в РАС, трудности констатируются относительно развития и социальной адаптации почти с самого начала их жизни. Тем не менее, отмечается возможным совместное проявление, и в этом случае СНС должно лечиться отдельно, типично используя назначение лекарственных средств, хотя существуют показатели, при которых когнитивная поведенческая терапия может также дать свои результаты.

5.4.2 Шизоидное расстройство личности

РАС и шизоидное расстройство личности (ШРЛ) имеют схожие характеристики, например, недостаток эмпатии, ограниченные социальные навыки и проявление дружбы, изолированность, «нечувствительность» и «умственная ограниченность». Такая концептуальная взаимосвязь была сильнее в прошлом, до такой степени, что люди, которые ранее получили диагноз ШРЛ, сейчас признаны с синдромом Аспергера или в более общем смысле – люди с ВФА. Различия между двумя расстройствами сейчас сделаны на основе того, что недостаток социального взаимодействия в случае ШРЛ часто менее жесток и становится очевидным после последних лет обучения в школе, коммуникативные различия в случае ШРЛ слабые и имеют меньшее воздействие на взаимосвязь, и нет недостатка в воображении или присутствии интенсивных или очень особенных интересов¹.

5.4.3 Шизофрения- Психозы

Настоящая трудность, с которой сталкиваются врачи, это дифференциальная диагностика РАС и проявление РАС «психотипов» из шизофрении и психоза². Галлюцинации часто составляют наиболее сильное дифференциальное диагностическое составляющее между двумя этими расстройствами. Несмотря ни на что, их присутствие не всегда легко установить у людей с РАС, поскольку он/она часто имеют трудности с различием между внешними голосами и внутренним диалогом – некоторые вслух разговаривают с собой, в то время как их сенсорные трудности могут

¹ Scheeringa MS. (2001) The differential diagnosis of impaired reciprocal social interaction in children: a review of disorders. *Child Psychiatry Hum Dev* 32: 71-89.

² Dosssetor, DR. (2007) “All That Glitters Is Not Gold”: Misdiagnosis of Psychosis in Pervasive Developmental Disorders – A Case Series. *J Clin Child Psychol Psychiatry* 12: 537-548

проявляться как галлюцинации. Кроме того, для таких людей может быть сложным отличать галлюцинации от воображаемого феномена, беспокойной деятельности, бредовых идей, или воспоминаний (визуальных – фотографических, живых воспоминаний о травмирующем переживании в прошлом).

Люди с РАС могут иметь определяющее и стереотипное восприятия мира вокруг них и это может быть воспринято как делирий из-за коммуникативных ограничений, упомянутых выше. Дефектная временами речь (слабая корреляция, мысли, противоречащие здравому смыслу, и речевые новообразования) почти всегда является результатом их трудностей с прагматикой. Многое из их незнакомого поведения (стереотипная речь, повторение слов, произнесенных другим человеком, странные положения тела и выражения, мышечная ригидность) может быть частью кататонического проявления, которое, как уже упоминалось, связано с РАС непосредственно. В заключение, отрицательные симптомы, которые могут появляться (недостаток концентрации внимания, мотивации и энергии), не являются характерными для психозов, в то время как общее ухудшение в функционировании может появляться не из-за повреждения в самой функциональности, но из-за увеличения потребностей исходящих из окружения.

Полезным ключом для дифференциальной диагностики является тот факт, что симптомы являются в широком смысле суженными до хорошо знакомого/безопасного контекста (люди-места), в то время, как в качестве жизни человека не наблюдается заметное ухудшение. Эти симптомы становятся лучше с прямым воздействием для снижения сопутствующего беспокойства и для защиты от социального беспокойства, а также посредством обучения и практики по навыкам управления и контроля волнения. Напротив, состояние не улучшится путем назначения нейролептических средств, кроме степени чувства беспокойства, на что эти медицинские препараты оказывают действие.

Основные положения

- ✓ Взрослым (уже диагностированным или нет) с РАС может потребоваться посетить психиатра относительно проблем с поведением. Чаще эти проблемы нужно решать путем поведенческой коррекции и без использования медикаментов.
- ✓ В случае РАС кататония требует большие дозы лоразепама, а в случае если это не приносит результатов, может применяться электрошоковая терапия.
- ✓ У взрослого человека симптомы могут быть малозаметными, таким образом поставить диагноз при АСД сложно
- ✓ У взрослого человека, процесс диагностики не отличается от того, что рекомендуется для людей младшего возраста, хотя могут также использоваться самозаполняемые анкеты-опросники.

6.0 МИНИСТЕРСТВА– ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ПОСОБИЯ –СХЕМЫ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ (Фонд ожидает обновления этого раздела в связи с текущими изменениями законодательства)

6.1 Министерство культуры и образования Кипра

6.1.1 Специальное образование на Кипре

Министерство образования и культуры применяет «Закон от 1999 г о специальном образовании и обучении детей со специальными потребностями». Указанный Закон применяется ко всем детям со специальными потребностями в образовании, включая детей с аутизмом. Закон 113(I)99 гарантирует предоставление специального образования и обучения, как только ребенку исполнилось 3 года. Согласно направлению к врачу, государство предоставляет всем детям специальное образование и обучение в государственных общественных школах.

Любой человек, напрямую связанный с ребенком, который попадает в спектр специальных потребностей в образовании, например, родители, дошкольные педагоги, специальные терапевты, и учителя, могут предпринять действия и помочь ребенку познакомиться с обстановкой, в которой осуществляется обучение, и обязан по закону уведомить Районный Комитет по Специальному Образованию и Обучению. Уведомление Комитета происходит путем заполнения специальной формы, которая называется: «Направление Ребенка в Районный Комитет по Специальному Образованию и Обучению», которое доступно во всех государственных дошкольных заведениях, начальных школах, общеобразовательных школах, а также в Районных Образовательных отделениях и на сайте Министерства Образования. Ниже приводится ссылка на бланк-форму специального направления (на греческом языке):
<http://www.moec.gov.cy/eidiki/entypa/parapompi.doc>

После направления идет **оценивание детей со специальными потребностями из районных комитетов.**

Определение потребностей каждого ребенка, который может иметь особые потребности, делают районные комитеты по специальному образованию и обучению, которые назначены на тот период. Комитет состоит из:

- один служащий из министерства образования и культуры по делам высшего образования, который выполняет функции президента;
- представитель соответствующего образовательного департамента в Министерстве образования и Культуры.
- педагог-дефектолог.
- педагог-психолог.

- клинический психолог.
- социальный работник.
- психолог-логопед.

Процесс оценивания:

В течение максимум двух недель с даты получения информации о случае ребенка со особыми потребностями, Районный комитет, проводит предварительное обсуждение случая и решает о создании начальной многопрофильной группы от государственного и частного сектора, которая будет оценивать ребенка.

Многопрофильная группа может быть увеличена в процессе развития оценки, если считается необходимым, по решению Районного комитета, автоматически или по запросу родителей. Оценивание ребенка проводится отдельно каждым специалистом, который входит в многопрофильную группу, после получения им истории ребенка от Районного комитета. После оценивания, Районный комитет обсуждает, принимает решение и представляет родителям аргументированные заключения относительно того, рекомендуется ли ребенку предоставление специального образования и обучения.

Процесс повторного оценивания

Районный комитет делает повторную оценку потребностям каждого ребенка со особыми потребностями каждые два года или чаще, после аргументированного запроса от родителей или рекомендаций от куратора.

Права родителей во время оценивания

Родитель имеет право присутствовать во время проведения оценивания и принимать участие лично или в сопровождении специалиста по его/ее выбору, связанного со специальной темой, которая обсуждается. Родитель имеет право на доступ к делу ребенка, которое хранится в Районном комитете и имеет право получать копии данного отчета.

Решение Районного комитета

Решение Районного комитета о предоставлении специального образования и обучения высылается родителям ребенка в течение 15 дней, в котором также указываются права на письменное возражение. Районный комитет обсуждает и потом принимает решение по возражениям родителей.

Родитель ребенка имеет право подать письменное возражение в Центральный комитет в течение 30 дней от даты, когда Районный комитет отправил второе решение.

Как только Центральный комитет получит возражение, копия также отсылается в Районный комитет и родитель уведомляется о его получении, и о дне, когда оно будет

пересмотрено, что не должно превышать 30 дней. Родитель имеет право присутствовать во время пересмотра, вместе со специалистом по его/ее выбору.

Решение Центрального комитета сообщается родителям и Районному комитету в течение трех месяцев с момента подачи возражения.

Районный комитет г. Никосия

Адрес для корреспонденции:

Районный комитет по специальному образованию и обучению

Отделение образования района Никосия

Акрополь, угол между улицами Кимонос и Тукидидес

1434 Никосия

Контактные номера телефонов Районного комитета

228008994, 22800885, 22800341

Факс: 22305503

Контактные номера куратора и социального педагога по специальному образованию

22800884/22800610

Факс: 22800660

Кабинет Руководителя по среднему образованию

Отделение специального образования

2280063/22809521

Факс: 22806326

Контактные номера служащих по специальному образованию

Кабинет Руководителя по начальному образованию

22800913/22800914/22806329

Факс: 22800660

Районный комитет г. Лимассол

Адрес для корреспонденции:

Районный комитет по специальному образованию и обучению

Районное управление образования в г.Лимассол

Ул.Василеос Констандину, Каратзис Корт, 4-ый этаж, кв.41

а/я 56061, 3304, г.Лимассол

Контактные номера телефонов Районного комитета

25822054

Контактные номера телефонов кураторов по специальному образованию

Отделение начального образования

25822034, 25822035

Контактные номера телефонов кураторов по специальному образованию

Отделение среднего образования

25820872, 25820874

Районный комитет в г.Ларнака/Фамагуста

Адрес для корреспонденции

Районный комитет специального образования и обучения

Отделение образования района Ларнака/Фамагуста

Авеню Елефтериас 65, Ойконому Истейтс, 1-ый этаж, 7102, Арадиппу

а/я 45141, 7111, Арадиппу

Контактные номера телефонов Районного комитета

24821371

Факс 24821380

Контактные номера телефонов кураторов по специальному образованию

Отделение начального образования

24821369, 24813227

Контактные номера телефонов кураторов по специальному образованию

Отделение среднего образования 24813247, 24821378, 24813202

Районный комитет г. Пафос

Адрес для корреспонденции

Районный комитет специального образования и обучения

Районное управление г. Пафос

Ул.Неофиту Николаиди

Новые Районные Городские офисы Пафоса

а/я 60077, 8100, Пафос

Контактные номера телефонов Районного комитета

26804535

Факс 26306139

Контактные номера телефонов кураторов по специальному образованию

Отделение начальной школы

26804534

Контактные номера телефонов кураторов по специальному образованию

Отделение среднего образования

26804519, 26804529

6.1.2 Обеспечение специальным образованием и обучением:

Через процедуру, описанную выше, Районный комитет по специальному образованию и обучению, оценивает и направляет детей с особыми потребностями в образовании в одно учреждение образования, как указано ниже, на основании чего окружению разрешается быть менее ограничивающим в процессе их образования и их особых потребностей.

-В государственных школах, в обычных классах

Они включают детей с особыми потребностями, для которых специальное образование и обучение одобрено в обычном классе в государственной школе, где согласно программе образования Министерства образования будут доступны необходимые инфраструктуры, адаптированные для детей с особыми потребностями, а также их индивидуальная программа обучения. Если, по уважительным причинам, ребенок не может посещать школу в местности, где он/она живет, Районный комитет предоставляет бесплатную транспортировку в школу и обратно.

- в государственной школе, в специальном отделении

Для детей с особыми потребностями, которые были представлены для специального образования и обучения, обучение может быть предложено в специальном отделении, которое функционирует в общеобразовательной школе. Специальные отделения основаны и интегрированы в общеобразовательных школах и функционируют в комфортных помещениях, которые доступны для детей с особыми потребностями. Директор школы, где есть специальное отделение, ответственный за его работу. Общее число детей в каждом таком отделении определяется в зависимости от возраста, потребностей и других факторов, а также бесперебойной работы специального отделения. После того, как выслушаны мнение директора, куратора, соответствующего инспектора по специальному образованию и учителя специального отделения, Районный комитет несет ответственность за решение по общему числу детей, которые будут посещать это отделение. Следует отметить, что специальное отделение действует во многих начальных и средних общеобразовательных школах по всему Кипру.

- В специальном образовании и в спецшколах

Специальное образование и спецшкола определяется как частная или государственная школа, которая основана и функционирует согласно статьям Закона о предоставлении специального образования и обучения детям с особыми потребностями. В таких школах работает подходящий обучающий, научный, поддерживающий и другой

коллектив (во взаимосвязи с психологами, логопедами, докторами, психотерапевтами и другими). Они оснащены всеми современными средствами, необходимыми для выполнения своей миссии.

Дети, которые посещают школы специального образования и обучения, поделены на группы, которые формируются согласно возрасту и характеристик каждого ребенка, а также определенного для них специального образования.

Число учеников в каждой группе определяется инспектором по специальному образованию, педагогом-психологом, педагогом-дефектологом и директором школы, все они являются членами государственного сектора. Такие решения делаются на основании потребностей каждого ребенка. Политика образования в таких школах включает систему частого контакта с обычными школами в области организации общей деятельности.

-предоставление услуг в других учреждениях

Дети начальной и средней общеобразовательной школы, которые, по причине здоровья, на протяжении длительного времени, не могут посещать регулярно школу, имеют возможность получать образование другими способами. Получение образования за пределами школы считается частью графика учебного года общеобразовательного класса ребенка, в котором он числится. Никакая другая территория кроме школы не предназначена для предоставления специального образования и обучения, кроме случаев, если было решено, согласно положениям Закона, и после консультаций с родителями, что образование для данного ребенка не может быть предоставлено там.

Перечень специальных школ на Кипре:

Никосия

Специальная школа Евангелизмос

Тел: 22481081, 22571470/факс: 22571314

Эл.адрес: eid-evangelismos-lef@schools.ac.cy

а.я: 24738, 1303

Специальная школа Никосии

Тел: 22444290, 22444289/факс:22305265

Эл.адрес: eid-eidiko-lef@schools.ac.cy

Ул.Катарис 35, 2103 Аглантзия

Школа для глухих

Тел: 22305422, 22305425/факс:22305423

Эл.адрес: eid-scholi-kofon-lef@schools.ac.cy

а/я 24738, 1303

Школа для слепых

Тел.: 22403300/факс:22403340

Эл.адрес: eid-scholi-typhlon-lef@schools.ac.cy

а/я23511, 1684

Лимассол:

Специальная школа «Апостолос Лукас»

Тел.25334175/факс:25385139

Эл.адрес: eid-ap-loukas-lem@schools.ac.cy

а/я 51154, 3113

Специальная школа Красного Креста «Пайдико Анарротирио»

Тел.25385229/факс:25770694

Эл.адрес: settingsaidiko-anarrotirio-lem@schools.ac.cy

а/я 55686, 3781

Ларнака

Специальная школа «Айиос Спиридонас»

Тел: 24637677/факс:24637948

Эл.адрес: eid-ap-varnavas-amm@schools.ac.cy

а/я 32125, 5326

Пафос

Теоскепаста

Тел.26962011/факс:26813069

Эл.адрес: eid-theoskepasti-paf@schools.ac.cy

Ул.Амалтеиас 10А, 8021

6.2 Министерство здравоохранения

6.2.1 Служба психического здоровья для детей и подростков

Служба психического здоровья для детей и подростков предназначена для детей и подростков в возрасте до 17 лет, которые сталкиваются с разными психосоциальными трудностями. Предоставляются следующие услуги:

- диагностическое оценивание детским психиатром и/или клиническим психологом совместно с другими специалистами, например, детским неврологом, генетиком и т.д., консультирование родителей по вопросам обращения с трудностями их детей.

- Регулярные осмотры психиатром детей и подростков до их достижения 17-летнего возраста.

- трудовая терапия, физическая терапия, логопедия для детей, которые обслуживаются этим отделом.

- предоставление медикаментов, когда требуется

- координирование и участие в очередных собраниях между экспертами, которые занимаются проблемами детей и подростков, будь то в государственном, или в частном секторе (учителя, педагоги-дефектологи, логопеды, возрастные психологи, врачи-трудотерапевты и т.д.)

- участие клинического психолога департамента в Районном комитете по специальному образованию в Министерстве образования (см. раздел по специальному образованию на Кипре).

- Участие научного координатора Службы по психическим расстройствам, из Центрального комитета по специальному образованию и обучению, где рассматривается тип поддержки для случаев, в то время, когда создается политика образования и психо-эмоциональная поддержка детей с особыми потребностями, включая людей с аутизмом.

- подготовка специальных медицинских отчетов, которые нужно предоставлять для социально-бытового обеспечения, для выплаты ежемесячного пособия детям и подросткам с аутизмом.

Итого, персонал в отделе уже обучен по методике диагностирования АДОС, которая является международно-признанной в точном определении и делении на категории людей с РАС. Департамент социально-бытового обеспечения уже приобрел выше указанное диагностическое оборудование. В каждом районе (Никосия, Лимассол,

Ларнака и Пафос), уже действуют центры обслуживания, с персоналом многопрофильной бригады, которые наблюдают этих людей в амбулаторных условиях.

В дополнение к этому, существует многопрофильная бригада в больнице Архиепископа Макариос III, связанная с услугами в области детской психиатрии, которая предоставляет услуги в стационарных и амбулаторных условиях (до 17 лет), которые обследуются по нескольким медицинским причинам и которые сталкиваются с психологическими трудностями.

Четыре центра принимают пациентов с направлением из разных государственных и негосударственных учреждений, а также по просьбе родителей. Необходимое условие для действительности направления из других учреждений является информация о согласии обоих родителей.

Никосия:

Служба психического здоровья для детей и подростков

Центр по предотвращению и психо-социальному вмешательству

Ул. Поликратус 4, Айиус Омологитес

Тел: 22378268

Факс: 22378133

Эл.адресс: mchrysostomou@papd.mof.gov.cy

Консультативная служба по вопросам детской психиатрии при АМН III

Тел: 22405050, 51, 85

Факс: 22405088

Эл.адресс: mchrysostomou@papd.mof.gov.cy

Ларнака:

Служба психиатрического здоровья у детей и подростков

Центр по предотвращению и психо-социальному вмешательству

Тел.24813164

Факс: 24532326

Эл.адресс: mehelca@gmail.com

Лимассол:

Служба психиатрического здоровья у детей и подростков

Центр по предотвращению и психо-социальному вмешательству

Тел: 25873602

Факс: 25393164

Эл.адрес: paidolimassol@cytanet.com.cy

Пафос**Служба психиатрического здоровья у детей и подростков****Центр по предупреждению и психо-социальному вмешательству**

Тел: 26803491

Факс: 26803218

Эл.адрес: paid-e@cytanet.gr

Для людей с аутизмом старше 17 лет, служба психиатрического здоровья может предоставить услуги лично этим людям, а также их семьям во всех амбулаторных условиях, где действуют амбулаторные клиники для взрослых. В этих условиях, персонал может предложить следующее:

- диагностическое оценивание психиатром и/или клиническим психологом.
- психиатрическое наблюдение и лекарственная терапия.
- психологическая помощь для пациентов и их семей.
- соответствующие психиатрические и психологические отчеты.

Никосия:

Олд Никосия Хоспитал, тел.22801618/22801519

Строволос Амбулаторная Клиника, тел. 22305723

Агланция Хелс Центр, тел: 22444466

Каймакли Амбулаторная Клиника, тел.22347780

Айиос Дометиос Амбулаторная Клиника, тел.22302175

Лимассол:

Олд Хоспитал Амбулаторная Клиника, тел. 25305333

Ларнака:

Олд Хоспитал Амбулаторная Клиника, тел. 24828768

Пафос:

Хоспитал Амбулаторная Клиника, тел. 26803269

Паралимни:

Олд Хоспитал Амбулаторная Клиника, тел. 23815088

Как только родители узнают диагноз ребенка, рекомендуется начать процедуру по получению **карточки государственной больницы**, таким образом, все анализы и лечение, которые предоставляются в больнице, будут покрываться этой карточкой. Наши исследования показывают, что в дополнение к отчету частного врача, в котором отмечается, что это ребенок аутичного спектра, было бы полезно получить также отчеты от докторов государственных учреждений. **Например, родители, принимающие участие в исследовании, указывали, что доступ к государственным службам был намного проще, когда они предоставляли отчеты от детских психиатров, детских неврологов и генетиков из государственных больниц.**

Таким образом, как только ребенку поставили диагноз аутичного спектра, родителям следует сделать следующее:

-получить отчеты от соответствующих врачей из государственной больницы, а также из частной больницы, если ребенок обследовался в частной больнице.

-использовать вышеуказанные отчеты для получения преимуществ социальной помощи и других возможностей, если есть.

-получить карточку больницы, которая предоставляет возможность **БЕСПЛАТНОГО** медицинского обслуживания во всех государственных больницах Кипра.

КОНТАКТНЫЕ НОМЕРА:

Никосия Общая Больница, тел. 222603000

Никосия, Олд Хоспитал, тел. 22801400

Хоспитал Архиепископа Макариос III, тел.22405000

Лимассол Олд Хоспитал, тел.25305333

Лимассол Дженерал Хоспитал, тел.25801100

Ларнака Олд Хоспитал, тел.24304312

Ларнака Дженерал Хоспитал, тел.24800500

Пафос Дженерал Хоспитал, тел. 26803100

Фамагуста Дженерал Хоспитал, тел. 23200000

Киперунда Хоспитал, тел.25532021

Полис Хрисоху Хоспитал, тел. 26321431

6.3. Министерство труда и социального страхования

6.3.1 Социально-бытовое обеспечение

Согласно Закона об общественной помощи и общественных службах 95 (1)/2006, люди с аутизмом попадают под категорию групп людей, которые имеют право получить компенсацию от социального обеспечения, предоставляемого государством . На этом этапе следует отметить, что законы подлежат постоянной корректировке, поэтому предпочтительно, чтобы заинтересованные стороны запрашивали информацию в отделениях социально-бытового обеспечения в каждом районе.

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОДДЕРЖКА:

Государственная поддержка предоставляется также для людей с аутизмом. Она охватывает их ключевые потребности, включая еду, необходимую одежду и обувь, счета за потребление воды, счета за электричество, предметы для здоровой жизни, а также любые потребности, которые относятся к личному комфорту.

Дополнительные выгоды:

- пособие для нетрудоспособных (1/2 выплат базовых потребностей)
- пособие для аренды жилья (1/2 выплат базовых потребностей)
- пособие для покупки пеленок разового использования с расчетом на месяц.
- рождественская выплата (20% выплат базовых потребностей)

Эти выгоды предоставляются на основании индивидуальных потребностей каждого человека.

- Право обращаться в государственные службы поддержки для каждого человека, который является законным гражданином территории, которая контролируется государством Кипра на период не менее чем один год.

Необходимые документы/отчеты, которые следует подавать вместе с заявлением:

- Номера идентификационных карт и точная дата рождения заявителя и зависимых членов семьи. В случае несовершеннолетних детей, младше 12 лет, нужно предоставлять свидетельство о рождении, в котором впечатан номер идентификационной карты.

- Если есть какой-либо доход из имущества, которым владеет заявитель, соответствующие документы должны быть поданы.

- Ксерокопия книжки банковского депозита или счета облигаций или состояние акций заявителя и зависимых членов семьи, которые могут иметься.

-Если заявитель проживает в арендованном доме, он/она должны приложить договор аренды с марками налогового сбора, приобретенными у Регистратора, а также квитанция о последней оплате за аренду.

-Медицинское подтверждение (SWS форма 73) лечащего врача, в котором указаны медицинские проблемы/недееспособность заявителя.

Примечания:

1. Социально-бытовые службы сохраняют за собой право запрашивать дополнительные документы или подтверждение, для того, чтобы провести полную проверку заявителя на государственную помощь.
2. В целях поддержки и быстрого рассмотрения заявления на получение государственной помощи, рекомендуется, чтобы заявитель и его спутник жизни, или сожитель, если требуется, подал документ об обследовании из места регистрации относительно их мест проживания и происхождения.

Ссылка на приложения по государственной поддержке (на английском языке):

[http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/sws/sws.nsf/All/464382CFB427F75AC2256E83001BB3B1/\\$file/Applic.%20for%20public%20assistance%20\(sws%206\(a\)\).pdf](http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/sws/sws.nsf/All/464382CFB427F75AC2256E83001BB3B1/$file/Applic.%20for%20public%20assistance%20(sws%206(a)).pdf)

- **Обеспечение попечения по месту жительства**

Попечение по месту жительства предоставляется лицам, которые нуждаются в постоянном уходе, а также тем, чьи потребности не могут удовлетворить их семьи, или обслуживающие службы, которые предоставляют свои услуги по месту их проживания. Служба социально-бытового обеспечения размещает лица, которые нуждаются в попечении по месту жительства, в городских, объединенных и частных учреждениях и домах, оплаченных опекунами.

- **Программы дневного ухода**

Эти программы предоставляют возможность пожилым людям и людям с физическими недостатками получить услуги в домах престарелых/инвалидов или в центрах образования для взрослых на протяжении дня. Центры образования для взрослых, которые управляются объединенными советами по социальному обеспечению, спонсируются через схему государственного фонда и предоставляют пожилым людям и людям с физическими недостатками множество услуг на протяжении дня: еда, стирка, различные виды деятельности, развлечения и т.д.

- **Помощь на дому**

Службы помощи на дому нацелены на предоставление заботы по дому для пожилых людей и инвалидов или семей с особыми потребностями. Цели таких услуг включают следующее:

- поддержка пожилых людей и инвалидов для того, чтобы они оставались в своем окружении как можно дольше.
- создание необходимой структуры для достойного образа жизни, которая будет способствовать развитию пожилых людей и инвалидов, и других социально-незащищенных лиц.
- укрепление и поддержка семьи с целью содержания ими пожилых людей и инвалидов в домашних условиях.
- укрепление и поддержка людей с особыми потребностями с целью помочь семье существовать в спокойном режиме.

Службы по социально-бытовой помощи принимают на работу людей, осуществляющих уход и лечение, которые специально обучены для работы в районных отделениях социально-бытовой поддержки. Обслуживающий персонал посещает дома тех, кто нуждается в помощи, и предлагает свои услуги на основании особых потребностей лиц. Такие потребности могут также удовлетворяться частными или общественными лицами, предоставляющими уход и лечение, через государственную поддержку, до тех пор, пока соблюдаются соответствующие положения Закона.

Опекуны предлагают услуги относительно личной гигиены, уборки дома, стирке, сопровождения в больницу, предоставления внешних услуг (например, оплата счетов, покупки в магазине и т.д), а также базовые обучающие задания по заботе о доме и обязанностях членов семьи.

Опекунские службы предоставляют услуги в основном людям, которые имеют право на государственную помощь или людям, которые не могут покрыть расходы их особых потребностей из их собственного дохода, как это изложено в действующем законодательстве.

Лица, которые заинтересованы в опекунских услугах, должны заполнить специальную форму- заявление на государственную поддержку и предоставить в районное или местное отделение службы социально-бытового обеспечения, в зависимости от местности, где они живут, включая всю соответствующую документацию, которая перечислена в списке-руководстве по заполнению заявления на государственную помощь.

В случае, если подается заявление на предоставление опекуна:

- если заявитель обслуживается опекуном, который является иностранцем, необходимую документацию нужно предоставить (паспорт, книжка из органа по иностранцам и миграции, трудовой договор и подтверждение оплаты социальной страховки).
- Если определенное лицо заботиться о заявителе за жалование, копия контракта на предоставление опекунских услуг должна подаваться

вместе с последними квитанциями об оплате данным лицом взносов по социальной страховке.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Никосия:

Отделение по социальному обеспечению района Никосия

Ул.Аиу Иларионос 66, Никосия, 1026

Тел. 22804605/факс: 22804666

Эл.адрес: lefkosia.dwo@sws.mlsi.gov.cy

Отделение Латсия по предоставлению социальных услуг

Ул.Архиепископа Макариос III, 34, Латсия, 2020

Тел. 22803501/ факс: 22487640

Отделение Строволос по предоставлению социальных услуг

Ул.Аиу Илирионос, 66, Никосия, 1026

Тел.: 22804605/ факс: 22804666

Отделение Лакатамия по предоставлению социальных услуг

Ул.Пефкоу и Кеннеди, 24, Лакатамия

Тел. 22608400/факс: 22380853

Лимассол:

Объединение/Отделение по социальному обеспечению в районе Лимассол

Ул.Григори Афксендиу, 13-15, I.D.E Ианну

Меса Гейтония, Лимассол

Тел. 25811644/факс: 25305135

Городской центр по социальным услугам

Угол улиц Аиас Зонис и Тиртаиу, 73, 4160

Тел. 25811776/факс: 25305141

Отделение Полемидия по предоставлению социальных услуг

Ул.82-ая, д.3, Като Полемидия

Тел: 25821839/ факс: 25305760

Отделение Закаки по предоставлению социальных услуг

Ул.Франклин Рузвельт, 80, Лимассол, 3011

Тел: 25804525/факс: 25306576

Отделение Гермасогеиа по предоставлению социальных услуг

Ул.Франклина Рузвельта, 80, Лимассол, 3011

Тел. 25804523/ факс: 25804447

Ларнака:

Отделение в Ларнака по социальному обеспечению, семейные и детские услуги

Авеню Архиепископа Макариос III, 52, Ларнака

а/я 40184, 6301

Тел. 24828172/факс: 24621088

Отделение Камарес по социальному обеспечению

Ул.Пилиу, 23-25, Ларнака, 6301

Тел. 24800101/ факс: 24304876

Отделение Аиои Анаргирой по социальному обеспечению

Анаргирой, 54, Ларнака, 6301

Тел. 24821047, 24821062/ факс: 24669036

Пафос:

Отделение района Пафос по социальному обеспечению

Ул.Аристотели Валаорити и Кинира, 28, Пафос, 8100

Тел. 26821600/факс: 26306162

Эл.адрес: pafos.dwo@sws.mlsi.gov.cy

Фамагуста:

Отделение района Фамагуста по социально-бытовому обеспечению

Ул.1-го Апреля, 134, Паралимни, 5280

Тел. 23821551/факс: 23827698

Эл.адрес: ammochostos.dwo@sws.mlsi.gov.cy

Морфу:

Отделение Морфу/Эвричу по социально-бытовому обеспечению

Ул.Грива Дигени, 11, Эвричу, 2831

Тел: 22870582/ факс: 22933408

Эл.адрес: evrychou.dwo@sws.mlsi.gov.cy

6.3.2 Координационная служба коррекции в раннем возрасте/ Инспекция по делам несовершеннолетних

Инспекция по делам несовершеннолетних и коррекции в раннем возрасте была создана по указанию Кабинета Министров Кипра 31/10/2001.

Полная система услуг по коррекции в раннем возрасте включает в себя поддержку и руководство по обслуживанию для семей. Такие услуги предлагаются для детей ясельного возраста и дошкольников (до 6 лет), которые сталкиваются с трудностями или расстройствами касательно их развития (аутизм, различные синдромы, умственная отсталость).

Инспектор по коррекции в раннем возрасте действует как связующее звено между семьей и услугами, которые предоставляются данной службой. Как только инспектор был проинформирован о данном случае, он/она незамедлительно контактирует с семьей. А именно, инспекторы выполняют следующее:

- изучает потребности ребенка и семьи
- информирует родителей об услугах, которые предоставляет государство и волонтерские организации.
- организует и наблюдает за процессом коррекции, предлагаемым ребенку и семье.
- способствует финансовым и другим правам.
- координирует услуги в пользу ребенка.
- организует встречи со специалистами для определения или изменения лечения
- поддерживает и консультирует родителей и других членов семьи
- поддерживает родителей для того, чтобы они приняли на себя основную роль в принятии решений в пользу ребенка.

Предоставление подходящих услуг на раннем этапе и вовремя имеет положительные последствия в дальнейшем, что содействует поддержке независимости таких лиц с особыми потребностями и улучшает качество его/ее жизнь как взрослого человека, а также освобождает семью от постоянной заботы о данном человеке.

Данная служба представлена персоналом, который состоит из трех психологов, и услуги предоставляются **бесплатно и предлагаются** по отдельности на усмотрение и с учетом конфиденциальности.

Следующие учреждения/организации участвуют в работе по обслуживанию:

- Министерство труда и социального страхования – службы социально-бытового обеспечения.
- Министерство здоровья – клиника детской неврологии и генетики при Макариос III Хоспитал – службы патронажных работников.
- Министерство образования и культуры – службы специального образования – службы психологического образования.
- Всекипрская Ассоциация Родителей для Людей с умственной отсталостью.

Справочные службы:

- Хоспитал Архиепископа Макариос III
- Педиатры из отделений Районных Больниц
- Педиатры частного сектора
- медсестры, патронажные работники, инспекторы из служб психического здоровья
- терапевты из государственного или частного сектора (психотерапевты, логопеды, педагоги-дефектологи).
- лечебные центры, негосударственные организации, волонтерские организации.
- службы социально-бытового обеспечения.
- школы, дошкольные учреждения (государственные, социальные или частные)
- родители, ассоциации родителей.

Координационная служба вмешательства в раннем возрасте/ Инспекция по делам несовершеннолетних обеспечивается Комитетом по защите прав людей с умственной отсталостью, что работает под покровительством Министерства Труда и социального страхования. В Комитете участвуют представители из частного и государственного секторов. А именно:

- Министерство Труда и Социального Страхования: службы по социально-бытовому обеспечению, отдел по приобщению к социальной жизни недееспособных людей.
- министерство здравоохранения: Психиатрические службы.

- министерство образования и культуры.
- министерство финансов.
- Всекипрская Ассоциация Родителей для людей с умственной отсталостью.

Как получить рекомендации:

Рекомендации можно получить по телефону или по факсу.

НИКОСИЯ (центральные офисы)

Тел: 99540406 – 22871325/333

Эл.адресс: cp-mental@cytanet.com.cy

Вебсайт: www.cpmental.com.cy

ЛАРНАКА/ФАМАГУСТА

Муниципалитет Арадиппу

Тел: 99540407 – 24813010/факс: 24811072

ЛИМАССОЛ/ПАФОС

Муниципалитет Като Полемидия

Тел: 99540408/ факс: 25396699

6.3.3 Меры поддержки трудоустройства людей с ограниченными физическими возможностями - Департамент социальной интеграции людей с ограниченными физическими возможностями

Цель данных мер – трудоустройство на открытом рынке труда путем оказания личной поддержки, путем подготовки к работе, людей с ограниченными физическими возможностями. Данная схема предусматривает финансирование организаций, которые намерены применить соответствующие программы для покрытия расходов на службу поддержки, что включает в себя жалованье тренеру и некоторые расходы по проезду.

Базовые принципы схемы заключаются в следующем:

- службы поддержки предоставляются отдельно для каждого специально обученного тренера.

- поддержка является долгосрочной, сколько потребуется, гибкой и полностью нацеленной на интегрирование таких людей в общество.
- Рабочее место должно быть на основном рынке труда, а не в мастерской, принимающей на работу инвалидов и обладающей определенными налоговыми льготами.
- Работник по найму должен быть принятым на работу и получать заработную плату на постоянном основании.

Данная схема предусматривает трудоустройство людей с тяжелыми формами инвалидности или лиц с трудностями в приспособлении в силу их ограничений, которые не могут быть профессионально или социально интегрированы другими способами.

В дополнение ко всему, эта схема предусматривает перечисление до 13.500 Евро в год на организации, которые поддерживают программы по трудоустройству, каждая из которых должна оказать поддержку для 3-5 людей с тяжелыми формами инвалидности или 6-8 людей, которые не имеют тяжелой формы инвалидности, через специально обученного тренера.

Финансирование осуществляется Департаментом Социальной интеграции людей с ограниченными физическими возможностями после того, как подано соответствующее заявление, что также предоставляет техническое руководство и координирует одобренные программы.

До принятия решения относительно получателей финансирования, соответствующий департамент рассматривает вложения от организаций для людей с ограниченными физическими возможностями.

Схема финансируется и координируется Департаментом Социальной интеграции людей с ограниченными физическими возможностями при Министерстве Труда и Социального страхования. Она должна быть приниматься организациями **по всему Кипру**.

За дальнейшей информацией и деталями относительно определенного района вашего проживания, Вы можете обращаться в Департамент по тел: 22815015. Департамент Социальной интеграции физически ограниченных лиц, 1430, Никосия.

6.3.4 Меры по оказанию финансовой помощи для предоставления технических средств, приборов и другой помощи людям с ограниченными возможностями

Данная схема нацелена на поддержание жизненных условий, способствование независимости, а также полному участию людей с ограниченными возможностями в социальной и экономической жизни, путем предоставления финансовой помощи для обеспечения подходящих технических средств и приборов, а также другой помощи. Выгодополучателями в данной схеме являются люди, которые являются гражданами Республики Кипр, которые имеют серьезные проблемы с передвижением, с чувствительностью или другие виды недееспособности.

Сроки участия:

- предоставляемая финансовая поддержка будет покрывать 80% общей цены запрашиваемого технического средства, но не более максимальной стоимости, которая определяется время от времени по рекомендации комитета, который рассматривает заявления. Поддержка до 100% общей цены будет предоставляться в исключительных случаях для людей с очень низким уровнем дохода.
- приоритетность выстраивается в зависимости от тяжести недееспособности;
- технические средства и приборы и т.д. предоставляются на индивидуальном основании и служат и принадлежат бенефициару, а не учреждениям, организациям, школам или другим лицам. В случае, когда такие приборы или средства, которые были приобретены через предоставление финансовой поддержки по этой схеме, не используются, или если выгодополучатель умер, они должны быть возвращены в Департамент по социальной интеграции для людей с ограниченными физическими возможностями.
- эта схема не покрывает обеспечение ортопедическими средствами и протезов конечностей или других видов помощи, предусмотренными другими государственными схемами или законами.

Применения:

- 1) Лица, заинтересованные в участие в этой схеме, подают свое заявление по специальной форме заявления, Директору Департамента по социальной интеграции людей с ограниченными физическими возможностями, вместе с соответствующими свидетельствами;
- 2) Заявления проверяются специальным комитетом во главе с директором департамента по социальной интеграции людей с ограниченными физическими возможностями или уполномоченным служащим Департамента по социальной интеграции людей с ограниченными физическими возможностями. Если необходимо, представители из других государственных служб тоже будут приглашены для участия в комитете.

- 3) В течение обработки заявления, комитет может попросить заявителя явиться лично.

6.3.5 Меры по организации/обеспечению технических средств, приборов и другой помощи людям с ограниченными возможностями

Организация/обеспечение (через сдачу в аренду/найм), хранение и текущий ремонт технических средств и приборов, и другой помощи возвращается обратно бенефициарами по схеме «Предоставление финансовой помощи для покупки технических средств, приборов и другой помощи для людей с ограниченными физическими возможностями».

К получателям выгоды относятся Киприоты и жители ЕС, при условии, что они постоянно живут на территории, контролируемой Республикой Кипр на протяжении 12 месяцев подряд, и они имеют серьезные проблемы в области моторики сенсорики, а также другие ограничения.

Сроки участия:

- бывшие в употреблении технические приборы сдаются в аренду обладателям льготы после предложения комитета, который рассматривает заявления;
- приоритет отдается в зависимости от тяжести ограничения;
- технические средства и приборы и т.д. предоставляются на индивидуальном основании и служат и принадлежат получателю льготы, а не учреждениям, организациям, школам или другим лицам. В случае, когда такие приборы или средства, которые были приобретены через предоставление финансовой поддержки по этой схеме, не используются, или если получатель льготы умер, они должны быть возвращены в Департамент по социальной интеграции для людей с физическими недостатками.
- предоставляется аренда приборов и средств, получатель льготы будет ответственным исключительно за поддержание их в рабочем состоянии.

Применение:

- 1) Лица, заинтересованные в участие в этой схеме, подают свое заявление по специальной форме заявления, вместе с соответствующими сопроводительными документами Директору Департамента по социальной интеграции людей с физическими недостатками, и в Министерство Труда и Социального страхования, используя специальный бланк заявления;

- 2) Заявления проверяются специальным комитетом во главе с директором департамента по социальной интеграции людей с ограниченными физическими возможностями или уполномоченным служащим или другим уполномоченным служащим, созданным представителями из других государственных служб, а также представителями Кипрской Конфедерации организаций инвалидов (ККОИ), если есть. Заявления одобряются Директором департамента по социальной интеграции людей с физическими недостатками.
- 3) В течение обработки заявления, комитет может попросить заявителя явиться лично.

За дополнительной информацией, пожалуйста, обращайтесь в Департамент по социальной интеграции людей с физическими недостатками, по тел. 22815015.

6.3.6 Финансовая поддержка Организаций людей с ограниченными физическими возможностями для обеспечения возможности найма социального работника в помощь их членам

Цель данной схемы – предоставление услуг по Социальной помощи для взрослых людей с серьезными физическими недостатками, чье независимое передвижение и осуществление их базовых прав невозможно и не покрывается другими источниками, с риском социальной изоляции. Приоритетно Социальная поддержка, среди прочего, обслуживает людей с расстройствами аутичного спектра. Службы социальной поддержки предоставляются так долго и в той степени, как необходимо для социальной интеграции людей с физическими недостатками. Организации, которые обслуживают людей с ограниченными физическими возможностями, получают финансирование.

Дальнейшая информация:

Физическое нахождение:

Департамент социальной интеграции людей с ограниченными физическими возможностями,

Авеню Макариос III, 67, Латсия, 2200, Никосия.

Адрес для корреспонденции:

Департамент социальной интеграции людей с ограниченными физическими возможностями,

а/я 12833, Латсия, 2253

Тел. 22815015, факс: 22482310

6.3.7 Финансирование отдыха людей с ограниченными физическими возможностями

Цель данной схемы состоит в том, чтобы предоставить субсидию на проживание и питание лицам с ограниченными физическими возможностями и их семьям или сопровождающим их в отелях/пансионатах на их усмотрение.

Сумма такой помощи за каждую ночь проживания составляет: 45 Евро – каждому получателю льготы, 45 Евро супругу/супруге или сопровождающему лицу, 0 Евро – каждому ребёнку, находящемуся на иждивении главы семьи до 2 лет, 23 Евро – каждому ребёнку, находящемуся на иждивении главы семьи, в возрасте от 2 до 12 лет, и 34 Евро - каждому ребёнку, находящемуся на иждивении главы семьи, в возрасте старше 12 лет. По этой схеме максимально покрывается проживание 7 ночей.

Одобренным заявителям отсылается сертификат на сумму субсидии, который они потом предоставляют в отеле/пансионате на их усмотрение. Фактически оплату за гостиницу/пансионат делает Департамент по социальной интеграции людей с ограниченными физическими возможностями.

Для дальнейшей информации:

22815015, 22815057

Все указанные выше документы доступны на следующем вебсайте (также доступно на английском языке):

<http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/dsid>

Ссылка на все применимые документы в Департаменте:

http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/dsid/dsid.nsf/dsipd26_en/dsipd26_en?OpenDocument

6.4 Министерство внутренних дел

6.4.1. Меры по улучшению жилищных условий получателей социальной помощи¹

Эта схема нацелена на предоставление пособия получателям социальной помощи для улучшения жилищных условий.

Общие условия:

- 1) Можно обратиться и получить такую помощь больше, чем один раз, при условии, что общая сумма не превышает 12000 Евро постепенно. Человек, которому предоставили максимальную сумму такой помощи, может просить о помощи опять после истечения пяти лет с получения предыдущей помощи. Если помощь выдавалась частями, период пять лет отсчитывается с момента даты последней полученной части.
- 2) Заявители рассматриваются без предубеждений на основании пола, религии, расы или национальности.
- 3) Схема не применяется по отношению к получателям социального обеспечения, поскольку оно выплачивается по другой государственной схеме.

Получатели льгот:

1. Люди, которые являются получателями социального обеспечения.
2. Люди, которые считаются получателями социального обеспечения, если включено в их потребности, как это определено Законом о Государственной поддержке и службах, аренда жилья, что является положением самого закона.

Пособие:

1. Максимальная сумма пособия 12000 Евро.
2. Пособие предоставляется на протяжении того периода, пока соответствующее заявление одобрено до начала любой работы в связи с помощью. Первая часть пособия выдается до начала работ, в то время как вторая часть и последняя часть пособия выдаются сразу по завершению

¹ Министерство внутренних дел – Районная Администрация,
http://www.moi.gov.cy/moi/da/dadmin.nsf/dmlforms_gr/dmlforms_gr?OpenDocument&Start=1&Count=1000&Expand=5
(20/06/2012)

работ, вслед за чем будет проведена проверка служащим соответствующей районной администрации.

Условия для получения пособия:

1. Сумма, предоставляемая по этой схеме, может быть использована для следующих целей:

А) Улучшение/ремонт жилья владельца.

Б) Расширение жилья владельца.

2. Пособие может выдаваться человеку, который не является владельцем, при условии соответствия следующих критериев:

А) Заявитель, проживающий в доме родственника, должен также предоставить юридически заверенный документ владельца жилья, который также должен быть заверенным «Председателем районной администрации» (Койнотаркисом) или другим удостоверяющим служащим, согласно которому заявитель проживает в этом доме, для которого предоставляется помощь, на период, по крайней мере, 7 лет.

Следует отметить, что касательно заявлений от людей с умственной отсталостью, заявления подаются их опекунами.

Б) В случае нарушения выше указанного соглашения, владелец жилья обязуется вернуть в процентном соотношении пособие, выданное получателю льготы по данной схеме, что эквивалентно тому периоду времени, который остался до завершения семи лет его проживания в этом доме. В этом случае, заявитель имеет право обратиться снова за пособием.

В) В случае, если лицо, для которого делались работы по улучшению жилищных условий жилья иного владельца, оставил это жилье по его/ее желанию до окончания семи лет от даты получения пособия, такое лицо не имеет право обращаться за дополнительной финансовой помощью по этой схеме, до завершения этого периода.

3. Лицо, которому предоставлялась финансовая поддержка максимальной суммой 12000Евро, имеет право на дальнейшую финансовую поддержку после истечения пятилетнего периода с момента получения данного пособия. Если пособие выплачивалось частями, пять лет отсчитывается с даты последнего утверждения.

4. В случае, если заявитель не в состоянии управлять пособием, которое предоставлено ему, в процесс со-управления привлекается соответствующий служащий из служб социально-бытового обеспечения.

Заявления:

Заявления должны подаваться заинтересованными лицами по специальной форме бланка соответствующему регистратору, вместе со следующими документами и/или доказательства:

А) Официальное подтверждение из Служб социально-бытового обеспечения о том, что заявитель является получателем выплаты социального пособия.

- Б) Разрешение на строительство (в случае расширения или достраивания комнаты). Для улучшения/ремонта существующего жилья, должно подаваться подробная оценка стоимости работ, которые необходимо выполнить. В зависимости от случая, дополнительные документы должны включать также минимум два разных тендера, или сертификацию от квалифицированного физического лица (например, архитектор/инженер-строитель/земельный инспектор), зарегистрированную в НАСДАК.
- В) Письменный affidavit относительно точности поданной информации с целью получения пособия. За подачу недостоверных показаний предусмотрена ответственность согласно положениям соответствующего закона.
- Г) В случае, если заявитель не является владельцем жилья, владелец должен также подать письменное заявление, в котором указано, что он/она согласны на запланированные дополнения (достройки) / улучшения, и он/она берет на себя ответственность по ведению домашнего хозяйства и заботе о получателе льготы по социально-бытовому обеспечению, который получит пособие на семь лет.

Комитет, рассматривающий заявление:

Заявление будет рассматриваться Комитетом, что включает в себя следующее:

- А) соответствующий регистратор или представитель;
- Б) представитель от служб по социально-бытовому обеспечению;
- В) представитель соответствующей Районной Администрации.

Период действительности:

Настоящая схема по улучшению жилищных условий получателя социальной помощи приводится в действие Министерством Внутренних Дел, начиная с даты ее одобрения Кабинетом Министров.

Ссылка на заявление:

http://www.moi.gov.cy/moi/da/dadmin.nsf/dmlforms_gr/dmlforms_gr?OpenDocument&Start=1&Count=1000&Expand=5

6.4.2. Меры по улучшению учреждений, которые обеспечивают жилье и уход за престарелыми людьми и инвалидами, которые являются получателями социальной помощи

Эта схема помогает при обеспечении государственной помощью семей или отдельных лиц, для того, чтобы улучшить их жилье, которым они владеют с целью предоставления жилья и заботы престарелым людям или инвалидам – членам их семей, или родственникам или друзьям, с целью чтобы предотвратить их размещение в домах-интернатах для престарелых и

инвалидов, когда они действительно не нуждаются в опеке по месту жительства.

Общие условия:

1. Эта схема не покрывает финансовую поддержку получателям социального пособия, если они уже получили его по другой государственной схеме.
2. Заявители рассматриваются без предубеждения к их полу, религии, расы или национальности.

Получатели социальной помощи:

1. Получатели социальной помощи – это лица, которые получают пособие по социально-бытовому обеспечению, от 63 лет и старше, или инвалиды.
2. В случае, если инвалидами являются несовершеннолетние дети, родители должны быть получателями социального пособия или быть пограничным случаем, в которых будет получателем социального пособия, если в их потребностях определено Законом о Государственной Поддержке и Службах, добавлена финансовая помощь на проживание и опеку, как указано в положениях закона.
3. Люди в возрасте 63 года и старше, или инвалиды, которые по своему доходу определены как пограничный случай, и которые могут считаться получателями социальной помощи, если в их нуждах, которые определены в законе о государственной поддержке и службах, добавлены льготы на жилье, как указано в положениях закона.

Пособие:

1. Сумма пособия – максимум 12000 Евро.
2. Помощь выдается в случае, если заявление было одобрено до утверждения каких-либо работ. Первая выплата выдается до начала необходимых работ, в то время, как вторая и последняя выплата выдается уже после окончания работ, после чего проводится соответствующая проверка служащим соответствующей районной администрации.

Условия участия:

Сумма, которая выдается по этой схеме, может быть использована на следующие цели:

1. Расширение и добавление комнаты для соответствующих потребностей, например ванная комната, туалет, раковина и т.д.

Пособие может быть получено в виде исключения лицом, которое не владеет своим жильем, если выполнены следующие критерии:

2. Изменения в проекте жилья нужны для того, чтобы заботиться о человеке, которому предоставляется опека, например, строительство наклонной плоскости, расширение дверного проема, замена ванной душевой кабиной.

Получение денег по одной схеме может быть максимум 12000 Евро.
Приоритет отдается случаям, где еще не получалась финансовая помощь в прошлом.

Применение:

Заявления подаются заинтересованными сторонами по специальной форме соответствующему регистратору, наряду со следующими документами и/или доказательствами:

А) официальное подтверждение из службы по социально-бытовому обеспечению, что заявитель является получателем социальной помощи.
Б) Разрешение на строительство (для случаев расширения жилья или добавление комнаты). Для улучшения/ремонта существующего жилья, подробной оценочной стоимостью необходимых работ. В зависимости от случая, дополнительные документы включают также минимум два тендера, или свидетельство от квалифицированного работника (например: архитектор/ инженер/земельный инспектор), зарегистрированное в НАСДАК.

В) показание под присягой, что все данные/информация, поданные для получения социальной помощи, верные. За предоставление ложной информации предусмотрена ответственность согласно соответствующему законодательству.

Г) заявление под присягой владельца/опекуна (заверенное большинством или нотариусом), согласно которому он/она берет на себя ответственность по предоставлению жилья и опеки для пожилого человека или инвалида, которому предоставляется помощь, на период минимум семь лет.

Д) заявление под присягой лица, которому оказывается опека, что он/она дают согласие сделать дополнения/улучшения в его пользу, всегда, когда это объективно является возможным.

Для расширения жилья и достраивания комнаты, необходимо подать вместе с заявлением разрешение на строительство. По отношению к улучшениям/ремонту уже существующего жилья, подробная оценка работ, которые необходимо выполнить, подается с заявлением. В зависимости от случая, вместе с вышеуказанными документами, должны также подаваться минимум два тендера, или свидетельство от подходящего квалифицированного работника (архитектор/инженер/земельный инспектор), который зарегистрирован в НАСДАК.

Комитет, рассматривающий заявление:

Заявления рассматривает Комитет, который состоит из:

- А) соответствующий регистратор или представитель;
- Б) представитель службы социально-бытового обеспечения
- В) представитель соответствующей районной администрации.

Период действительности:

Настоящая схема по улучшению домов, которая предоставляет проживание и опеку пожилым людям и инвалидам, которые являются получателями социальной помощи, вводится в силу министерством внутренних дел, от даты ее одобрения Кабинетом Министров.

Ссылка на заявление:

http://www.moi.gov.cy/moi/da/dadmin.nsf/dmlforms_gr/dmlforms_gr?OpenDocument&Start=1&Count=1000&Expand=5

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Районная Администрация Никосии

Тел. 22804304/факс: 22804314

Районная Администрация Лимассола

Тел. 25806403/факс 25806513

Районная Администрация Пафоса

Тел: 26801101/факс: 26306251

Районная Администрация Фамагуста

Тел. 24801002/ факс: 24304168

Районная Администрация Кирения

Тел. 22867620/ факс: 22867755

6.4.3 Меры по обеспечению жильем людей с низким доходом¹

Схема покрывает жилищные нужды владельцев домов с низким заработком, без существенного финансирования и благоприятных условий на кредитование, которые не в состоянии купить новое жилье.

¹ Корпорация по развитию земель Кипра http://www.cldc.org.cy/gr_cldc.shtml?gr_ssxa (20/06/12)

Получатели льготы:

- обычные семьи (включая одиноких родителей, разведенных, вдов/вдовцов с несовершеннолетними детьми).
- Пары должны быть помолвлены с оговоренным условием, что до получения денежной помощи они должны пожениться.
- не состоящие в браке пары, но только в исключительных обстоятельствах
- лица с особыми нуждами

Требования по доходу:

Требования по доходу была рассмотрены решением Кабинетом Министров 21/07/2010. Для участия в схеме по предоставлению жилья для лиц с низким доходом, семьи и/или такие лица должны получать валовых годовой доход, который не превышает следующее:

- для не состоящих в браке – 13000 Евро
- для не состоящих в браке лиц, у которых проблемы со здоровьем – 21500 Евро
- семьи, состоящие из одинокого родителя и одного ребенка: 20000 Евро (2000 Евро для каждого дополнительного ребенка)
- семьи: 22000 Евро (без детей)
(2000 Евро на каждого дополнительного ребенка)
- семьи, в которых есть лица с особыми потребностями: 33000 Евро

Другие требования:

Другие требования также принимаются во внимание при рассмотрении заявлений, например, подвижные и неподвижные имущество и жилищные условия и т.д.

В общем, поддержка предоставляется семьям и лицам, которые основываясь на их доходах и другом имуществе, не в состоянии решить их жилищные проблемы своими собственными силами. Эта схема также возможна для жителей стран-участников Европейского Союза, а также постоянным жителям Кипра, которые проживали на Кипре постоянно на протяжении пяти лет.

Субсидии:

Сумма субсидии рассчитывается с учетом общего дохода семьи или лица.

Годовой доход	Менее 18000 Евро	Более 18000 Евро
Фин.помощь		
Несостоящие в браке лица	10000 Евро	-
Несостоящие в браке лица с проблемами со здоровьем	18000 Евро	14000Евро
Семьи, состоящие из одинокого родителя и одного ребенка	20000 Евро	15000 Евро
	1500 Евро	1000 Евро

(на каждого дополнительного ребенка)		
Семьи без детей (на каждого дополнительного ребенка)	18000 Евро 1500 Евро	14000Евро 1000 Евро
Семьи, в которых есть лицо или лица со специальными потребностями	25000 Евро	20000 Евро

Помощь для семей, в которых есть лицо или лица с особыми потребностями

Семьи с особыми потребностями имеют право на получение дополнительной помощи до 5126 Евро, в случае если места в их жилье, которое они купили, нуждается в специальной адаптации для специальных жилищных условий.

Предоплата

Предоплата требуется после подписания документа о продаже, как ниже указано:

- для семей с совместным доходом ниже 18000 Евро, предоплата 8000Евро от цены продажи.
- для семей с совместным доходом выше 18000 Евро, предоплата до 10% от цены продажи.

Займы:

Займ предоставляется Комитетом Финансового Дома или другими компаниями, предоставляющими займы, в случае, если покупатель не может получить займ; выплачивается он Корпорации по Развитию земель Кипра на условиях, что указано ниже:

- выплата займа в течение 30 лет
- полная выплата покупателем до 75 летнего возраста
- плавающий процент на субсидию

Иные положения:

Только семьи, которым еще не предоставлялась социальная помощь по какой-либо другой государственной жилищной программе для строительства или покупки жилья, могут участвовать в этой схеме:

Ссылка на заявление:

http://www.clde.org.cy/downloads/clde_application_form2011.pdf

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Авеню Аталассас 14, 4-ый этаж

Никосия, Строволос, 2011

Тел. 2427000/факс: 22513143

Эл.почта: info@cldc.org.cy

7.0 НЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ – АССОЦИАЦИИ

7.1 Кипрская Ассоциация людей с аутизмом

Ассоциация людей с аутизмом была основана в 1990 году и признана государством благотворительной некоммерческой организацией. Она является членом организаций «Аутизм Европа» и «Всемирная организация аутизма».

Основной целью работы организации является обеспечение прав людей с аутизмом и улучшение качества их жизни.

Ассоциация с большим успехом работает с мая 2004 года в Лимассоле и организовала первый специализированный «Центр реабилитации, образования, лечения, защиты и занятости для детей и взрослых с диагнозом аутизм».

Аналогичный Центр был создан в декабре 2008 года в Пафосе.

Так же, в декабре 2009 года был открыт и эффективно работает еще один подобный центр в Никосии, помогая людям, живущим в районе Никсии.

Кроме того, Фонд Кепаки, в сотрудничестве с Кипрской Ассоциацией людей с аутизмом, арендует специальное помещение, которое было отремонтировано и оборудовано для проведения терапии сенсорной интеграции. Центр был открыт в октябре 2010 года. Фонд ставит своей целью создать Центры реабилитации в каждом городе свободного Кипра, а также «Дома для общества», чтобы обеспечить людям с аутизмом достойный уровень жизни в обществе.

Членский взнос при вступлении в Фонд составляет **8** евро. Ежегодный взнос **17** евро.

В Центре реабилитации для людей с аутизмом в Лимассоле действуют три программы:

- Программа для подростков и взрослых (утренняя программа)
- Лечебные программы для детей школьного и дошкольного возрастов (вечерняя программы)
- Программа социальной защиты и занятости (вечерняя программа)

В Центре реабилитации для людей с аутизмом в Пафосе действуют три программы:

- Программа для подростков и взрослых (утренняя программа)
- Лечебные программы для детей школьного и дошкольного возрастов (вечерняя программы)
- Программа социальной защиты и занятости (вечерняя программа)

В Центре реабилитации для людей с аутизмом в Никосии действуют три программы:

- Программа для подростков и взрослых (утренняя программа)

- Лечебные программы для детей школьного и дошкольного возрастов (вечерняя программы)
- Программа социальной защиты и занятости (вечерняя программа)

Эти центры работают при поддержке государства. Лечение и услуги, которые оказывает Ассоциация людей с аутизмом имеет определяющее значение для людей с аутизмом и их семей. Во всех Центрах реабилитации предлагают процедуры музыкальной терапии, трудотерапии, логотерапии и специальное образование. Процедуры сенсорно-интегративной терапии оказывают только в Лимассоле. Все предлагаемы процедуры для членов Ассоциации оказываются по специальным ценам, которые обеспечивает ассоциация.

Контакты:

Кипрская Ассоциация людей с аутизмом:

Дистому 15, 3304 Лимассол
Тел. 25-343461 Факс 25-343446
E-mail: autisticassociation@cytanet.com.cy

Центр реабилитации в Лимассоле

Дистому 15, 3304 Лимассол
Тел. 25-343462 Факс 25-343446
E-mail: limassol@autismsociety.org.cy

Центр Сенсорной интеграции в Лимассоле

3100 Лимассол, Эллиспонду 1
Тел: 25-107951

Центр реабилитации в Пафосе

8028 Пафос, Эвру 4
Тел. 26-221346 Факс 26-221308
E-mail: paphos@autismsociety.org.cy

Центр реабилитации в Никосии:

2025 Никосия, Афинодору 3
Тел.: 22-512262 Факс 22512263
E-mail: nicosia@autismsociety.org.cy

7.2. Ассоциация родителей и друзей детей с особыми потребностями

Ассоциация родителей и друзей детей с особыми потребностями была создана в 1991 году в Лимассоле. Целью работы Ассоциации являются защита и уход за детьми с особыми потребностями, физическими и умственными, аутизмом, а так же содействие в решении проблем, с которыми сталкиваются дети с ограниченными возможностями и их родители.

Сегодня на Кипре Ассоциация предлагает пять инновационных учебных программ, которые действуют в двух домах в центре города, на улице Августину 50 и улице Лефкосии 12.

- А) Дневной Центр для взрослых «Дом Мариоса»** обслуживает четыре группы по 5 человек. Их обучением занимается специально подготовленный персонал, которому помогают няни, а также частные преподаватели, которые занимаются по специальным программам. В программу включены: специальное образование, творческие виды деятельности (витражи, мозаика, лепка из глины, живопись, прикладное искусство), музыка, познание мира через фотографии, физиотерапия, обучение компьютеру по программе обучения Министерства образования, драматические игры, кулинарные уроки, иппотерапия, добровольно организованная в районе Лимассола, экскурсии на заводы, посещения образовательных и производственных учреждений.
- В) Детский дневной Центр «Панагия Пантанасса»** обслуживает две группы, состоящих из 7 детей школьного возраста. Их образованием занимаются постоянные сотрудники, прошедшие обучение, няни, а также частные преподаватели, использующие специальные программы преподавания. Программа включает в себя: специальное образование, музыкальную терапию, физиотерапию, боулинг, сенсорные игры, кукольные спектакли, творческую деятельность, рисование, кулинарные уроки, развлекательную программу, плавание и экскурсии.
- С) Дневной Центр для взрослых «Панагия Пантанасса»** обслуживает девять человек в двух группах. Их образованием занимаются сотрудники, прошедшие обучение, няни, а также частные преподаватели, использующие специальные программы преподавания. Программа включает в себя: образовательные игры, гидротерапию, физиотерапию, музыкальную терапию, трудотерапию, развлечения, экскурсии и творческую деятельность.
- Д) Программа психологической поддержки** действует с 1996 года с отличными результатами. Специалисты оказывают психологическую поддержку в группах и индивидуально детям и взрослым, которые посещают дневные Центры.
- Е) Терапевтическое вмешательство**
 Программа работает во второй половине дня и предлагает все виды терапии (трудотерапии, логопедия, специальное образование, физиотерапия). На сегодняшний день в программе принимают участие все дети, посещающие Дневные Центры, а так же еще 40 детей, которые являются членами Ассоциации. Программа действует при поддержке Фонда Радиомарафон и Министерства Здравоохранения.
 Членом ассоциации может стать любой желающий, старше 18 лет. Взнос при вступлении 2 евро, ежегодный взнос 15 евро.

Контакты:

Тел.: 25382213, 25332245

Факс: 25822197

E-mail.: specialneeds@cytanet.com.cy

Сайт: <http://www.special-needs.org.cy/>

Facebook: Day Center

7.3. Радиомарафон

Радиомарафон это мероприятие по сбору средств, которое много лет проходит на Кипре. Эта акция устраивается с целью улучшить экономическое положение людей с ограниченными возможностями, их семей, а так же учреждений, которые заботятся о таких людях.

Радиомарафон является примером добровольной поддержки знакомых и незнакомых людей, которые находятся в трудном положении. В рамках благотворительного проекта Радиомарафон предоставляет пособия людям, которые нуждаются в помощи. В частности, предоставляются следующие виды помощи:

- Улучшение жилищных условий
- Финансовая помощь
- Логопедия
- Физиотерапия
- Квалифицированный уход/Психологическая поддержка
- Лечение на Кипре и за рубежом
- Покупка слуховых аппаратов, технического оборудования и инвалидных колясок

Для того, чтобы получить помощь, желающие должны заполнить заявление, которое можно получить в офисе организаторов Радиомарафона. Это заявление должно сопровождаться подтверждающими документами. Заявители должны иметь при себе документ, подтверждающий медицинский диагноз болезни или синдрома, квитанции об оплате лечебных процедур.

Заявление следует направлять по адресу:

1311 Никосия, а/я 25743

Сайт Радиомарафона: <http://www.radiomarathonios.com/images/media/file/CLScan517.pdf>

Кандидаты должны предоставить полную информацию о доходах родителей/опекунов, сбережениях, недвижимости и своих финансовых обязательствах. Затем заявка будет рассмотрена административным советом Радиомарафона. Сумма, которая будет утверждена зависит от потребностей заявителя и бюджета Радиомарафона.

Контакты:

Валариоти 3, Акрополь,

Никосия 2081

Тел.: 22-879518

Факс:22-423986

Сайт: <http://www.radiomarathonios.com>

E-mail: radiomarathonios@cytanet.com.cy

7.4 АЛМА- детский Центр развития навыков

Центр «АЛМА» был основан в 1994 году. Центр располагается на первом этаже старой больницы в Лимассоле и реализует **одну из пяти программ Фонда «Теотокос»**. «Теотокос» является **неправительственной, некоммерческой организацией**. АЛМА предлагает услуги раннего вмешательства семьям с детьми в возрасте от 8-ми лет, которые имеют проблемы в любом возрасте развития, и детям, находящимся в группе высокого риска (например, недоношенные дети), здоровье которых с возрастом ухудшается. **АЛМА** уделяет особое внимание консультированию и психологической поддержки родителей.

Родители, при поддержке профессиональной команды врачей разных специальностей, принимают решения и выбирают для своего ребенка наиболее подходящие лечебные и образовательные процедуры.

Все отделы сотрудничают и взаимодействуют с другими учреждениями, занимающимися вопросами детей, в том числе с **государственными медицинскими и социальными учреждениями**, а так же **детскими садами** и школами. Услуги центра предоставляются детям как из Лимассола, так и из других городов.

Любая семья может обратиться в Центр самостоятельно или по направлению врача.

Наличие медицинского диагноза не является обязательным условием при обращении в Центр. Работа Центра финансируется исключительно за счет средств Фонда «Теотокос», также значительную поддержку оказывают Ассоциация родителей и добровольные пожертвования.

УСЛУГИ ЦЕНТРА:

Детская физиотерапия

Трудотерапия

Коррекция проблем, связанных с питанием

Иппотерапия

Услуги психологической помощи детям и их семьям

Услуги социального работника

Услуги семьям

Услуги образования:

-детский сад

-ясли

Сотрудничество с различными специалистами

Специалисты Центра «АЛМА» занимаются следующими диагнозами на ранних стадиях развития ребенка:

Детский Церебральный Паралич

Недоношенность

Группа высокого риска

Задержка психомоторного развития

Нервно-мышечные заболевания

Кривошея

Врожденные дефекты

Различные синдромы

Задержка речи

Расстройство речи и коммуникации

Трудности координации и организации

Нарушение сенсорных функций и регулирования

Аутизм

Дисфагия

Заикание

Контакты:

3300 Димассол, Кипр

Тел.: 25746804-25746828 / Факс 25746027

E-mail.: monada@cytanet.com.cy

Сайт: www.theotokosfoundation.org

7.5 Верховая езда для людей с ограниченными возможностями- Верховая езда для Ассоциации инвалидов (RDA)

В 1985 году в районе Эпископи Лимассола была организована группа верховой езды для людей с особыми потребностями.

Ассоциация дает возможность людям с особыми потребностями, в том числе и людям с аутизмом, кататься верхом в течение получаса. Доходы Ассоциации это взносы различных благотворительных организаций, а так же сборы от мероприятий, организованных Ассоциацией, благодаря которым существует возможность предоставить бесплатно услуги больным людям.

Совет Ассоциации состоит из жителей английских баз и предоставляет услуги, как жителям баз, так и другим постоянным жителям Кипра.

Четыре Ассоциации используют иппотерапию в своих программах: Фонд Теотокос, АЛМА, Красный Крест, Ассоциация родителей и друзей детей с особыми потребностями.

Для получения дополнительной информации, пожалуйста, обращайтесь по телефону 25933866/99481026

Сайт <http://www.rdacyprus.com/>

7.6. Спорт

7.6.1. Специальная Олимпиада на Кипре¹

Специальная Олимпиада была учреждена на Кипре в 1986 году, она является членом организации Всемирные Специальные Олимпийские Игры и Кипрского олимпийского комитета. Кипрский Олимпийский комитет признает данную организацию спортивной организацией для людей с умственными отклонениями.

Эта организация имеет некоммерческий статус и ее деятельность осуществляется за счет добровольных членских взносов. Расходы на организацию и участие спортсменов в различных соревнованиях, как на Кипре, так и за рубежом. Покрываются спонсорскими взносами Кипрской спортивной организации, Кипрского объединения Police Touch Run, частных компаний и организаций.

На сегодняшний день специальные Олимпийские игры на Кипре распространились по всему острову. Более 400 спортсменов с умственной отсталостью и проблемами в обучении, интенсивно тренируются в легкой атлетике, плавании, езде на велосипеде, футболе, баскетболе, спортивной гимнастике, верховой езде, боулинге, хоккее, катании на лыжах и мероприятиях для инвалидов (Training Program- программа по двигательной активности). Не так давно стартовала программа интеграции здоровых спортсменов для участия Специальной олимпиаде по футболу и баскетболу.

За 22 года существования на Кипре Специальных олимпийских игр, благодаря усилиям Совета, отзывчивости государства, ежегодному спонсорству МЧС, постоянной поддержке благотворителей и добровольцев, были внесены значительные изменения в информированность общества, а так же созданы новые условия для равных возможностей в обществе. Мы гордимся спортсменами, которые принимали участие и побеждали в европейских и мировых соревнованиях.

Специальная Олимпиада проходит в Кипрском Олимпийском дворце. На встрече с представителями Совета и волонтерами, мы подробно обсудили их деятельность и поставленные цели. Кроме занятий спортом, организация ставит своей целью развить в людях независимость и помочь им в социализации. Дети занимаются спортом и развлекаются под контролем профессиональных тренеров. Кроме того, дети могут

¹ Special Olympics Cyprus <http://www.specialolympics.com.cy/> (22/06/12)

заниматься в бесплатных спортивных группах, организованных на территории Свободного Кипра.

Контакты:

Тел.: 22 449848 / Факс: 2244985

Сайт.: info@specialolympics.com.cy

7.6.2. Спорт для всех¹

Реализуя программу «Спорт для всех» Спортивная Организация Кипра предоставляет равные возможности для занятий спортом, независимо от пола, возраста, социального статуса, уровня психического и физического здоровья, а так же специальные программы для людей с особыми потребностями.

Тренеры СДВ занимаются с детьми, которые находятся в специальных учреждениях.

На данный момент программа предлагается в **Никосии, Ларнаке, Пафосе и Фамагусте.**

Подробности на сайте: http://www.ago.org.cy/special_abilities.shtm

Контакты:

Тел.: 22897000

Факс: 22358222

E-mail.: info@ago.org.cy

¹ Sports for All <http://www.ago.org.cy/history.shtm> (22/06/12)

8.0. ЛЬГОТЫ ОТ ПОЛУГОСУДАРСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

8.1 СУТА (СУТА)

СУТА предлагает **Специальные Ценовые Пакеты Телефонной Связи** для людей с низким доходом и особыми социальными нуждами.

Инструкции / Предоставление:

На основе "Решения, определяющего специальные ценовые пакеты для людей с низкими доходами или инвалидов" (SA 3/2005), выданного Комитетом регулирования электронных и почтовых коммуникаций (ERIET) 29 июля 2005 года и последующих изменений, применяются следующие условия в отношении предлагаемых специальных ценовых пакетов для людей с низкими доходами или особыми социальными нуждами:

Льготы могут получить:

(а) Лица с особыми социальными нуждами

- Люди с серьезными двигательными нарушениями (например, миопатия, рассеянный склероз, энцефалопатия или другие миопатии, при которых люди готовятся к использованию инвалидной коляски или уже используют инвалидную коляску)
- Слабослышащие и глухонемые
- Слабовидящие люди
- Люди с умственной отсталостью / задержкой

(b) Люди с низким уровнем дохода

- Лица, чей годовой доход ниже 60% от среднего дохода рассчитанного статистической службой Кипра и изменения суммы расчетов. С 31/3/08 действует новая поправка Статистической службы Кипра о расчете среднего годового дохода физических лиц, годовой доход на человека составляет € 7.847,61, и за каждого дополнительного человека (старше 14 лет) К € 7.847,61

добавляется сумма в размере € 3.923,80, в то время как каждый дополнительный несовершеннолетний (в возрасте до 14 лет) добавляется к сумме € 2.354,28. Указанные суммы применяются для каждой семьи.

- Получатели социальной помощи от компетентных государственных организаций (Управление социального обеспечения, Министерство труда и социального страхования)

(с) Несовершеннолетние

В случае, если несовершеннолетние относятся к одной из категорий раздела (а) настоящей статьи, они могут воспользоваться специальным ценовым пакетом, так же правомочны на получении этой льготы родители или опекуны, если они проживают вместе, в том же помещении и могут обеспечить следующие удостоверяющие документы:

- Справка из Управления социального обеспечения, что человек является несовершеннолетним, которое должно сопровождаться копией свидетельства об инвалидности.
- Свидетельство о рождении несовершеннолетнего или справка из Ассоциации, в которой будет указана дата рождения.
- Удостоверение личности родителя или опекуна.
- Подпись родителя или опекуна на заявлении на получении Телекоммуникационных услуг для несовершеннолетних людей с нарушениями.
- Документ, подтверждающий опеку над несовершеннолетними (например, постановление суда) в случаях, когда несовершеннолетний человек, находится под опекой.

(d) Лица с умственной отсталостью/задержкой

Чтобы иметь возможность использовать этот пакет услуг, нужно предоставить в СУТА свидетельство Комиссии по защите лиц с умственной отсталостью (создана в соответствии с Законом 117/89, с изменениями и дополнениями), в котором будет указано, что человек зарегистрирован в Реестре Комиссии, и что человек не институционализирован.

Необходимо подать следующие документы:

- Справка от компетентных органов Управления социального обеспечения (получателей государственной помощи).
- Сертификат от Комиссии по защите лиц с умственной отсталостью, в которой будет указано, что лицо зарегистрировано в реестре Комиссии, и что человек не институционализирован (человек с умственной отсталостью / задержкой).
- Возможно, у кандидатов на получении льгот могут запросить дополнительные документы и справки от врачей и т.д.

Тарифы на Специальные Ценовые Пакеты Телефонной Связи для людей с низким доходом и особыми социальными нуждами, включая НДС.

В соответствии с последним обновлением (15 мая 2012):

Звонки на:	Оплата за единицу(€)	Единица
CYTA landline	0,01871	1 minute
CYTAMOBILE- VODAFONE	0,04235	1 minute
PRIMETEL	0,04646	1 minute
MTN	0,03888	1 minute

Примечание:

1. Специальные Ценовые Пакеты для людей с низким доходом и особыми социальными нуждами предусматривают первые 100 минут звонков на стационарные СΥΤΑ, ежемесячно, бесплатно.

2. Поминутная оплата.

3. **Бесплатное** подключение и абонентская подписка.

УСЛОВИЯ:

i. Проведение стационарной телефонной линии для (PSTN) физических лиц, которые имеют право на эту услугу, предусмотрено только для одного помещения с указанием конкретного адреса.

ii. СΥΤΑ допускает, что несовершеннолетние, проживающие в одном помещении с родителями / опекунами, могут подать заявление за подписью родителя / опекуна, в котором обращается внимание на законодательство относительно подачи ложных сведений.

iii. Для подтверждения данных о том, что человек попадает в категорию лиц, которые имеют особые социальные нужды, он должен предоставить соответствующее свидетельство и копию удостоверения личности.

iv. **Специальные ценовые пакеты** для людей с низкими доходами или особыми социальными нуждами предлагаются только физическим лицам.

v. **Специальные ценовые пакеты** для людей с низкими доходами или особыми социальными нуждами могут использовать только лица (члены семьи), которые имеют постоянное место жительства на Кипре, как определено законодательством Республики.

vi. Люди, имеющие право на эти льготы обязаны подать письменное заявление при личном посещении магазина СΥΤΑ, или прислать по факсу.

8.2. СЕА - Кипрское Энергетическое Управление (КЭУ)

В КЭУ предусмотрели специальный тариф 08 для многодетных и материально неблагополучных семей.

Тариф 08 предусмотрен для следующих категорий граждан:

- Многодетные семьи или семьи из пяти человек с тремя или более детьми на иждивении, с годовым доходом семьи до € 51,258. Критерий доход € 51,258 для совокупного годового дохода семьи увеличивается постепенно на € 5,126 для каждого дополнительного ребенка-иждивенца более четырех.
- Материально неблагополучные семьи, получающие социальную помощь от Управления социального обеспечения.
- Семьи, получающие пособия по инвалидности от Департамента по социальной интеграции инвалидов.

Право на получении услуг по тарифу 08 имеют указанные выше лица или, при условии, что счет за электричество выписывается на их имя или им их супруга. Заявление должно быть подано лицом, которое имеет право на получение этой льготы.

Плата за электроэнергию, базовая цена € 300 / т. за каждые два месяца, на основе данного тарифа являются:

Тариф за единицу		Фиксированный тариф на основе всего потребления	
Единица	Цент/kWh	Кол-во единиц	€ /за два месяца
Первые 1000 единиц	11,26	0-1000	1,34
Следующие 1000 единиц	12,60	1001-2000	4,28
Дополнительные единицы	15,01	2001+	5,36

Оговорка по топливу:

Каждые два месяца плата за каждую единицу будет либо увеличиваться, либо уменьшаться в зависимости от текущей цены в условиях корректировки цен на топливо при каждом увеличении 5 центов или снижения базовой цены в размере € 300 стоимости топлива за метрическую тонну, стоимость которого будет определять КЭУ в течение первых двух месяцев, исходя из рыночной цены на топливо.

Примечание: Действующие условия и полоржения применяются и являются неотъемлемой частью тарифа.

8.3. Кипрские авиалинии - Cyprus Airways

Кипрские авиалинии предлагают людям с аутизмом скидку 20% на все действующие тарифы при предъявлении соответствующего удостоверения. Вышеуказанная скидка не включает аэропортовые сборы и любые другие дополнительные расходы и предоставляется при продаже билетов.

Перевозка пассажиров осуществляется при наличии мест на рейсах самолетов Cyprus Airways в момент бронирования.

Бронирование должно быть сделано через справочный центр пассажиров авиакомпании Cyprus Airways (тел. 80000008), при условии, что на день бронирования есть места для данной категории лиц. Выдача билета должна производиться непосредственно в кассе авиакомпании Cyprus Airways.

Более подробная информация по адресу:

<http://cyprusair.com/>

9.0 ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заканчивая настоящее руководство, становится возможным создание ясной картины реальности Кипра относительно аутизма. Итак, существует четыре элемента, задействованных в вопросе Аутизма: Правительство, негосударственные организации, общество и родители. Без сомнения, со времени образования и вовлечения Кераку в вопрос Аутизма, значительное улучшение было достигнуто во всех этих четырех элементах. Основополагающее сообщение через данное исследование состоит в том, что, несмотря на усилия и прогресс, который уже достигнут на всех уровнях, требуется сделать еще больше работы для того, чтобы гарантировать достижения базового принципа – право каждого ребенка и каждой семьи получить поддержку.

Если государственные службы занимаются вопросом Аутизма, то в этом вопросе задействованы четыре Министерства (Здравоохранения, Образования, Труда и Социального Страхования, и Финансов). Тем не менее, во многих случаях требуется согласованной работы всех четырех Министерств, а это приводит к задержкам или даже к остановкам в работе, что никак не ведет к эффективному решению проблемы.

Более того, существующую нехватку денег, а также бюрократии можно избежать если бы законы осуществлялись на практике, в которых определяется роль каждой услуги, требуемой для выполнения, или желательно, чтобы была создана головная организация, которая бы объединила участие всех соответствующих организаций и создала бы объединенную и общую стратегию поведения относительно Аутизма. Например, в Португалии, ранняя коррекция, основанная на межотраслевом взаимодействии, включая не-государственные организации (НГО). В дополнение к этому, существует Закон о ранней коррекции, который определяет ответственности каждого Министерства (Образования, Здоровья и Социального Страхования).¹

В такой организации должны работать профессионалы, такие как известные юристы (барристеры), государственные чиновники, финансовые консультанты, работники в сфере образования, родители и другие. Идеально, чтобы такая организация могла обеспечивать, чтобы все действия были правильно выполнены, наиболее подходящим образом и эффективно, а также, чтобы она предоставляла руководство для предотвращения обычных действий, а также использовала весь опыт, и чтобы ее

¹ Европейское Агентство Развития Образования со специальными потребностями: www.european-agency.org

постоянное внимание было сконцентрировано на этой проблеме. Желательно, чтобы такая организация поощряла государство на создание государственных учреждений, которые бы в свою очередь предлагали бы все необходимые услуги людям, страдающим от аутизма, всех возрастов.

Относительно области коррекции, идеально, чтобы это была команда специалистов, которая состоит из детского невролога, детского психиатра, психолога, педагога-дефектолога, логопеда и других, которые будут работать с ребенком постоянно и на регулярной основе. Такие специалисты будут отслеживать его/ее прогресс как в школе, так и в домашней обстановке, как это происходит в других странах.

Существует значительная обеспокоенность об образовании детей, которые определены в группу аутизма, и в данном руководстве приводятся некоторые примеры, когда на детей обратили внимание после ознакомления с соответствующей литературой, в надежде что в скором будущем таким людям будут предложены наилучшее, и что им будет предоставлена соответствующая помощь, используя самый подходящий подход.

Обзор исследований и доступных ресурсов в отношении людей с аутизмом, показывает больше чем что-либо еще, что их образование требует специализации. К сожалению, часто наша система образования не имеет достаточных ресурсов поддержки и услуг для детей с аутизмом. Исходя из выше изложенного, рекомендуется Министерству Образования позволить выбранному персоналу получать соответствующее образование и специальные навыки, которыми они руководствуются в работе. В Квинсланде, Австралия, для детей с синдромом Аспергера предусмотрены рекомендуемые для посещения преподаватели. Определенный специальный преподаватель может посещать класс для того, чтобы понаблюдать за ребенком и быть источником поддержки, предоставляя объяснения, стратегии поведения для преодоления трудностей и обучения учителей. Во всех случаях, когда дистанция является преградой, технологии поддерживают процесс через применение видео и телеконференций. Обязательно, чтобы персонал и старший руководящий персонал в различных частных Центрах, которые специализируются на заботе о детях с особыми потребностями в образовании с целью ухода, обучались так, чтобы достигались наилучшие результаты.

Относительно НГО, фундаментальное значение и решающую роль их усилия имеют в их участии в социальных делах, что сейчас стало очевидным, особенно благодаря тому, что деятельность и способ действия этих организаций более гибкий по сравнению с государством. Кроме того, люди с аутизмом и их родители, или окружение находят себя в худшем положении, когда они не объединены со специальным центром по вмешательству в Кипрской Ассоциации Аутистов районов Лимассол, Никосия и Пафос. В дополнение к этому, через объединение таких людей в НГО, они могут получать пользу и финансовую и социальную, поскольку они получают возможность для социализации и во избежание социальной изоляции, с чем они могут столкнуться. В настоящий момент, важно подчеркнуть недостаток

специализированных центров в Ларнаке и полное отсутствие предоставления подобных услуг в селах.

Контактируя с родителями, становится понятно, что главное, о чем они беспокоятся, особенно те родители, у которых взрослые дети с аутизмом, что их ожидает впереди. Например, лишь в редких случаях родители в состоянии предоставить специальные жилищные условия и заботу о своих детях во внешних организациях и домах-интернатах для инвалидов, когда они сами уже будут не в состоянии заботиться о них. Наше предложение состоит в том, чтобы создать Центры с общежитиями в каждом крупном городе Кипра, где будет работать специально обученный персонал, и где дети с такими отклонениями смогут жить. Такое решение предоставит как родителям, так и детям чувство защищенности и самостоятельность.

Важное открытие из исследований относительно способа, как родители принимают факт, что их дети попадают в сегмент аутизма. Психологическое состояние родителя, который впервые столкнулся со словом «аутизм», несомненно, очень негативное. На протяжении диагностики, некоторые родители фактически не могут видеть реальность стараются любым возможным путем исключить возможность, что их ребенок может попасть в спектр заболевания аутизмом. На данном этапе, временное вмешательство специально обученного персонала, который найдет подход к родителям профессиональным путем, может играть важную роль. Подход к родителям правильным и подходящим способом в области их психологического состояния, является, к сожалению, частью процесса, которому в нашей стране не уделяется достаточного внимания.

Помимо психологической поддержки, обязательно предложить родителям обучение, благодаря которому они почувствуют себя сильными, которое поможет развить более радостный способ общения с их ребенком, и они в свою очередь будут в состоянии обучать своего ребенка приемлемому поведению в его/ее собственном окружении. К сожалению, обучение родителей главным образом не существует на Кипре. Этот вид услуги предлагают только очень малое число частных центров, и оно стоит дорого, то, что делает его недоступным для большинства семей.

На данном этапе, стоит отметить совет одной мамы: «как мать ребенка с аутизмом, я бы хотела подчеркнуть насколько важно для родителей читать об аутизме, понимать его и принимать их ребенка с его/ее проблемой. Чем раньше они это сделают, тем раньше они будут в состоянии помочь своему ребенку. Они знают своего ребенка лучше, чем кто-либо еще».

Другой важный вопрос, который возникает в результате из исследования, это предубеждение и игнорирование, что существует в обществе Кипра относительно вопроса аутизма. При отсутствии осведомленного сознания, только лишь слыша об аутизме, аутизм вызывает страх. Поэтому, крайне важно повышать осведомленность и чувствительность, чтобы способствовать принятию особенностей таких личностей и их плавному их вливанию в общество.

В общем, было бы идеально, если бы стало возможным создание государства с развитой социальной системой, а также общую политику для каждого действия, которой бы государственные и негосударственные организации могли бы следовать, и которая бы содействовала бы наилучшим интересам детей с аутизмом и всех детей со специальными нуждами, в общем.

В завершение, подчеркивается, что это руководство является только частью работы, которая нуждается в постоянном пересмотре, поскольку постоянно появляется разная информация по вопросу аутизма. Кераку имеет желание продолжать собирать обновленную информацию и предлагает всем, кто задействован в вопросе аутизма, также продолжать это делать, так как с их помощью, а также с помощью соответствующих лиц, мы сохраним все эти усилия и не дадим им угаснуть.

10.0 Еще несколько мыслей

«Для меня было большим удовольствием прочитать Практическое Руководство для Людей с Аутизмом на Кипре: права и положения от государственных и негосударственных услуг. Когда я прочитала его, я мысленно перенеслась на годы назад, когда мы, будучи родителями, прошли через это, начиная с того дня, когда мы услышали слово «аутизм», и не знали, что это значит и куда обратиться за помощью. Все родители, кто ведет борьбу вслепую, чтобы пройти этот сложный путь, могут оценить сегодня огромное значение данного Руководства для родителей, которые только получили диагноз и которые буквально растеряны. Наш путь длинный и трудный. Давайте соберем все правильные инструменты, которые помогут нам сделать жизнь наших детей и наших семей лучше».

Мама ребенка с аутизмом

«Родители являются наилучшими экспертами в отношении своих детей и их видение развитие их детей, особенно относительно общения, поведения и социализации, должны быть серьезно немедленно приняты специалистами в области здравоохранения, которые работают с детьми. Раннее вмешательство является важным в ранней терапевтической коррекции, что ведет к лучшему качеству жизни семьи и ребенка».

Д-р Христос Христофи, педиатр-специалист в области нарушения развития

«У вас есть право улыбаться, смеяться, быть счастливым, быть грустным, плакать, обижать, думать, слышать, касаться, чувствовать запахи, ощущать красоту и вы определенно имеете право любить любым способом, каким только вы хотите, пока это красиво! Красота души – это самая выдающаяся сила вашего существования! Будьте одним из тех, кто продолжит эти чувства!»

Мария Кириаку, преподаватель-психолог

11.0 ССЫЛКИ

1. Американская ассоциация психиатров Руководство по диагностике и статистическому учету психических заболеваний, М-е издание:
<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=94#>

2. Aston, C.M. (2002). The other half of Asperger syndrome. Autism Asperger Publishing Company.

3. Подход к трудностям, ребенку, семье «Хартия по правам лиц с аутизмом»
<http://www.proseggisi.gr/?p=373> (15/06/12)

4. Сеть по контрольному исследованию аутизма и расстройств развития Год 2008 Главные исследователи; Центры по контролю и профилактике заболеваний CDC). Распространенность расстройств аутистического спектра-- Сеть по контрольному обследованию аутизма и расстройств развития, 14 центров/сайтов, США, 2008. Еженедельная сводка данных о заболеваемости и смертности Итог Исслед. 30 марта 2012; 61(3):1-19

5. Ben-Sasson A, et al (2009) A Meta- Analysis of Sensory Modulation Symptoms in Individuals with Autism Spectrum Disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 39, 1-11.

6. Bent S, et al (2012) Brief report: Hyperbaric oxygen therapy (HBOT) in children with autism spectrum disorder: a clinical trial. J Autism Dev Disord. 42(6):1127-32.

7. Bolton PF et al (2011) Epilepsy in autism: features and correlates Br J Psychiatry. 198(4):289-94.

8. Buie T. et al (2010) Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: a consensus report. Pediatrics, 125 Suppl 1: S1-18.

9. Buie T. et al (2010) Recommendations for evaluation and treatment of common gastrointestinal problems in children with ASDs. Pediatrics, 125 Suppl 1: S19-29.

10. Bundy A. et al (2002) Sensory Integration Theory And Practice. FA DAVIS COMPANY PHILADELPHIA 2002.

11. Brereton A., King N., Kiomall M., Mackinnon A., Rinehart N., Tonge M.D., 2006 “Effects on Parental Mental Health of an Education and Skills Training Program for Parents of Young Children With Autism: A Randomized Controlled Trial”. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* -Volume 45-5.
12. Canitano & Vivanti (2007) Tics and Tourette syndrome in autism spectrum disorders. *Autism*. 11(1):19-28.
13. Charman & Baird (2002) Practitioner review: Diagnosis of autism spectrum disorder in 2- and 3-year-old children. *J Child Psychol Psychiatry*. 43(3):289-305.
14. КЛИНИЧЕСКАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ: Краткое руководство для родителей и специалистов АУТИЗМ / ПЕРВАЗИВНОЕ РАССТРОЙСТВО РАЗВИТИЯ: ОЦЕНКА И ВМЕШАТЕЛЬСТВО ДЛЯ МАЛЕНЬКИХ ДЕТЕЙ (в возрасте от 0 до 3 лет) <http://www.health.ny.gov/publications/4216.pdf>
- 15 Dawson G. (2008) Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Dev Psychopathol*. 20(3):775-803.
16. Disability Now “European Union” <http://www.disabled.gr/lib/images/33345.pdf> (15/06/12)
17. Dhossche DM, et al (2006) Blueprints for the assessment, treatment, and future study of catatonia in autism spectrum disorders. *Int Rev Neurobiol* 72: 267-284.
18. Dossetor, DR. (2007) “All That Glitters Is Not Gold”: Misdiagnosis of Psychosis in Pervasive Developmental Disorders - A Case Series. *J Clin Child Psychol Psychiatry* 12: 537-548. 136
19. Duffy & Fhals (2012) A stable pattern of EEG spectral coherence distinguishes children with autism from neuro-typical controls - a large case control study. *BMC Med*. 26;10(1):64.
20. Encefalos-Archia Neurologias kai Psichiatrikis <http://www.encephalos.gr/>
21. Европейская Комиссия: Трудоустройство, социальная политика и участие «Люди с ограниченными возможностями» <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=429&langId=el> (15/06/12)
22. Европейский Комитет «Правосудие и права граждан» http://ec.europa.eu/news/justice/101115_el.htm (15/06/12)
23. Filipek PA, et al. (2000) Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology* 55: 468–479.
24. Fink M, et al (2006). Catatonia in autistic spectrum disorders: a medical treatment algorithm. *Int Rev Neurobiol* 72: 233-244.
25. Francis K (2005): Autism interventions: a critical update. *Dev Med Child Neurol.*,

47(7):493-9.

26. Francis K (2012). The projection of Autism Spectrum Disorders (ASD) in adult life. *Psichiatriki* 23: 66-73
27. Geretsegger M, et al (2012) Randomised controlled trial of improvisational music therapy's effectiveness for children with autism spectrum disorders (TIME-A): study protocol. *BMC Pediatr.* 12:2.
28. Gerland G. A real person: Life on the outside. Souvenir Press, London, 2003.
29. Grandin T, Scariano M. *Emergence: Labelled autistic*. Arena, Novato, CA, 1986.
30. Ghanizadeh A. (2012) Hyperbaric oxygen therapy for treatment of children with autism: a systematic review of randomized trials. *Med Gas Res.* 11;2:13.
31. Grafodatskaya D, et al (2010) Autism spectrum disorders and epigenetics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 49(8):794-809.
32. Hallmayer J, et al (2011) Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Arch Gen Psychiatry.* 68(11):1095-102.
33. Harari S. (Social worker, rehabilitation Specialist) 2011, "How to share with parents A.S.D diagnosis", paper presented to the autism conference for Early Diagnosis and Early Intervention in Pre-School Children with Communicative Difficulties, 30th March 2011.
34. Helt M, et al (2008) Can children with autism recover? If so, how? *Neuropsychol Rev.* 18(4):339-66.
35. Howlin P. (2003) Outcome in high-functioning adults with autism with and without early language delays: implications for the differentiation between autism and Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord.* 33(1):3-13.
36. Jacob S, et al (2009). Autism spectrum and obsessive-compulsive disorders: OC behaviors, phenotypes and genetics. *Autism Res* 2: 293-311.
37. Jepson B, et al (2011) Controlled evaluation of the effects of hyperbaric oxygen therapy on the behavior of 16 children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 41(5):575-88.
38. Kakooza-Mwesige A. et al. (2008) Catatonia in autism: implications across the life span. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 17(6):327-35.
39. Kanner L. (1943) Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 2, 217-250.
40. Kim YS, et al (2011) Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *Am J Psychiatry.* 168(9):904-12.
41. Kolvin I. et al. (1971) I-VI articles on childhood psychoses. *BJP* 118:381-419.

42. Kotagal S. & Broomall E. (2012) Sleep in Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatric Neurology* 47(4): 242-251.
43. Kot J. & Mathieu D. (2011) Controversial issues in hyperbaric oxygen therapy: a European Committee for Hyperbaric Medicine Workshop. *Diving Hyperb Med.* 41(2):101-4. 137
44. Laidler JR. DAN! (2001) Mercury Detoxification Consensus Group. DAN! (Defeat Autism Now) Mercury Detoxification Consensus Group Position Paper. San Diego, CA: Autism Research Institute.
45. Lord C, et al (2006) Autism from 2 to 9 years of age. *Arch Gen Psychiatry.* 63(6):694-701.
46. Mailloux Z (2001) Sensory integrative principles in intervention with children with autistic disorder. In: Smith-Roley S, Imperatore- Blanche E, Schaaf RC, editors. *Understanding the Nature of Sensory Integration with Diverse Populations.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation. p 365–382.
47. Закон об умственно-отсталых лицах от 1989г. был выдан путем публикации в официальной кипрской Газетт согласно Статье 52 Конституции. L.117/1989
48. Millward C, Ferriter M, Calver S, Connell-Jones G. (2004) Gluten- and caseinfree diets for autistic spectrum disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2: CD003498.
49. Министерство внутренних дел – Районные администрации, Схемы по улучшению жилищных условий получателей социального обеспечения, [http://www.moi.gov.cy/moi/moi.nsf/all/C51CE7A076D585CC2257AA100327B97/\\$file/STE KASTIKI_2011_FOR_WEB.pdf?openelement](http://www.moi.gov.cy/moi/moi.nsf/all/C51CE7A076D585CC2257AA100327B97/$file/STE KASTIKI_2011_FOR_WEB.pdf?openelement)
50. Muller-Bolla, et al. (2006) Side effects of hyperbaric oxygen therapy in children with cerebral palsy. *Undersea Hyperb Med.* 33(4):237-44.
51. Национальное аутистическое общество: круг друзей: поощрение включения и взаимодействия. <http://www.autism.org.uk/16877>.
52. Nye C, Brice A. (2002) Combined vitamin B6-magnesium treatment in autism spectrum disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 4: CD003497.
53. Ozonoff S, et al (2011) Recurrence risk for autism spectrum disorders: a Baby Siblings Research Consortium study. *Pediatrics.* 128(3):e488-95.
54. Ozonoff S, et al (2009) How early do parent concerns predict later autism diagnosis? *J Dev Behav Pediatr.* 30(5):367-75.
55. Papageorgiou V. “Therapeutic approaches to autism spectrum disorders”. *Encephalos Archia Neurologias kai Psichiatrikis.*
56. Parham LD, et al (2011) Development of a fidelity measure for research on the

effectiveness of the Ayres Sensory Integration intervention. *Am J Occup Ther.* 65(2):133-42.

57. Reaven J. (2011) The treatment of anxiety symptoms in youth with highfunctioning autism spectrum disorders: developmental considerations for parents. *Brain Res.* 1380:255-63.

58. Rossignol DA, Rossignol LW, et al (2009) Hyperbaric treatment for children with autism: a multicentre, randomized, double-blind, controlled trial. *BMC Pediatr.* 13;9:21.

59. Rossignol DA, et al (2007) The effects of hyperbaric oxygen therapy on oxidative stress, inflammation, and symptoms in children with autism: an open-label pilot study. *BMC Pediatr.* 16;7:36.

60. Rutter M. (1972). Childhood Schizophrenia reconsidered. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 2,315-337.

61. Scheeringa MS. (2001) The differential diagnosis of impaired reciprocal social interaction in children: a review of disorders. *Child Psychiatry Hum Dev* 32: 71-89.

62. Schiff M, et al. (2011). Should metabolic diseases be systematically screened in nonsyndromic autism spectrum disorders? *PLoS One.* 6(7):e21932. Epub 2011

63. Shah A & Wing L. (2006) Psychological approaches to chronic catatonia-like deterioration in autism spectrum disorders. *Int Rev Neurobiol* 72: 245-264.

64. Siniscalco D et al (2012) Autism spectrum disorders: is mesenchymal stem cell personalized therapy the future? *J Biomed Biotechnol.* 2012: 480289.

65. Szatmari P, et al (2002) Quantifying dimensions in autism: a factor-analytic study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 41(4):467-7.

66. Закон об обеспечении инвалидов (2000г.), издан путем публикации в официальной газете Кипра согласно Ст.52 Конституции. L127 (I)/2000.

67. Theoharides et al (2012) A case series of a luteolin formulation (NeuroProtek®) in children with autism spectrum disorders. *Int J Immunopathol Pharmacol.* 25(2):317-23. 138

68. Theoharides TC, et al (2008) Novel therapeutic targets for autism. *Trends Pharmacol Sci.* 29 (8):375-82.

69. ЮНЕСКО Сандберг Декларация. Окончательный отчет Международной Конференции ЮНЕСКО и Правительства Испании, Малага, Испания, 2-4 ноября, 1981г.

70. Организация Объединенных Наций «Конвенция по устранению всех форм дискриминации против женщин». Провозглашенная Комитетом Комитета под таким

же названием (КУДПЖ), 30-го сентября 1996г. Документ КУДПЖ/ С/ТЗА/2-3-/30-9-1996.

71. Организация Объединенных наций «Конвенция по правам ребенка». Провозглашенная Генеральной Ассамблеей ООН 12 декабря 1989г. Док. А/RES/44/25/12-12-1989.

72. Организация Объединенных наций «Конвенция по правам инвалидов». Провозглашенная Генеральной Ассамблеей ООН в Резолюции 3477 (XXX) 9 декабря 1975г.

73. Организация Объединенных наций «Конвенция по правам умственно отсталых людей». Провозглашенная Генеральной Ассамблеей ООН в Резолюции 2856 (XXVI) 20 декабря 1971г.

74. Vriend JL. et al (2011) Behavioral interventions for sleep problems in children with autism spectrum disorders: current findings and future directions. *J Pediatr Psychol* 36(9):1017-29.

75. Whitaker, P. et al (1998). Children with autism and peer group support: using circles of friends, In: *British Journal of Special Education*, 25, pp60-64

76. Wing, L. & Gould, J. (1979), "Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, pp. 11-29.

77. Wing & Shah (2006) A systematic examination of catatonia-like clinical pictures in autism spectrum disorders. *Int Rev Neurobiol.* 72:21-39.

78. Yena, A. & Yalanis, P. "Application of behavior analysis on the assessment and treatment of autism" *ENCEFALOS – ARCHIA NEUROLOGIAS KAI PSYCHIATRIKIS*, 47 (4), October-December 2010.

12.0 ДОПОЛНЕНИЯ

Комитет по защите и социально-бытовому обеспечению детей (Район Фамагуста)

Паралимни, Фамагуста, а/я5281, ул.1-го апреля, 170

Тел. 99465596/факс: 23822641

Эл.адрес: papaloucass@cytanet.com.cy

Комитет по защите прав людей с умственной отсталостью

Акрополь, ул.28-го октября, 10.

Адрес для корреспонденции: Никосия, 1680, а/я23292,

Эл.адрес: cp-mental@cytanet.com.cy

Вебсайт: www.cpmental.com.cy

Фонд Теотокос

3113, Ул.Димитри Лагиоу, 1

а/я 56473, Лимассол, 3307

Тел: 25338948/ факс: 25-387848

Эл.адрес: theotokosf@cytanet.com.cy

Фонд по защите людей с умственной отсталостью «Агиос Стефанос»

Меса Гейтония, 4006, ул.Георгиоу Неофиту, 84

а/я 51212, Лимассол, 3502

Тел. 25725136/ факс: 25715614

Вебсайт: www.agiostefanos.com.cy

Фонд оплаты за транспорт на Кипре

а/я 20590, Никосия, 1660

Тел: 22481666/факс: 22485331

Эл.адрес: csgfound@spidernet.com.cy

Вебсайт: www.cyprusportage.tripod.com

Фонд Святого Христофера

Никосия, Стрволос, 2032, ул.Стелиу Иоанну, 3

Тел: 22570095/факс: 22570099

Эл.почта: stegi@spidernet.com.cy

Вебсайт: www.saintcristopher.org.cy

Фонд Эликас

Никосия, 2015, Дасуполи, ул.Хр.Калайтзи

Тел. 22491032/ факс: 22660881

Фонд детей-инвалидов Маргариты Лиасиду
Пафос, 8310, Колони, ул.Маргариты Лиасиду, 17
Тел: 26962533/ факс: 26963331
Эл.адрес: mliasidouhome@cytanet.com.cy
Вебсайт: www.margaritafoundation.net

Фонд Доброго Самаритянина
Никосия, 2008, Акрополь, ул.Термопилон, 11
Тел: 99618836/ факс: 22496067

Общество Кипра Красного Креста
Строволос, 2063, Красный Крест Кипра
Никосия, 1309, а/я 25374,
Тел. 22666955, 22668177/ факс: 22666956.
Отделение Молодежи: 22665166
Эл.адрес: admin@redcross.org.cy
Вебсайт: www.redcross.org.cy

Банки для детей
Никосия, 2369, ул.Колокотрони 3
Тел: 22781828/факс: 22781848
Эл.адрес: caracal@cytanet.com.cy
Вебсайт: www.cansfor-kids.org

Центр по руководству для семей
Лимассол, 4152,
Панагия Панданасса (католический) холи темпл Кортиярд
Тел: 25341785-25341894/ факс: 25342083

Научно-исследовательское отделение по поведению и социальным вопросам – НИОПСВ
Никосия, 1700, ул.Македонитиссас, 46
Тел: 22841638-22841557/ факс: 22841557
Эл.адрес: phellas@cytanet.com.cy, constac@cytanet.com.cy, loizou@rubsy.org
Вебсайт: www.rubsy.org

Совет молодежи на Кипре
Никосия, 2150, а/я20282, ул.Евгениас и Андониу Теодоту, 6
Тел: 22402600/ факс: 22402700
Эл.адрес: info@youthboard.org.cy
Вебсайт: www.youthboard.org.cy

Всекипрская школа для родителей
Никосия, 1643, а/я 27298
Тел: 22754466 – 99614807/ факс: 22345103
Эл.адрес: scholigoneon@cytanet.com.cy
Вебсайт: www.scholigoneon.org.cy

Мульти-тематический терапевтический центр права на жизнь

Никосия, 2042, Строволос, ул.Илья Венеци, 9

Тел: 22518767/ факс: 22518768

Эл.адрес: dikaio mazois@cytanet.com.cy

Ассоциация родителей и друзей детей с особыми потребностями Агиос Георгиос, Ларнака.

Ларнака, 6533, Агиу Георгиу Конду

Тел: 24642144/ факс: 24660196

Эл.адрес: stgeorgeidrima@cytanet.com.cy

Агиос Спиридонас Ассоциация школ для родителей

Ларнака, 6046, Агиу Георгиу Конду, ул.Олимпу.

Тел: 24637948

Эл.адрес: scholioagiosspyridonas@cytanet.com.cy

Практическое руководство для людей с аутизмом на Кипре: Права и льготы от государственных и негосударственных учреждений.

Кепаки

ФОНД ОКАЗАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ АНДРЕАСА СОФОКЛЕУСА

155 Макариос Авеню, 3026, Протеас Хауз, 6-ой этаж

а/я 58159, 3731, Лимассол, Кипр, тел. 25849128, факс: 25849100

Info@sofocleousfoundation.org www.sofocleousfoundation.org