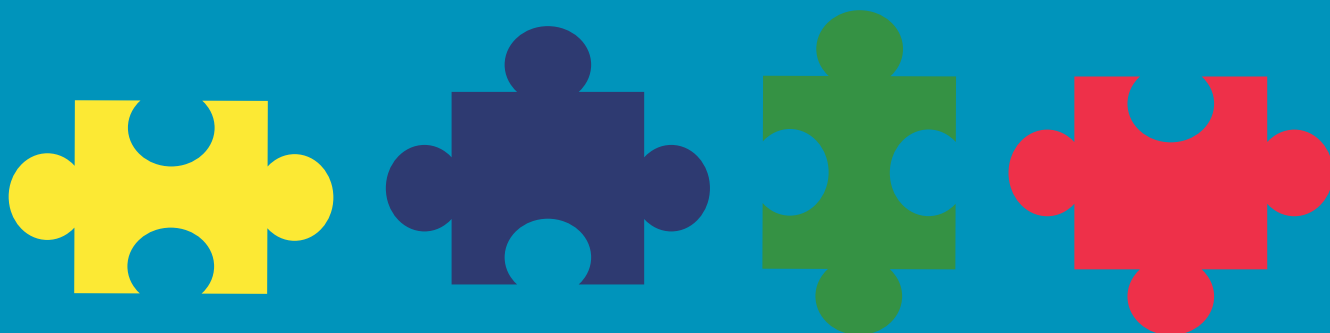


**СМЕРНИЦЕ
ЗА СКРИНИНГ,
ДИЈАГНОСТИКУ
И ИНТЕРВЕНЦИЈУ
ЗА ДЕЦУ И ОДРАСЛЕ
СА ПОРЕМЕЋАЈЕМ
ИЗ СПЕКТРА АУТИЗМА**



Београд, 2023.

СМЕРНИЦЕ ЗА СКРИНИНГ, ДИЈАГНОСТИКУ И ИНТЕРВЕНЦИЈУ
ЗА ДЕЦУ И ОДРАСЛЕ СА ПОРЕМЕЂАЈЕМ ИЗ СПЕКТРА АУТИЗМА

СМЕРНИЦЕ ЗА СКРИНИНГ, ДИЈАГНОСТИКУ И ИНТЕРВЕНЦИЈУ
ЗА ДЕЦУ И ОДРАСЛЕ СА ПОРЕМЕЋАЈЕМ ИЗ СПЕКТРА АУТИЗМА

Издавач

Институт за ментално здравље,
Милана Кашанина бр. 3, Београд

За издавача

Проф. др Милица Пејовић Милованчевић, в.д. директора

Уредник

Проф. др Милица Пејовић Милованчевић,
Медицински факултет, Универзитет у Београду;
Институт за ментално здравље, Београд

Ауџори

Проф. др Ненад Глумбић, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Универзитет у Београду

Проф. др Миодраг Станковић, Медицински факултет, Универзитет у Нишу, Центар за заштиту
менталног здравља, Универзитетски клинички центар Ниш

Др Вања Мандић Маравић, кл. асистент, Универзитет у Београду, Медицински факултет;
Институт за ментално здравље, Београд

Др Ненад Рудић, Психијатријска ординација Рудић-Стаменковић, Београд

Прим. др Ана Кесић, Клиника за неурологију и психијатрију за децу и омладину, Београд

Др Душко Ступар, Клиника за неурологију и психијатрију за децу и омладину, Београд

Прим. др Мирјана Шуловић Живковић, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Прим. др Јасминка Марковић, Круг – Ординација за деју психијатрију и психотерапију деце и одраслих,
Нови Сад

Проф. Јелена Радосављевић Кирићански, Универзитет Сингидунум, Институт за ментално здравље, Београд

Проф. Мирјана Ђорђевић, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Универзитет у Београду

Биљана Којовић, координатор компоненте 2, Пројекат „Инклузивно предшколско васпитање и
образовање”, Министарство просвете, науке и технолошког развоја, Београд

Јелена Пешић Зарић, Републички завод за социјалну заштиту, Београд

Сунчица Петровић, представник Савеза удружења Србије за помоћ особама са аутизмом

Др Јелена Зајегановић Јаковљевић, УНИЦЕФ у Србији

Рецензенти

Проф. др Радован Богдановић

Проф. др Вероника Ишпановић

Лектура

Ирена Поповић Григоров

Технички уредник

Ивана Гавриловић

Припрема и шптампа

Досије

Тираж

500

ISBN 978-86-82277-75-0

Штампано 2023. године

СМЕРНИЦЕ
ЗА СКРИНИНГ,
ДИЈАГНОСТИКУ И
ИНТЕРВЕНЦИЈУ
ЗА ДЕЦУ И ОДРАСЛЕ
СА ПОРЕМЕЋАЈЕМ ИЗ
СПЕКТРА АУТИЗМА



*Публикација се објављује поводом обележавања јубилеја
– 60 година од оснивања Института за ментално здравље,
под покровитељством Министарства здравља Републике Србије.*

ИЗВОДИ ИЗ РЕЦЕНЗИЈА

Четири године после првог издања Смерница (Министарство здравља Републике Србије, 2018), аутори су закључили да је, с обзиром на рапидан прилив нових сазнања и званични почетак примене МКБ-11, неопходно израдити проширено издање Смерница. Смернице су првенствено намењене стручњацима који раде у здравственом систему с децом предшколског и школског узраста, у првом реду педијатрима, који су у контакту с децом од најранијег узраста. Праћење раста и развоја све одојчади и мале деце, укључујући и развојни скрининг и рано откривање знакова угрожености развоја, уз предузимање специфичних мера и иницирање интервенција када су раст и развој озбиљније угрожени, чине суштину оног дела бриге о деци који су у домену саветодавног рада сваког педијатра. Смернице су намењене и патронажним сестрама и другим стручњацима – здравственим сарадницима развојних саветовалишта, стручњацима из области дечје и адолесцентне психијатрије и дечје неурологије, као и другима који раде са децом са поремећајима из спектра аутизма (ПСА). Осим тога, оне нуде корисне информације и свим другим секторима како би се разумела и подржала свеобухватна брига о деци са ПСА и њиховим породицама. Зато су Смернице корисне и за просветне и социјалне раднике, стручњаке из локалне заједнице опредељене за помоћ деци и породицама и невладине организације чији су програмски циљеви усмерени ка деци са ПСА и њиховим породицама. Оне могу помоћи и доносиоцима одлука у различитим фондовима, републичким институцијама и органима, који ће своја улагања у здравље и образовање деце и са ПСА моћи лакше да усмере у духу препоручених активности. Смернице су намењене и свим родитељима који имају децу са ПСА.

Влада Републике Србије је, у марту 2016. године, усвојила Национални програм за унапређење развоја у раном детињству. Национални програм даје приоритет повећању капацитета и квалитета одговора здравственог система у пружању подршке родитељима за рану стимулацију развоја детета (од зачећа до 6 година), јачању здравственог система за рано откривање кашњења и тешкоћа у развоју и пружању раних интервенција деци којој су оне потребне. Управо ове Смернице пружају један од одговора на који начин стручњаци треба да поступају с децом код које постоји сумња на развојна кашњења, односно на ПСА. На примарном нивоу препознавања развојних проблема, педијатри имају главну улогу у процени ризика од ПСА током редовног праћења развоја детета и систематских прегледа и током ванредних прегледа обављених на основу забринутости родитеља и других стручњака.

Педијатри у Србији су још пре десетак година започели с интензивним обукама у области раног развоја, и то на основу акредитованих програма континуиране едукације (семинари, курсеви и други видови едукације) са садржајима који одговарају потребама стицања нових знања и вештина за рано препознавање, скрининг целокупне популације на кашњења и развојне тешкоће и сметње, ране интервенције и праћење развоја деце са сметњама. Смернице се надовезују управо на потребу стицања додатних знања педијатара у области ПСА. Посебно значајан сегмент Смерница је онај који јасно указује на начин на који педијатар у разговору с родитељима може да препозна који су то кључни рани знаци, односно на који начин педијатар треба да поступи у случају да посумња да се код детета потенцијално може развити ПСА. Рано препознавање симптома ПСА је од суштинског значаја како би се правовремено спровела детаљнија процена и/или упућивање детета, када је то потребно, на додатну дијагностику у установе секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите. С тим у вези, Смернице ће побољшати капацитете педијатара за рано откривање ПСА, што је изузетно важно за спровођење раних интервенција неопходних за бољу функционалност те деце. У том контексту, став изнет у Смерницама „да су неопходни јачање капацитета педијатријске здравствене заштите за рано препознавање поремећаја развоја у раном детињству и увођење стандардизованих инструмената за скрининг и праћење развоја у свим домовима здравља” представља снажну подршку настојањима да пе-

дијатри и други профили стручњака у примарној здравственој заштити стекну потребна знања и вештине за реализацију једног од циљева Националног програма за унапређење развоја у раном детињству.

Посебно истичем огромну корист коју ће од Смерница имати педијатри и тимови развојних саветовалишта у домовима здравља. Развојна саветовалишта би требало да представљају референтна места за упућивање деце са развојним одступањима и деце са сумњом на ПСА. Тим развојног саветовалишта (педијатар, психолог, дефектолог, логопед), у сарадњи са родитељима, спроводи детаљније процене и израђује индивидуални план подршке за свако дете.

Делови Смерница са детаљним разматрањима етиологије, дијагностике и интервенција послужиће свима који раде с децом тог узраста. Смернице помажу да се превазиђу одређене неистине и заблуде о етиологији (нпр. веза вакцина и ПСА) и дају јасно препоручене третмане и друге врсте подршке за ту децу, односно њихове породице.

Ново поглавље Смерница „Транзиција ка адолесценцији и одраслом добу” свеобухватно и детаљно попуњава досадашњу празнину и значајно помаже у савладавању разноврсних и многобројних тешкоћа које се неминовно дешавају преласком из детињства у адолесценцију и доба одрасле особе.

Имајући у виду све речено, сигуран сам да ће Смернице значајно допринети својој сврси и стога препоручујем да друго издање Смерница за скрининг, дијагностику и терапију поремећаја из спектра аутизма буде прихваћено од надлежне републичке стручне комисије и Министарства здравља.

*Проф. др Радован Бојдановић,
иочасни председник Удружења педијатара Србије,
редовни члан Академије медицинских наука СЛД*

Друго допуњено издање Смерница за скрининг, дијагностику и терапију поремећаја из спектра аутизма (ПСА) појављује се четири године након првог издања (2018) као плод континуираног рада Радне групе за унапређење рада са децом и породицама деце са поремећајем из спектра аутизма коју је Министарство здравља Републике Србије образовало у априлу 2017. У том периоду су се догодиле значајне промене које су утицале на одлуку Радне групе да се претходно издање Смерница обнови и прошири.

Истраживања у области генетике, имунологије, неуробиологије ПСА убрзано су напредовала у протеклим годинама, што је довело до значајних измена у сагледавању ПСА као неуроразвојног поремећаја. У новом издању Смерница аутори су врло успешно приказали нова сазнања утемељена на доказима у области класификације, етиологије, епидемиологије, метода скрининга, дијагностике и интервенција са особама са ПСА.

Значајна промена у протеклом периоду јесте то што је у нашој земљи почела обавезна примена једанаесте ревизије Међународне класификације болести (МКБ-11), према којој је напуштено сврставање аутизма у групу первазивних поремећаја развоја и уместо тога је уведен концепт поремећаја из спектра аутизма (ПСА), који је сврстан у новоформирану групу неуроразвојних поремећаја. Увођењем тих новина у МКБ-11 постигнуто је приближавање два водећа светска класификациона система поремећаја и болести: класификација ДСМ-5 Америчког удружења психијатара и класификација Светске здравствене организације МКБ-11, чиме су омогућени јединствен приступ дијагностиковању поремећаја из спектра аутизма и упоређивање података на глобалном нивоу. Очекујемо да ће та промена омогућити прикупљање валидних и лако упоредивих статистичких података о свој деци са сметњама у развоју, укључујући и податке о деци са поремећајем из спектра аутизма, који су до сада недостајали у нашој средини.

Још једна промена из које је произашла потреба за осавремењавањем и допуњавањем претходног, првог издања Смерница јесу сазнања проистекла из вишегодишње систематске едукације и подршке здравственим радницима (педијатрима и сарадницима) у примарној здравственој заштити, а посебно у развојним саветовалиштима, у оквиру пројекта *Јачање система здравствене заштите за подршку развоју деце у раном детињству* које је спровело Удружење педијатара Србије у сарадњи са другим релевантним институцијама и уз подршку Министарства здравља и УНИЦЕФ-а. Спровођење новостечених знања и вештина, а посебно примена скрининг инструмената и метода за рано препознавање сметњи у развоју, омогућили су да се већи број деце са поремећајем из спектра аутизма рано препозна и да се изврши развојна функционална процена, али се истовремено показало да су здравственим радницима и сарадницима неопходни боље познавање и примена интервенција за децу са ПСА и њихове породице. У новом издању Смерница, поглавље о интервенцијама је значајно проширено и обухватило је нова сазнања о ефикасности појединих интервенција. Посебно истичемо да су у Смерницама приказане нове, породично оријентисане ране интервенције (ПОРИ) и тренинг родитељских вештина који се успешно спроводе и у нашој средини.

У пракси је уочено да су проблеми менталног здравља и функционалности деце и младих са ПСА нарочито изражени у периодима тзв. транзиције, преласка из доба детињства у адолесценцију, а затим и у одрасло доба. Управо због тога, у ново издање Смерница уврштено је ново поглавље посвећено специфичностима клиничког испољавања, функционалних сметњи и интервенција за особе са ПСА у периодима транзиције и у одраслом добу. Истовремено је уочено да су тешкоће у сарадњи здравствених, образовних и социјалних служби најизраженије управо у периодима транзиције. Том проблему и начинима њиховог превазилажења посвећено је посебно поглавље.

Друго издање представља огроман квантитативни и квалитативни скок у односу на прво издање из 2018. године. Написано је на 201 страни, односно двоструко је већег обима од првог издања (103 страна). Текст је подељен у 11 поглавља, од којих је пет следећих потпуно ново у односу на прво издање: „Епидемиологија”, „Етиологија”, „Транзиција ка адолесценцији и одраслом добу”, „Обезбеђивање сервиса подршке“ и „Системи подршке”. Од осам поглавља која су постојала у првом издању, шест је реорганизовано и у великом делу поново написано, тако да око две трећине укупног текста другог издања Смерница представљају потпуно нов текст, па се слободно може тврдити да је оно, у ствари, ново дело које далеко превазилази уобичајене стандарде једног приричника. Имајући у виду свеобухватност и научну утемељеност текста о ПСА сматрам да Смернице могу бити изузетно корисне и као допунска литература на специјалистичким студијама у области психијатрије, педијатрије и клиничке психологије. Текст је написан јасним језиком и стилем, са много смисла за дидактику, што додатно увећава његову вредност.

Сматрам да друго допуњено издање Смерница потпуно испуњава свој циљ, а то је да стручњацима на свим нивоима здравствене заштите и доносиоцима политика на државном и локалним нивоима пружи јасне, обједињене и на савременим научним доказима утемељене информације о ПСА, које су неопходне да би се здравствена заштита организовала и спроводила на начин који омогућава да особе са ПСА остваре своје право на здравље, које је једно од основних људских права и блиско је повезано са свим осталим правима као што су право на живот у породичном окружењу, на образовање, на укљученост у све видове живота у заједници којој особа припада. Свесрдно препоручујем да друго допуњено издање Смерница буде прихваћено од надлежне републичке комисије и Министарства здравља и да буде штампано.

*Проф. др Вероника Ишићковић Радојковић,
специјалиста неуропсихијатар за децу и младе,
редовни професор Факултета за специјалну едукацију
и рехабилитацију Универзитета у Београду, у пензији*

САДРЖАЈ

ИЗВОДИ ИЗ РЕЦЕНЗИЈА	5
Предговор другом издању	13
УВОД.....	15
Међународни оквир	16
Право на остварење услуга у Србији.....	17
Основне информације	17
Циљ Смерница.....	19
Коме су намењене (циљна група).....	19
Развој смерница.....	20
ДЕФИНИЦИЈА И КЛАСИФИКАЦИЈА.....	21
Дијагностички критеријуми.....	22
Полне и/или родне карактеристике	23
Случај Тео – 4,5 године	23
Хетерогеност класификација	24
Културна хетерогеност	25
Аутизам и неуроразличитост	25
Потенцијал за промену.....	26
Дубоки аутизам	26
ЕПИДЕМИОЛОГИЈА ПСА	27
ЕТИОЛОГИЈА ПСА	31
Клиничка етиолошка евалуација	31
Генетичка евалуација.....	31
Дечак осам година, <i>Coffin-Sirisov</i> синдром	32
Неуроимиџинг (MRI ендокранијума, електроенцефалограм – EEG).....	33
Метаболичко испитивање.....	34
Имунолошко испитивање	34
Неуробиологија у ПСА.....	34
Неуропатологија.....	34
Рани убрзан развој мозга	34
Неуроимиџинг	35
Фактори средине као ризик за развој ПСА	35
Период зачећа.....	35
Пренатални период – фактори ризика који делују у трудноћи	35
Перинатални и неонатални фактори/компликације.....	36
Интеракција генетичких фактора и фактора околине.....	36
Екранизација и ПСА	37
ПРАЂЕЊЕ РАЗВОЈА – РАНО ПРЕПОЗНАВАЊЕ	39
Претраге са циљем раног препознавања ПСА.....	40
Ниво 1: Примарно препознавање развојних проблема помоћу рутинског развојног прађења и развојног скрининга	40

Ниво 2: Циљано препознавање развојних проблема типичних за ПСА код деце под ризиком – специфичан скрининг на ПСА.....	40
Интегрисани приступ непосредно пре или у време дијагностиковања поремећаја	42
Дечак, 20 месеци.....	43
Постдијагностичка подршка и праћење развоја.....	43
ДИЈАГНОСТИЧКА ПРОЦЕНА.....	45
Компоненте дијагностичке процене	46
Прикупљање података	46
Дијагностички инструменти.....	47
Клиничка опсервација/процена (индивидуална процена/интервју).....	47
Саопштавање дијагнозе.....	48
Дијагностичка процена аутизма одраслих	50
Процена когнитивних и адаптивних капацитета особа са ПСА.....	51
ДЕТАЉНА ФУНКЦИОНАЛНА РАЗВОЈНА ПРОЦЕНА.....	53
Индивидуална процена	57
Вештине комуникације.....	57
Процена когнитивног, неуропсихолошког и адаптивног функционисања	57
Моторичке и сензорне вештине.....	57
МЕДИЦИНСКА СТАЊА ПОВЕЗАНА СА ПСА	59
Диференцијална дијагноза и коморбидитет код одраслих особа са ПСА.....	62
ТРАНЗИЦИЈА КА АДОЛЕСЦЕНЦИЈИ И ОДРАСЛОМ ДОБУ.....	63
Ива, 23 године	63
Клинички симптоми, функционалност и коморбидитет код особа са ПСА током адолесценције и одраслог доба.....	64
Значај планирања транзиције	65
Запошљавање	66
Становање	66
Партиципација у заједници.....	67
Едукација након завршене средње школе.....	67
ИНТЕРВЕНЦИЈЕ	69
Рана интервенција.....	69
Планирање и споровођење интервенција.....	70
Интервенције засноване на доказима за децу и особе са ПСА	71
Фокусиране интервенције засноване на доказима.....	73
Процедурално дефинисане интервенције засноване на доказима	75
Интервенције с ниским степеном заснованости на доказима	75
Општи принципи терапијског рада са одраслим особама са ПСА	76
Интервенције за ПСА код одраслих	77
Бихевиоралне интервенције.....	77
Когнитивно-бихевиорална терапија	77
Терапија „mindfulness“	78
Учење социјалних вештина	78
Интервенције приликом заспослења	79
Организација слободног времена	79
Интервенције подршке за родитеље/неговатеље	79
Фармаколошке интервенције за децу и младе.....	80

Општи принципи фармакотерапије деце и младих.....	80
Општи принципи фармаколошких интервенција за децу/младе са ПСА	80
Антидепресиви	80
Трициклични антидепресиви	81
Антипсихотици.....	81
Психостимуланси и други лекови за третман хиперактивности, проблема пажње и концентрације.....	82
Остали лекови.....	83
Марко, 14 година.....	84
Фармаколошке интервенције за одрасле особе са ПСА	85
Када увести фармакотерапију?.....	85
Које лекове применити?	85
Који се лекови још увек испитују?.....	85
Шта можемо применити у свакодневној пракси?.....	86
Комплементарне и алтернативне методе третмана (КАМ).....	86
Интервенције усмерене на регулисање придружених проблема.....	88
ОБЕЗБЕЂИВАЊЕ СЕРВИСА ПОДРШКЕ ДЕТЕТУ И ПОРОДИЦИ	91
Едукација професионалаца	91
Подршка у сусрет потребама.....	92
Обезбеђивање информација	93
У време постављања дијагнозе.....	93
Подршка за време транзиције.....	94
Едукација родитеља.....	96
СИСТЕМИ ПОДРШКЕ.....	97
Подршка у образовном систему.....	97
Укључивање у систем образовања и планирање транзиције	97
Транзиција.....	99
ПОДРШКА У СИСТЕМУ СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ	101

АНЕКСИ

АНЕКС 1. ДИЈАГНОСТИЧКИ КРИТЕРИЈУМИ.....	107
АНЕКС 2. ЗНАЦИ УПОЗОРЕЊА ЗА ПСА	119
АНЕКС 3. ИНДИВИДУАЛНИ ОБРАЗОВНИ ПЛАН	121
АНЕКС 4. ВРСТЕ ПОДРШКЕ У ОБРАЗОВАЊУ (11).....	122
АНЕКС 5. ИНТЕРРЕСОРНА КОМИСИЈА (ИРК)	125
АНЕКС 6. ДОДАТНА ПОДРШКА ЗА КОЈУ ЈЕ ПОТРЕБНО МИШЉЕЊЕ ИНТЕРРЕСОРНЕ КОМИСИЈЕ (ИРК)	126
АНЕКС 7. ПЕДАГОШКИ И АНДРАГОШКИ АСИСТЕНТ	128

АНЕКС 8. ЈАВНА ОВЛАШЋЕЊА ЦСР	129
АНЕКС 9. МАТЕРИЈАЛНА ПОДРШКА И УСЛУГЕ У СИСТЕМУ СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ	131
АНЕКС 10. ПРОФЕСИОНАЛНА РЕХАБИЛИТАЦИЈА И ЗАПОШЉАВАЊЕ ОСОБА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ.....	135
АНЕКС 11. ИНТЕРСЕКТОРСKE УСЛУГЕ ПОРОДИЧНО ОРИЈЕНТИСАНИХ РАНИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА (ПОРИ)	137
ЛИТЕРАТУРА.....	141



ПРЕДГОВОР ДРУГОМ ИЗДАЊУ

С обзиром на то да у науци и један дан значи много, аутори су сматрали да је после четири године неопходно направити проширено друго издање смерница. Разлози су многобројни – 11. издање Међународне класификације болести (МКБ-11) почело је званично да се примењује и донело је многе промене.

Сматрали смо да је неопходно да се у овом издању позабавимо и проблемима аутизма у одраслој популацији те је издање допуњено делом који се тиче транзиције у одрасло доба и проблематиком с којом се суочавају одрасле особе. Такође, у протеклом периоду је направљен искорак у пружању породично оријентисаних раних интервенција (ПОРИ), а ради се и тренинг родитељских вештина (*Caregiver Skills Training – CST*), те како се те нове интервенције званично користе и у нашој земљи, било је неопходно и њих описати. У међувремену су се појавила нова сазнања о ефикасности појединих интервенција, а промењене су и категорије интервенција заснованих на доказима.

Ово издање је допуњено и кратким приказима случајева са намером да се широј читалачкој публици приближи опис различитих клиничких слика овог поремећаја. На крају, најважније је да су сва поглавља унапређена новим сазнањима из области, као што је унапређен и сам списак литературе.



УВОД

Аутизам је стање од глобалног значаја због своје распрострањености и степена до којег може утицати на појединце и породице и, према актуелним проценама, погађа готово 78 милиона људи широм света (1). У Смерницама ћемо користити термине – аутизам и поремећаји из спектра аутизма (ПСА)(2). Истраживања су показала да они који имају аутизам више воле да их ословљавају као аутистичне особе, образлажући да израз „особа са аутизмом” имплицира да је то нешто што се може мењати, што могу да оставе, превазиђу и сл. Примедба је да израз „особа са аутизмом” потиче из медицинске литературе, те се његовом употребом аутизам медиализује. Сматрају да термини које користе лекари и истраживачи не морају да се користе и у свакодневном животу (3). Сматра се да је најисправније питати особу са којом комуницирамо како жели да је ословљавамо, односно који термин она користи.

Свест о аутизму је изузетно порасла у последњих 20 година и сада знамо да се, уколико се са интервенцијама почне на време, може много учинити да се побољшају животни исходи за веома хетерогену групу деце и особа са аутизмом. Она је хетереогена – јер не постоји особа с истом клиничком сликом, а сваки појединац је јединствен и ако задовољава постављене општепознате и признате дијагностичке критеријуме. Да би се побољшали животни услови деце и особа с аутизмом као и њихових породица, неопходна су улагања у науку усмерену на практична клиничка питања и на социјалне и услужне системе који признају и омогућавају потенцијал за промене и раст особа с аутизмом.

Особе са ПСА чине једну од најосетљивијих група, имају отежан приступ одговарајућим услугама и ретко достижу или одржавају задовољавајући ниво развоја и здравља. Особе са ПСА припадају групи особа са инвалидитетом и сметњама у развоју, а без додатне подршке у области здравствене заштите, рехабилитације, социјалне заштите, образовања и васпитања и одрастања у породичном окружењу, развој и здравље им могу бити озбиљно угрожени.

Аутизам је хетероген и захтева персонализоване процене и интервенције засноване на доказима, доступне и приступачне свакој особи, које могу побољшати животе појединаца и њихових породица. Особе са аутизмом имају сложене потребе, а испуњавање тих потреба захтева координацију између здравственог, образовног, социјалног и финансијског сектора током читавог животног века, као и њихово активно укључивање и учешће. Постепена нега и персонализовани приступ пружању услуга и праћење ефективности током времена пружају оквир за ефикасну и правичну расподелу ресурса за побољшање исхода. Због тога је потребно више информација о

економским и личним последицама аутизма да би се омогућила правовремена и континуирана подршка.

Деца и особе са аутизмом и они са другим неуроразвојним стањима имају много сличних потреба те ће развој одговарајућих система неге и подршке за особе са аутизмом такође побољшати исходе за особе са другим неуроразвојним стањима. На крају, вредновање аутизма и неуроразличитости користи друштву у целини, а истраживања која ће резултирати тренутним побољшањем живота деце и особа са аутизмом као и њихових породица треба да имају приоритет.

Међународни оквир

Потреба за заштитом и унапређењем права деце са инвалидитетом и сметњама у развоју истакнута је у кровним међународним конвенцијама које је ратификовала и Република Србија. Конвенцијом о правима детета уводе се забрана свих врста дискриминације на основу инвалидитета и обавеза обезбеђивања услуга за децу са инвалидитетом како би им се омогућило да остваре највиши могући степен друштвене интеграције. После усвајања Конвенције о правима особа са инвалидитетом редефинисан је концепт инвалидитета и фокус је померен са медицинског модела (усмереног на оштећење које треба лечити и на недостатке појединца) ка социјалном моделу (у оквиру кога се инвалидитет посматра као последица окружења – социјалног, физичког, програмског, културног – које постављањем баријера онемогућава пуну партиципацију особа и деце са инвалидитетом) (4).

У Резолуцији УН, која је усмерена на социоекономске потребе појединаца, породица и друштва повезане са ПСА и другим развојним сметњама и инвалидитетом (усвојена 2014. године), указује се на права особа са ПСА, али и на обавезе држава чланица. У њој се посебно истиче да се:

- сметње и тешкоће у развоју и рано препознавање симптома аутизма морају препознати у свим политикама и програмима повезаним са развојем деце у најранијем детињству,
- морају развити политике и програми, као и адекватна регулатива и мултиресорни планови (то подразумева подизање свести јавног мњења и кампање за скидање стигме, што се мора подржати са довољно људских, финансијских и стручних ресурса),
- морају развити стратегије за рано препознавање и интервенције у заједници за децу и особе са ПСА и другим развојним сметњама и тешкоћама,
- мора развити адекватна инфраструктура за заједнички приступ, укључујући образовање, негу, подршку, интервенцију, сервисе и рехабилитацију деце и особа са ПСА и са другим развојним сметњама и тешкоћама у развоју,
- мора омогућити друштвена и психолошка помоћ породицама чији чланови имају сметње и тешкоће,
- мора промовисати значај истраживања и примене интервенција у свим ресорима и да се интервенције морају заснивати на доказима,
- морају јачати инклузивни едукативни програми прилагођени малој деци и особама са аутизмом,
- морају развијати стручна знања и заједнички приступ у интервенисању, који се мора заснивати на доказима.

На сметње и тешкоће у развоју, нарочито ПСА, указала је и Генерална скупштина Уједињених нација 2007. године у Декларацији о 2. априлу као Светском дану подизања свести о аутизму.

Право на остварење услуга у Србији

Иако је Србија у великој мери реформисала законе и јавне политике у областима релевантним за права деце и особа са сметњама у развоју и инвалидитетом, те особе се и даље суочавају са значајним тешкоћама у доступности и квалитету социјалних, здравствених и образовних услуга, а њихове породице се суочавају са проблемима сиромаштва и недовољне финансијске подршке за додатне трошкове инвалидности (5).

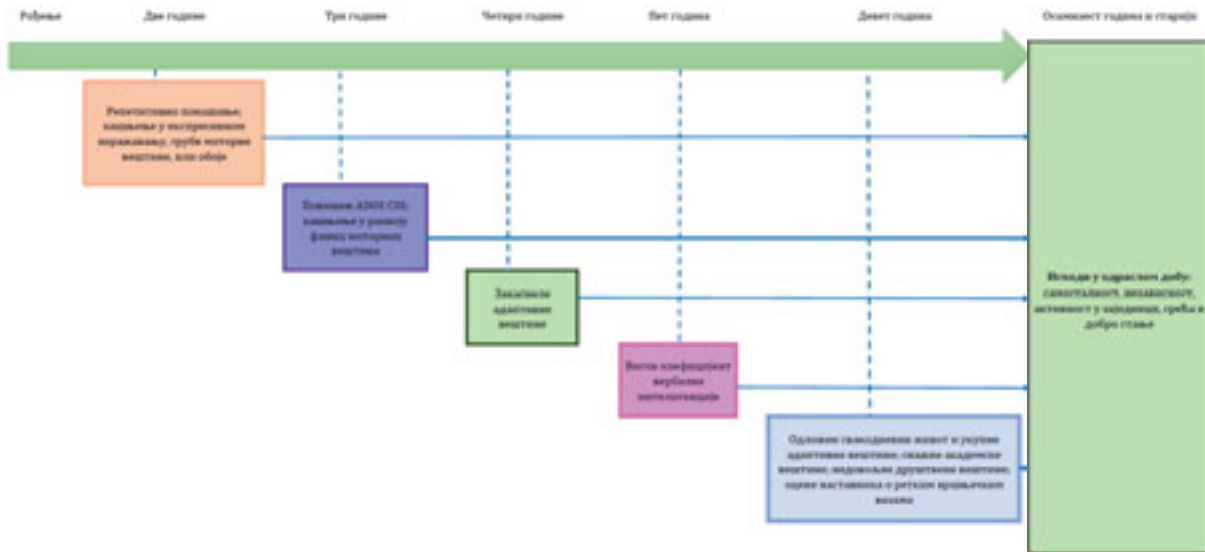
Здравствени систем је један од система који има најснажнији утицај на добробит деце са сметњама у развоју и инвалидитетом због тога што је то први систем који може да пружи подршку детету и породици и због значаја здравствене подршке (6). Законодавни и стратешки оквир у Републици Србији гарантује универзалну доступност здравствених услуга за сву децу, а тренутно се развија и унапређује мрежа развојних саветовалишта, у којој би се деци са сметњама у развоју већ на примарном нивоу здравствене заштите пружила индивидуализована и прилагођена подршка (7).

Иако се последњих година ради на унапређењу квалитета рада педијатријске и патронажне службе како би могле да одговоре на потребе породица у најранијем детињству, посебно деце са тешкоћама и сметњама у развоју, потребе тих породица још увек нису задовољене. Наиме, развојна саветовалишта, у којима кључну улогу имају педијатри и здравствени сарадници, и даље не располажу адекватним ресурсима и нису регионално равномерно дистрибуирана, па су зато приступ и квалитет рада неуједначени. Због начина вођења података, број деце са сметњама у развоју која користе услуге здравствене заштите тренутно није могуће проценити.

Регистар деце са сметњама у развоју почео је практично да се примењује 2022. године, те се очекује значајан напредак у евиденцији. У претходном периоду Министарство здравља је приступило изради смерница за скрининг, дијагностику и третман деце са одређеним тешкоћама и сметњама у развоју. Пред вама је проширено друго издање Смерница за скрининг, дијагностику и интервенције са особама са ПСА.

Основне информације

У последњих 60 година аутизам и други неуроразвојни поремећаји су привукли велико интересовање стручне, али и опште јавности. Значајан напредак је постигнут у многим областима основне и примењене науке, али су и ограничења знања и разумевања аутизма такође врло јасна. Иако се умножава број литературе посвећене бољем разумевању аутизма, и даље су најдоказивије само оне чињенице које се тичу краткотрајних интервенција и њихови добици – с друге стране, подаци о разумевању етиологије, варијететима клиничке слике и сл. још увек су разноврсни, неуједначени, а тиме и непоуздани. Такође, остају велике празнине у разумевању кључних питања, на пример, које интервенције и стратегије подршке су ефикасне за кога и када и које интервенције доводе до промена изван њихових непосредних исхода. У основи тих отворених питања је озбиљан недостатак информација о томе који су то кључни елементи или механизми, бихевиорални или неуробиолошки, који доприносе промени. Та питања су посебно важна јер се аутизам препознаје и код мале деце и код значајно старијих и скоро увек је праћен другим тешкоћама у развоју, понашању и менталном здрављу или другим стањима која имају велике импликације на функционалност индивидуе.



Слика 1. Прекретнице наведене према добу у којем постају предиктивне за функционисање одраслих особа

ПСА је развојни поремећај чија се преваленција последњих година повећава и који се све више проучава и разматра. Сви стручњаци укључени у рад са децом с тим поремећајем, младима и њиховим породицама свесни су неопходности правовременог препознавања симптома, постављања дијагнозе и потребе за раним интервенцијама. Повећање јавне заинтересованости за ПСА обично је повезано и с већим очекивањима од самих служби које спроводе рану идентификацију и дијагностику, односно од свих оних који пружају интервенције. Због тога се указала потреба да се израде смернице и омогући уједначавање процедура за рано препознавање знакова и симптома, односно да се стручна и шира јавност упознају с актуелним научним доказима о квалитетној помоћи и подршци тој групи деце и њиховим породицама.

Рано препознавање симптома карактеристичних за ПСА и постављање правовремене дијагнозе представља изазов и подразумева одговорност стручњака да се ти поступци реализују у што ранијем узрасту како би се интервенције пружиле увремењено. У том узрасту родитељи су најважнија подршка и ослонац развоју и животу детета. Због тога брига о развоју детета подразумева и бригу о родитељима и родитељству. С друге стране, суочавање породице са сумњом на ПСА, а након тога и са дијагнозом, њеним хроничитетом и још увек недовољно бројним и развијеним службама за пружање подршке у најранијем узрасту, захтева укључивање више професионалаца из различитих области (педијатара, психолога, дефектолога, васпитача, наставника, педагога, стручних тимова за инклузивно образовање у школама, терапеута и других особа обучених за рад са децом са ПСА и њиховим породицама, социјалних радника, дечјих психијатара и др.) уз могућност координисаног рада. Мултидисциплинарни и мултисекторски приступ деци, младима и њиховим породицама омогућиће да породице добију увремењену и бољу помоћ. Тај приступ је изузетно значајан ако се има у виду да су интервенције са децом и особама са ПСА усмерене првенствено на повећање њихове функционалности, на унапређење њихових животних вештина и равноправно учешће у породици, слободним активностима, вртићу и школи те друштву у целини. Брига о детету стога обухвата бригу о његовом образовању и остваривању свих других права, између осталог, и права на заштиту од дискриминације која је веома изражена у нашем друштву.

Циљ Смерница

Сврха Смерница јесте да се обједине информације о дефиницији, етиологији, класификацији и на доказима заснованим методама скрининга, процене, дијагностике и интервенције за децу и особе са ПСА. Те информације приказују тренутно најбоље примере из праксе, прилагођене могућностима у Србији, и дају смернице за њихову примену.

Смернице пре свега треба да помогну практичарима који се баве децом и особамаса ПСА и њиховим породицама, а заснивају се на најбољим доказима који су били доступни у време када су писане.

У области проучавања ПСА срећу се бројне контроверзе – стручњаци и даље глобално нису постигли консензус о скринингу деце на ране знаке тог поремећаја, етиологија још није јасно утврђена, а када су у питању интервенције, не постоје прецизно одређени кораци у поступању. Отуда породице лутају између стручњака и нуде им се различите интервенције, од којих неке нису научно доказане, а понекад могу бити и штетне. Због тога је намера аутора Смерница да на једном месту обједине све доступне и актуелне информације и тако породицама и свим стручњацима који се баве ПСА олакша пружање најбоље могуће подршке деци, младима и одраслим особама.

У свету су објављене многе смернице сличне намене и сличног садржаја. Све се оне заснивају на општеприхваћеним чињеницама, приказују важеће дијагностичке, етиолошке и терапијске опције, а већина њих је узета у обзир приликом конципирања ових смерница. Међутим, постојеће светске смернице нису потпуно применљиве у нашој средини, па ћемо у овим смерницама покушати да прикажемо актуелна и постојећа достигнућа у области проучавања ПСА и да их формулишемо тако да буду употребљиве у нашој средини.

Применљивост смерница можда неће омогућити успешан исход у сваком појединачном случају. Оне свакако неће моћи да обухвате све адекватне методе бриге и неге за ту децу, младе и одрасле особе нити ће моћи да опишу све прихватљиве методе. У овим смерницама се прилично јасно упућује на методе скрининга и дијагностике, али се не одређује стандард у интервенцијама и терапији придружених поремећаја већ се он мора прилагођавати сваком појединачном детету и породици. Сваки стручњак је лично одговоран за свој рад са дететом у светлу доступности информација, како о детету и његовим снагама и изражености функционалних сметњи те о другим специфичним симптомима које дете има, тако и о његовим родитељима и њиховим капацитетима за подршку детету; стручњак бира опције дијагностике и интервенција према сопственом знању и умећу и на основу стручне расположивости на локацији на којој дете живи. Сврха ових смерница је само да помогну у доношењу одлука, а не да их дефинишу у датом моменту. У Смерницама се позива на препознавање и удруживање свих расположивих стручних капацитета и дају се оквири за деловање засновано на доказима и на најбољој применљивој међународној пракси у овој области.

Коме су намењене (циљна група)

Смернице су првенствено намењене стручњацима који раде у здравственом систему с децом предшколског и школског узраста, уз јасно препознавање неопходности сарадње са другим секторима и са цивилним друштвом, удружењима родитеља деце са сметњама у развоју и инвалидитетом, односно ПСА. Другим речима, оне су намењене педијатрима (који су у контакту с децом од најранијег узраста и прате њихов развој), патронажним сестрама, стручњацима – здравственим сарадницима развојних саветовалишта, стручњацима из области дечје и адолесцентне психијатрије те дечје неурологије и другима који раде са децом са ПСА. Осим тога, оне нуде корисне информације и свим другим секторима како би се разумела и подржала свеобухватна брига о деци са ПСА и њиховим породицама. Зато су ове смернице корисне и за просветне и социјалне раднике, стручњаке из локалне заједнице опредељене за помоћ деци и

породицама те невладине организације чији су програмски циљеви усмерени ка деци са ПСА и њиховим породицама. Оне могу помоћи и доносиоцима одлука, запосленим у различитим фондовима, републичким институцијама и органима, који ће своја улагања у здравље и образовање деце и са ПСА моћи лакше да усмере у духу препоручених активности. Смернице су намењене и свим родитељима који имају децу са ПСА.

С обзиром на то да све особе са ПСА током одрастања, а и у одраслом добу, захтевају пуну подршку стручњака, локалне заједнице и друштва у целини у овом проширеном издању смерница значајне информације могу пронаћи и свима онима који пружају подршку одраслим особама са ПСА и њиховим породицама.

Развој смерница

Министарство здравља Републике Србије је у априлу 2017. године основало Радну групу за унапређење рада са децом и породицама деце са поремећајем из спектра аутизма. У Радну групу су именовани представници из три сектора (здравља, образовања и социјалне заштите), и то стручњаци из области дечје и адолесцентне психијатрије, педијатрије, социјалне медицине, клиничке психологије, специјалне едукације, предшколског образовања и социјалне заштите. Члан Радне групе је и представник удружења родитеља. Кључни задаци Радне групе су израда Националног водича за здравствени систем (смерница) и предлагање мера интервенција у раду са децом која имају сметње из спектра аутизма.

Прве смернице су објављене 2018. године – од тада до данас догодиле су се промене које су захтевале проширење и допуну постојећих смерница. Актуелно издање смерница проширује своје описе на транзицију од детињства ка одраслом добу, затим популацију одраслих са ПСА и специфичности тог узраста, новине у интервенцијама и генерално терапији, као и новине у услугама које се омогућавају у различитим системима. Осим тога, МКБ је добила своје 11. издање (МКБ-11), због чега је било неопходно и то уврстити у актуелно издање (8).



ДЕФИНИЦИЈА И КЛАСИФИКАЦИЈА

ПСА обухвата широк дијапазон клиничких карактеристика којима се описују сложене развојне поремећаје дефинисани понашањем детета који почињу пре треће године живота. Карактеристични симптоми се дефинишу као проблеми у остваривању социјализације и комуникације, односно постојањем стереотипних радњи, рестриктивних интересовања и репетитивног понашања (9). Особе са ПСА често имају тешкоће у когнитивном функционисању, тешкоће у учењу и употреби језика те медицинске и емоционалне проблеме и проблеме у понашању, што захтева додатну пажњу и бригу (10). Око 50% особа са ПСА има поремећај интелектуалне ометености (*IQ* испод 70), а преко 70% особа са ПСА задовољава критеријуме за постављање дијагнозе бар још једног физичког или менталног проблема (што се често не препознаје) (11). То су најчешће проблеми са спавањем, проблеми с исхраном, епилепсија, анксиозни поремећаји, депресија, проблеми пажње, проблеми моторне координације, сензорна сензитивност, самодеструктивна понашања и самоповређивање и друга понашања која неретко подразумевају и агресију према себи и другима. Све описано у великој мери утиче на квалитет живота особе, њене породице и осталих у окружењу, што често води у социјалну вулнерабилност и искљученост из општих друштвених токова.

ПСА је чешћи међу дечацима него девојчицама, иако новија истраживања показују да је можда пре реч о недовољном препознавању знакова код девојчица (9, 12). Не постоје докази да су ПСА удружени са социоекономским статусом породице, с расом или националном припадношћу (13).

Циљ свих стручњака би требало да буде да што раније идентификују поремећаје из спектра аутизма. Због тога се препоручује да се сви придржавамо важећих класификационих система, а то је тренутно МКБ-11, односно пето издање Дијагностичког и статистичког приручника за менталне поремећаје (*Diagnostic Statistical Manual – DSM-5*) (Анекс 1).

ПСА у МКБ-11 карактеришу дефицити социјалне комуникације и ограничени, понављајући и нефлексибилни обрасци понашања, интересовања или активности (14). Смернице за ПСА су значајно ажуриране у односу на МКБ-10 како би одражавале тренутна сазнања, укључујући презентације током читавог животног века. Дати су квалификатори за степен оштећења интелектуалног функционисања и функционалне језичке способности како би се обухватио читав низ презентација ПСА на вишедимензионални начин.

МКБ-10	МКБ-11
<ul style="list-style-type: none"> – Первазивни развојни поремећаји F84 – Дечји аутизам F84.0 – Атипичан аутизам F84.1 – Ретов синдром F84.2 – Други дезинтегративни поремећај детињства F84.3 – Хиперкинетички поремећај са менталном ретардацијом и стереотипним покретима F84.4 – Аспергеров синдром F84.5 – Други первазивни поремећаји развоја F84.8 – Первазивни поремећај развоја, неозначен F84.9 	<ul style="list-style-type: none"> – Поремећај из спектра аутизма 6A02 – Поремећај из спектра аутизма са поремећајем интелектуалног развоја и са благим оштећењем или без оштећења функционалног језика 6A02.1 – Поремећај из спектра аутизма без поремећаја интелектуалног развоја и оштећеног функционалног језика 6A02.2 – Поремећај из спектра аутизма са поремећајем интелектуалног развоја и оштећеним функционалним језиком 6A02.3 – Поремећај из спектра аутизма са поремећајем интелектуалног развоја и одсуством функционалног језика 6A02.5 – Други специфични поремећај из спектра аутизма 6A02.Y – Поремећај из спектра аутизма, неозначен 6A02.Z

Дијагностички критеријуми

Главне карактеристике ПСА су стални дефицити у способности успостављања и одржавања социјалне комуникације и узајамних социјалних интеракција који су изван очекиваног опсега типичног функционисања с обзиром на старост појединца и ниво интелектуалног развоја. Специфичне манифестације тих дефицита варирају зависно од хронолошког узраста, вербалних и интелектуалних способности и тежине поремећаја.

За постављање дијагнозе неопходно је да постоје стални ограничени, понављајући и нефлексибилни обрасци понашања, интересовања или активности које су јасно атипичне или претеране за узраст појединца и социокултурни контекст. Поремећај настаје у развојном периоду, типично у раном детињству, али симптоми се могу манифестовати и касније, када социјални захтеви превазиђу ограничене капацитете.

Симптоми резултирају значајним оштећењима у личним, породичним, социјалним, образовним, професионалним или другим важним областима функционисања. Неке особе са ПСА су у стању да функционишу адекватно у многим аспектима.

У класификацији МКБ-11 додате су спецификације које омогућавају да се утврде истовремена ограничења у интелектуалним и функционалним језичким способностима, које су битни фактори у одговарајућој индивидуализацији подршке, одабиру интервенција и планирању третмана за особе са ПСА. Додата је и могућност дијагностиковања за случајеве када постоји губитак претходно стечених вештина, што се јавља код неких особа са ПСА.

Особе са ПСА могу имати ограничења у интелектуалним способностима. Уколико она постоје, треба доделити посебну дијагнозу поремећаја интелектуалног развоја, користећи одговарајућу категорију за означавање тежине. Ако не постоји истовремена дијагноза поремећаја интелектуалног развоја, треба применити категорију ПСА без поремећаја интелектуалног развоја или применити само ПСА са поремећајем интелектуалног развоја када особе са ПСА имају интелектуалне сметње. Новом класификацијом је омогућено да се квалификују вербални и невербални експресивни језички дефицити код неких особа са ПСА, а не прагматски дефицит који су суштинска карактеристика ПСА. Тако имамо ПСА са благим оштећењем или без оштећења функционалног језика, затим са оштећењем функционалног језика (није у стању да користи више од појединачних речи или једноставних фраза), односно са потпуним или скоро потпуним изостанком функционалног језика.

Полне и/или родне карактеристике

Мушкарци имају четири пута већу вероватноћу да добију дијагнозу ПСА од жена. Женама са дијагнозом ПСА чешће се дијагностикује истовремени поремећај интелектуалног развоја, што, у поређењу са мушкарцима, сугерише да мање тешке манифестације могу остати неоткривене. Жене имају тенденцију да показују мање ограничених, понављајућих интересовања и понашања него мушкарци.

Током средњег детињства, полне разлике у манифестацији различито утичу на функционисање. Дечаци могу имати реактивну агресију или друге бихевиоралне симптоме када су изазвани или фрустрирани. Девојчице су склоне друштвеном повлачењу и томе да реагују емоционалним променама на своје потешкоће у социјалном прилагођавању.

Прејорука ових смерница је да сви клиничари приликом јасноћавања дијагнозе створено поштују важеће критеријуме, било система МКБ било система DSM-5.

Случај Тео – 4,5 године

Тео је дечак од 4,5 године. Пред дрући рођендан мајка је јасноћавала забринућа за његов развој говора, што је потврдио и педијатар на редовном прегледу и предложио укључивање дечака у стимулативни програм. Осим комуникације, мајка је била забринућа и збој што Тео не праћи довољно добро инструкције; иако је уз терапију почео да комуницира јасноћавима, речи није изговарао скоро до четвртој рођендана. Мајци је било проблем да ја наговори да праћи инструкције. Ако би ја позвала, он би јој се селективно обраћао – одмах одговара ако је заинтересован, али ако није заинтересован, делује као да је у свом свету, што јесте не одговара. Мајку увек леда у очи кад комуницирају, кад јој раде неке ствари заједно, с другим људима отежано јасноћавља контакти очима. На основу његовој израза лица мајка може да закључи како се осећа, али дрући чланови породице не препознају његова осећања; Тео најчешће не одговара на пражење друћих, мање познатих људи. Има проблем да препозна осећања друћих, још увек није усвојио социјална понашања у различитим социјалним ситуацијама.

Углавном се игра сам и прази друћима ако му је потребна помоћ. Самоиницијативно не дели ствари. Показни јесте јасноћави одавно, и што је један од основних начина комуникације. Док је био млађи, понекад би знао да користи мајчину руку као средство да добије оно што ја занима. Тео све ствари увек ређа у низ, а ако се низ поремети, љући се. Одбија да једе различиту нову храну. Има своје њебенце, фасциниран је уилом њебенцића и стално ја дира. И даље јовремено хода на прстићима, понекад лејриша ручицама и ножицама и често иде укрућ, односно врћи се. Фасциниран је електронским уређајима и веома вешићо их користи. Не воли љиваве, лејливие ствари и сл. Сметта му кад су му ручице прљаве. Реајује на јромене шекстуре хране.

Уочене су имитације – зна да онаша било коју животињу. Имајнајивне игре је почео да примењује јред четвртој рођендан. Доста времена јроводи с мајчином млађом сестром и њу имитира. Када је у јрући вршњака, није у стању да праћи инструкције и чини се да их не разуме. Што се играче облачења или свлачења, мајка сматра да није довољно обучен и да је она одговорна јер ја недовољно стимулише на самосталност. Што се играче хранења – углавном једе јрстима; у вршићу је почео да једе сућу кашиком, али ако му се да виљушка, скида намирнице с виљушке и користи јрстиче. И даље није обучаван на ношу – мајка је саветована да ја не обучава све док не користи језик. Мајка јесте јробала да ја стави на ношу, али он је јоказао љућу.

Хетерогеност класификација

Клиничка слика аутизма се мења током животног века – од првих симптома до одраслог доба, што захтева различите интервенције. Хетерогеност се односи на дугогодишње запажање да се индивидуалне разлике у етиологији, клиничкој презентацији и потребама неге особа са аутизмом разликују током времена. Такође постоји и хетерогеност класификација.

Термин первазивни (прожимајући) развојни поремећај уведен је у треће издање *DSM* и у девету ревизију МКБ. Речју прожимајући наглашава се да аутизам утиче на више од једног развојног домена, а термином развојни да је аутизам доживотно стање које се јавља у раном детињству, а његове манифестације се мењају током животног века. Идеја спектра обухвата различите манифестације клиничке слике појединаца који се квалификују за дијагнозу, укључујући и димензионалне (од мање до озбиљније) и калеидоскопске (такозвани спектар боја) варијације у различитим профилима снага и потреба појединаца.

Аутизам спада у ширу категорију неуроразвојних поремећаја, групу стања која се преклапају и које карактерише рани почетак тешкоћа у развојним доменима, који резултирају функционалним оштећењима. Неуроразвојне тешкоће се крећу од специфичних до первазивних и преко моторичких тешкоћа до тешкоћа у вештинама језика, учења, прилагођавања и друштвене комуникације и регулације пажње, активности, импулса и емоција. Потпуно је јасно да се дијагностичке подгрупе као што су аутизам, поремећај пажње са хиперактивношћу и интелектуална ометеност разликују једна од друге на основу профила снага и потешкоћа у поменути неуроразвојним димензијама, иако је уочљиво много неуробиолошког и фенотипског преклапања. Функционисање појединца може варирати у оквиру и преко тих димензија, а профили снага и слабости могу се променити са годинама, контекстуалним захтевима и интервенцијама. Особе са аутизмом захтевају различите (и понекад прилагођене) интервенције које се преклапају са онима за особе са другим неуроразвојним поремећајима (нпр. интервенције оријентисане на комуникацију посредовану родитељима за малу децу са аутизмом и кашњењем у говору; стимулативни лекови за дете са аутизмом и хиперактивношћу са недостатком пажње или модификована терапија когнитивног понашања за адолесценте са аутизмом и анксиозношћу) (9, 14, 15).

Сви неуроразвојни поремећаји, укључујући аутизам, могу да се јаве и често се јављају заједно са физиолошким стањима (нпр. епилепсија и гастроинтестинални поремећаји), другим поремећајима менталног здравља (нпр. анксиозност, депресија и поремећај пажње с хиперактивношћу) и бројним проблемима понашања (нпр. самоповређивање, агресија и проблеми спавања) (16, 17).

Појава коморбидних стања доприноси огромној хетерогености у индивидуалној презентацији и може значајно утицати на свакодневно функционисање, што за узврат доводи до различитих потреба за подршком и услугама. Међутим, многи животи се могу значајно побољшати одговарајућим, индивидуализованим интервенцијама и третманом. Нека од тих коморбидних стања, као што је кашњење у говору или епилепсија, чешћи су код особа са аутизмом и интелектуалном ометеношћу (18).

Други проблеми, као што су агресија, проблеми понашања, анксиозност и емоционална дисрегулација, јављају се у свим дијагностичким ентитетима (19).

Хетерогеност је такође евидентна у броју, озбиљности и природи коморбидних стања. На пример, кашњење у језику може бити у широком опсегу, од благог до озбиљног. Ограничења у рецептивном или експресивном говору несумњиво доприносе сметњама у социјалној комуникацији деце. Кашњења у говору су често највећа почетна брига родитеља, а касније настављају да утичу на многе одрасле особе са аутизмом, показујући повезаност са оштећеним свакодневним животним вештинама и поремећајима понашања током животног века (20). Структуралне и функционалне језичке вештине других особа са ПСА су нетакнуте, али потешкоће са прагматиком (тј. друштвеном употребом језика) постају очигледне како старе и могу ометати комуникацију са вршњацима (21). Слично, као што је приказано на слици 2, особе са аутизмом се разликују по томе да ли и у ком степену имају друге неуроразвојне поремећаје, као што је поремећај хиперактивности са дефицитом пажње или интелектуална ометеност, као и проблеме менталног здравља, као што је анксиозност.

Културна хетерогеност

Хетерогеност се такође огледа у разноликости породичних јединица, култура и међу земљама. Породице, које се разликују по саставу, уверењима и приоритетима, примарни су извор подршке за већину деце и одраслих са ПСА. Штавише, културе – чак и у истом региону – разликују се не само по језицима, веровањима и приоритетима, већ и по приступу и употреби ресурса (22).

Аутизам и неуроразличитост

Неуроразличитост се односи на јединствени начин на који се развија мозак сваке индивидуе (23). Препознавање различитости међу људима помаже нам да боље разумемо појединце с аутизмом и другим неуроразвојним поремећајима. То се односи на тзв. немедицински модел сагледавања поремећаја. Такво сагледавање има далекосежне ефекте на широка питања попут људских права, једнакости и социјалне правде, поштовања разлика и потребе да се оне узму у обзир.

Све је више покрета који сами себе заступају (особе са аутизмом које су проактивне и све више укључене у доношење одлука које се тичу њих самих) који наглашавају поштовање неуроразличитости, снага и индивидуалних разлика и предлажу да се аутизам дефинише као стање, а не поремећај (претпостављајући да је аутизам неуролошка разлика). Тај покрет је настао првенствено као одговор на маргинализацију особа са аутизмом. Његови заговорници сматрају да је аутизам неуролошка разлика, а не поремећај, што понекад доводи до отпора настојањима да се пронађе узрок или лек (24). То се, према њиховом мишљењу, односи и на друга неуроразвојна стања, као што су поремећај пажње са хиперактивношћу, биполарни поремећај, дислексија и епилепсија, проблеми у родном идентитету (23–25). Појединци више воле да се идентификују као чланови заједнице неуроразличитих, а не популације са психијатријским и медицинским дијагнозама које истичу оштећење и поремећај (24). Неки наглашавају да термин неуроразличитост обухвата све облике неуроразвојних разноликости, укључујући и оне са највећим потребама (23). Други, у заједници неуроразличитости и изван ње, наглашавају да реалност инвалидитета за неке људе и неке породице не треба потцењивати (26). Нажалост, концепт неуроразличитости је данас постао разлог подела у заједници особа с аутизмом и њихових породица. Не идентификују се сви људи са ПСА и заинтересоване стране са покретом за неуроразличитост (27). Насупрот покрету који се залаже за неуроразличитост налазе се родитељи особа са аутизмом које су мање функционалне и они су забринути да је доминантан фокус медија на најинтелигентнијим особама са аутизмом, да особе са аутизмом које нису вербалне немају довољну заступљеност и учешће у доношењу одлука. Сматрају да би се проглашењем аутизма стањем потценило оштећење оне деце и одраслих са највећим потребама и да се тиме умањује важност да се чује и њихов глас.

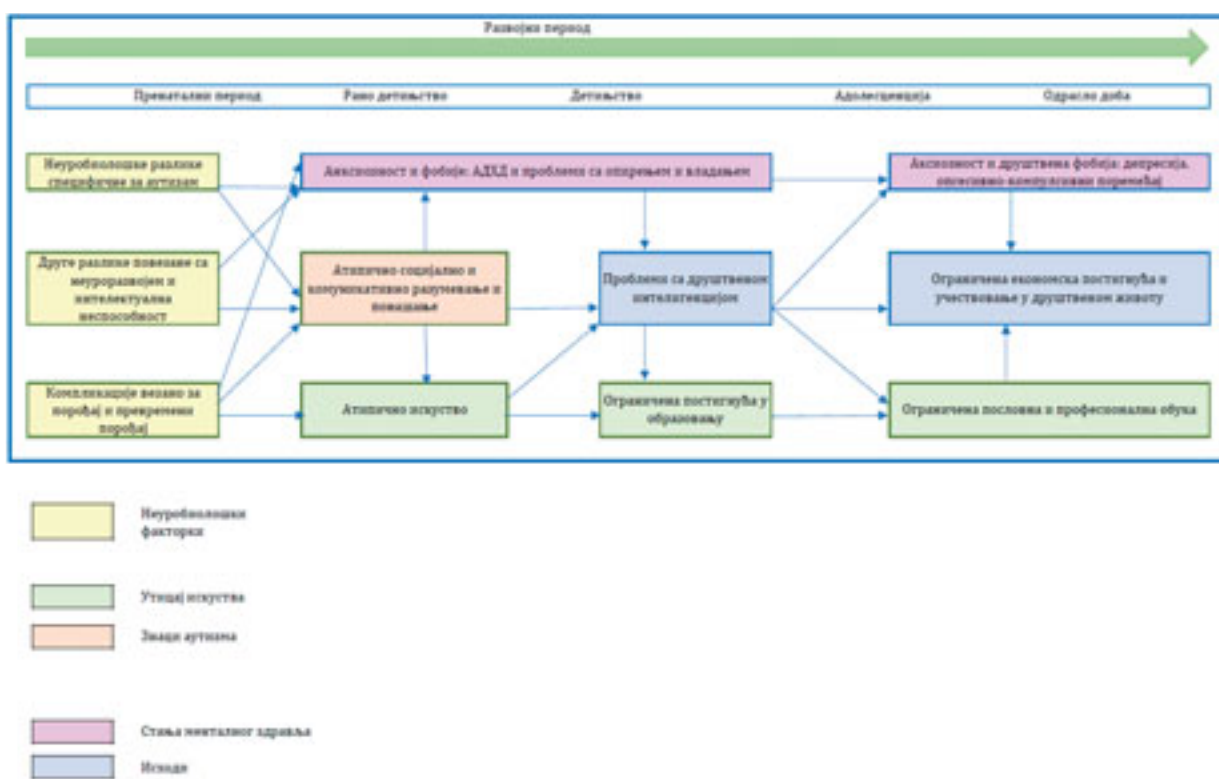
Ми заступамо идеју да је неопходно да се прихвати пуно учешће појединаца са ПСА и њихових породица у дебатама о питањима која се крећу од пружања услуга до одређивања приоритета у истраживањима.

Из перспективе неуроразличитости, различитост обогаћује и представља снагу друштва, али захтева прилагођавање свих страна. Чак и за особе са ПСА којима није потребна велика подршка свакодневне животне ситуације могу бити исцрпљујуће, не само због вишка чулних стимулуса већ и због сталне борбе за дешифровање друштвених знакова, за комуникацију и суочавање са неочекиваним променама. Прилагођавање околине може учинити да неке сметње постану разлике, па чак и предности. Иако индивидуални фактори доприносе, а прихватање и прилагођавање не елиминишу увек оштећења, значајан део ризика од лоших исхода вероватно ће бити друштвено произведен (26).

Потенцијал за промену

У почетку се веровало да су исходи лечења ПСА углавном лоши и да постоји свега неколико релативно ефикасних опција подршке/лечења, али се у последње време појављују оптимистичнији погледи на третман. Систематски прегледи и метаанализе интервентних студија за малу децу са аутизмом објављени у последњих 10 година идентификовали су психосоцијалне интервенције засноване на доказима које су резултирале променама које би могле ублажити утицај аутизма на развој неких људи (27, 28).

Резултати лонгитудиналних истраживања указују на то да неке особе могу компензовати потешкоће повезане са аутизмом на начине који имају изразито позитивне исходе (29). Иако се неће сви људи променити у истом степену, и људи са дубоким аутизмом могу имати животе са друштвеним контактима, смисленом активношћу и независношћу у неким вештинама. Сходно томе, питање више није да ли су промене и побољшања могући за особе са аутизмом већ пре који фактори омогућавају особама са аутизмом да живе позитивне и испуњене животе.



Слика 2. Утицај на симптоме аутизма током развојних периода

Дубоки аутизам

Дубоки аутизам је термин који се појављује у литератури и примењује се за децу и одрасле са аутизмом који имају, или ће вероватно имати као одрасли, следеће функционалне потребе: захтевају 24-очасовно присуство одрасле особе која може да брине о њима, немогућност самосталног живота и неспособност да се брину о основним дневним потребама. У већини случајева, те потребе ће бити повезане са значајном интелектуалном ометеношћу (нпр. коефицијент интелигенције испод 50), веома ограниченом употребом језика и др. Дубоки аутизам може бити повезан са сложеним потешкоћама, укључујући самоповређивање, агесију и епилепсију, али није дефинисан тим факторима. Дубоки аутизам није укључен у постојеће ревизије дијагностичких система (предлаже се као административни термин, а не као формални носолошки дијагностички ентитет). Термин се највише користи у адолесценцији и одраслом добу.



ЕПИДЕМИОЛОГИЈА ПСА

Инциденција је број нових случајева обољења током одређеног периода времена у одређеној популацији. Због хетерогености симптома, дијагноза аутизма се поставља на различитом узрасту деце и обично је време постављања дијагнозе у ствари време препознавања симптома, а не време њиховог појављивања. Због тога се, када говоримо о учесталости аутизма, најчешће користи термин преваленција, која указује на број особа са аутизмом у одређеној популацији у једној временској тачки.

Процена преваленције ПСА има суштински значај за информисање јавних политика, подизање свести и развој истраживачких приоритета. У последњих неколико година објављено је неколико значајних систематских прегледа студија преваленције ПСА у свету и регионима. У студијама су узимани у обзир географски региони, социоекономски показатељи земље, пол, етничка припадност, година истраживања (у вези са дијагностичким критеријумима за ПСА), методологије, односно извор података (национални регистри, болнички регистри, скрининзи и превентивни прегледи деце у одређеном узрасту, истраживања/процене у специјалним школама и општој популацији, медицинска документација и интервјуи са родитељима или наставницима) (30–33).

Метаанализом из 2012. године обухваћено је преко 70 студија преваленције од 1966. године (31). Период који обухвата преко 50 година значајан је по великим разликама у проценама преваленције. Прве грубе процене из 1966. године биле су 1 на 2.500 деце са симптомима аутизма у Сједињеним Америчким Државама (САД) и Великој Британији (ВБ) (34). Од тада, процене преваленције расту, а пре свега услед промене дијагностичких критеријума (1980. ПСА је укључен у *DSM*, 1987. проширени критеријуми у *DSM*, 1994. у *DSM-IV* додат је Аспергеров синдром и 2013. у *DSM-5* се комбинују аутизам, Аспергеров синдром и развојни первазивни поремећаји под дијагнозом дечјег аутизма) (35). На основу свих студија, 2012. године процењена је преваленција 62/10.000 деце, са константно већом преваленцијом код дечака. Споменуте, недавно објављене (2020–2022) метаанализе преваленције узимале су у обзир студије са последњим дијагностичким критеријумима (2013). Од 2012. објављено је 99 процена из 71 студије које указују на глобалну преваленцију аутизма који се креће унутар и између региона са средњом преваленцијом 100/10.000 (распон од 1,09/10.000 до 436,0/10.000) односно 1 на 100 деце са симптомима ПСА. Према регионима, највећа учесталост је у Западном Пацифику 203,1/10.000, па у Источном Медитерану 86,5/10.000, Америци 82,3/10.000, Европи 63,5/10.000 и Југоисточној Азији 34/10.000, без података за Афрички континент (32). Према подацима

Центра за контролу и превенцију болести (CDC), учесталост у САД је 1 од 44 деце са развојним поремећајима из ПСА (1,8%), односно око 3,7% дечака према 0,9% девојчица у узрасту од осам година (36).

У Европској унији (ЕУ), 14 земаља је учествовало у пројекту „Поремећаји из спектра аутизма у Европи“ (ASDEU): Шпанија, Аустрија, Белгија, Бугарска, Данска, Финска, Француска, Исланд, Ирска, Италија, Пољска, Португалија, Румунија и ВБ. Међу циљевима је била процена преваленције ПСА у узрасној групи деце 7–9 година, 2015. године. Осам земаља је користило административне податке (националне или регионалне регистре). Процене преваленције су значајно варирале од 4,76/1.000 у југоисточној Француској до 31,3/1.000 на Исланду. Других осам земаља је користило посебне протоколе истраживања који су обухватили и школе, наставнике и родитеље. У до сада једином објављеном раду, процена преваленције ПСА на основу пројекта у Италији је 11,5/1.000, што је значајно више од процена преваленције на основу административних података 4,20/1.000 деце узраста 6–10 година и 5,5/1.000 деце узраста 3–5 година (2016). И друга истраживања потврђују већу процену преваленције добијену *ad hoc* истраживањима (37, 38).

Истраживања NSHC (*The National Survey of Children's Health – NSCH*) указују на учесталост од 25/1.000, док је истраживање у Канади из 2015. године добило преваленцију од 15,2/1.000 деце узраста од пет до 17 година. Занимљив је резултат из тог истраживања који се односи на време постављања дијагнозе: чак 28% деце је дијагнозу ПСА добило после осме године.

Светска здравствена организација (СЗО) је 2012. дала процену да је глобална преваленција аутизма око 1%, док је њихов новији извештај објавио преваленцију 1,5% у развијеним земљама. Постоји много мањи број епидемиолошких студија о одраслим особама са аутизмом, а углавном су рађене у Уједињеном Краљевству и говоре о преваленцији од 1% код одраслих, од којих многи нису ни добили формалну дијагнозу.

Преваленција аутизма се током година повећава и често се професионалцима који се баве том тематиком поставља питање због чега је све већи број деце са аутизмом. Постоји неколико разлога којима се објашњава пораст преваленције.

- Дијагностички критеријуми су проширени, тј. дијагнозу су раније добијала само деца са најтежом формом симптома. Кључни симптоми су остали исти, а променило се то што се аутизам сада посматра као спектар који може да варира од врло благог преко умереног до тешког.
- Бољи су дијагностика и препознавање, постоје препоруке о раном скринингу на симптомима ПСА у општој популацији.
- Повишена је сензибилизација јавности о том поремећају, друштвена свест, боља је доступност информација (о ПСА се више говори и пише, родитељи и професионалци су боље информисани).
- Већа је доступност сервиса за рану интервенцију, школских сервиса подршке за децу са ПСА.
- Дијагностичка супституција: један проценат деце која су раније била дијагностикована са интелектуалним тешкоћама сада су у категорији ПСА (постоје истраживања која указују на то да је порастом преваленције ПСА дошло до смањења преваленције интелектуалне ометености).
- Могућ је и прави пораст преваленције повезан са биолошки ризичним факторима (39).

Већина објављених радова у последње две деценије указује на пораст преваленције ПСА. Најбољу евиденцију има CDC, који сваке друге године објављује податке из процене преваленције ПСА код деце узраста од осам година. Од 2000. године процена преваленције је износила 6,7/1.000 (1 на 150 деце), 2010. године 14,7/1.000 (1 на 68 деце) и 23,0/1.000 2018. године (1 на 44 деце) (40).

Средњи (медијана) однос дечака и девојчица је 4,2. Дечаци константно надмашују број девојчица, а однос се кретао од 0,8 до шест. На основу евиденције CDC, проценат деце са IQ ≤70 је нижи него 2002. године (45%), али се последњих десет година не спушта испод 30%. Средњи

процент случајева аутизма са истовременом интелектуалном ометеношћу је 33,0% у метаанализама (30, 33).

Процена преваленције ПСА по етничкој припадности прати се у САД (CDC) две деценије. Општа процена преваленције деце пореклом беле, црне расе и азијског порекла била је готово иста, са нешто нижом преваленцијом деце латиноамеричког порекла (*hispanic*). Према подацима здравственог осигурања, преваленција је виша код деце белаца у поређењу са другим етничким групама, што може бити условљено другим социоекономским детерминантама (здравствено осигурање, коришћење здравствене заштите). Ван САД, недавне студије су нашле значајно ниже стопе преваленције међу Арапима и ултраортодоксним Јеврејима (30, 41, 42).

Нема поузданих података о утицају социоекономских варијабли као што је урбано-рурално, доступност едукативних центара, доступност здравствених центара на преваленцију ПСА, односно постојеће студије имају неконзистентне резултате (30, 32).

Процене су вариране и одражавајући сложене и динамичне интеракције између образаца свести заједнице, капацитета услуга, тражења помоћи и социоекономских фактора. Нажалост, недостатак евиденције у већини земаља, посебно са ниским или средњим приходима, указује на потребу уједначавања критеријума дијагностике и методологије истраживања (30, 32, 33).

Од укупне популације у Србији (6.834.326 становника) деца 0–18 година чине 18,4%, а број деце са сметњама у развоју и инвалидитетом није познат (43). Према Попису из 2011. године, деца са сметњама у развоју и инвалидитетом чине тек око 0,7% укупне популације деце, при чему је општеприхваћена процена да деца са сметњама у развоју и инвалидитетом чине 5% популације деце, што је и потврђено последњим истраживањем *MICS6 (Multiple Indicator Cluster Survey)* у Србији (4, 44).

У истраживања *MICS 2019*. у Србији унети су модули о функционисању деце, чија је сврха била да се добије процена удела деце са функционалним тешкоћама према одговорима њихових мајки или старатеља. Упитником за дете млађе од пет година обухваћени су следећи функционални домени: вид, слух, ход, фина моторика, комуникација, учење, играње и контрола понашања, а Упитником за дете старости 5–17 година: вид, слух, ход, брига о себи, комуникација, учење, памћење, концентрација, прихватање промена, контрола понашања, склапање пријатељстава, анксиозност и депресија. Процент деце старости 2–4 године са функционалним тешкоћама у најмање једном домену је 1,6%, а деца старости 5–17 година са функционалним тешкоћама у најмање једном домену 4,9% (45).

Подаци из истраживања на територији Србије упућују на то да од прве забринутости родитеља до постављања дијагнозе ПСА прођу у просеку две године (46).

Рутински извештаји о регистрованом морбидитету у примарној здравственој заштити збирно приказују дијагнозе менталних поремећаја (F04–F09, F50–F69, F80–F99) те нису подесни за процене преваленције ПСА.

Хоспитализација деце са сумњом на ПСА најчешће се дешава ради дијагностике или у случају компликација односно коморбидних стања. У периоду од 2017. до 2020. хоспитализована су укупно 4.323 детета са отпусним дијагнозама Поремећаји развоја психе F80–F89, односно у просеку 865 деце годишње. Најчешћа отпусна дијагноза је F83 – Мешовити специфични поремећаји развоја (50,3%). Учешће дијагнозе Прожимајући поремећаји развоја F84 је 21,8%, односно свако пето дете које је хоспитализовано и отпуштено с неком од дијагноза F80–F89 отпуштено је са дијагнозом ПСА. У табели је приказан укупан број хоспитализација 2017–2020. године и учешће појединачних дијагноза. У оквиру ПСА најчешћа дијагноза је F84.0 Дечји аутизам.

Табела 1. Број хоспитализоване деце са отпусном дијагнозом F84 – Прожимајући поремећаји развоја, 2017–2020, Србија

Дијагноза	Број хоспитализоване деце	Процент
F84.0 – Дечји аутизам	437	46,3
F84.1 – Атипичан аутизам	31	3,3
F84.2 – Ретов синдром	18	1,9
F84.3 – Други дезинтегративни поремећај детињства	3	0,3
F84.4 – Хиперкинетички поремећај са менталном ретардацијом и стереотипним покретима	14	1,5
F84.5 – Аспергеров синдром	40	4,2
F84.8 – Други первазивни поремећаји развоја	24	2,5
F84.9 – Первазивни поремећај развоја, неозначен	376	39,9
Укупно	943	100,0

Извор: База хоспитализација 2017–2020, Институт за јавно здравље Србије

Евидентирање пријава у Регистар деце са сметњама у развоју (0–5 година) започео је средином 2022. године. За два месеца, евидентирано је 207 деце узраста до пет година са F84 – Прожимајући поремећаји развоја, односно свако шесто дете у Регистру има *dg* из ПСА.

Узимајући у обзир све претходне студије, за валидну процену треба имати усаглашене дијагностичке критеријуме за ПСА са најновијим међународним критеријумима. Корисно је учествовати у међународним студијама процене преваленције или иницирати такво истраживање у региону Балкана. Такође, за бољу процену преваленције најбоље је комбиновати административне податке (медицинска документација, регистри) и истраживања, као и неколико узрасних група деце.



ЕТИОЛОГИЈА ПСА

Етиологија ПСА је комплексна и мултифакторијална и подразумева садејство генетичких и фактора средине. Међутим, још увек је недовољно разјашњена улога коју сваки од тих фактора има у етиологији ПСА, што је и предмет екстензивних истраживања. Донедавно се сматрало да су ти поремећаји узроковани углавном генетичким факторима, међутим новија истраживања показују да фактори средине могу бити исто толико важни (47, 48). Највероватније је реч о комплексним генетичким поремећајима у којима се претпоставља етиолошка интеракција гена и околине, а у трагању за узроком спроводе се истраживања у областима генетике, неурохемије, неурофармакологије, неуроендокринологије, неуроанатомије, неуроимидинга и неуроимунологије. Због свега тога, за сада можемо говорити о факторима ризика, а не о дефинисаним узрочним факторима ПСА.

Клиничка етиолошка евалуација

Генетичка евалуација

Већ дуго је познато да ПСА има високу херитабилност, према последњој метаанализи наследност ПСА је од 74–93% (49). У многим развијеним земљама генетичка евалуација се препоручује свој деци којој се постави дијагноза ПСА, као део опште етиолошке евалуације. У Србији генетичка евалуација није стандард и обавља се по индикацији клиничара. Управо због тога, наводимо препоруке за етиолошку евалуацију које су 2020. године објавиле Америчка академија за педијатре и Европско удружење за дечју и адолесцентну психијатрију у својим Смерницама за дијагнозу и третман ПСА (47, 50)

Етиолошко генетичко испитивање почиње пажљивим узимањем медицинске, развојне и породичне историје (подаци о три генерације), а потом и физичким и неуролошким прегледом. Важно је испитати пренаталну изложеност одређеним тератогенима (лекови, дроге, алкохол). Физички преглед укључује и мерење телесне висине (ТВ) и телесне масе (ТМ) и упоређивање са развојним стандардима (укључујући и мерење обима главе). Треба обратити пажњу на органомегалију, дизморфичне карактеристике, кожно манифестације неурокутаних обољења (тубе-

розна склероза, неурофиброматоза), неуролошке абнормалности и др. ПСА је повезан са великим бројем генетичких поремећаја, али само мали број њих има моногенетички узрок. У таква обољења спадају синдром фрагилног X и комплекс туберозне склерозе, који су заједно одговорни за мање од 10% свих случајева ПСА (50).

Препоручује се тестирање мушких особа са ПСА на фрагилни хромозом X, док је за женске особе индиковано једино ако постоји породична историја и/или фенотип карактеристичан за тај синдром. Такође, препорука је и да се женским особама ради скрининг за патогене мутације *MECP2* (метил-CPG-везујући протеин) гена. Тест *PTEN* (хомолог фосфатазе и тенсина) препоручује се уколико је обим главе > 2,5 SD (стандардне девијације).

Много су чешће, *de novo*, ретке, хетерозиготне мутације појединачне базе (нуклеотида) и/или субмикроскопских сегмената ДНК (тзв. генетички поновак или „copy-number variants“ [CNV], који представљају дупликације или делеције делова ДНК којим се мења функција гена), те је сада више од 100 гена повезано са ПСА (49 је повезано за коморбидним неуроразвојним кашњењем, а 53% искључиво са ПСА). CNV се откривају помоћу СМА (*Chromosomal Micro Array*) која се препоручују за децу са развојним кашњењима и ПСА којима се не зна узрок. Патогени CNV су нађени код 9% особа са ПСА у клиничкој популацији.

Следећи корак у генетичком испитивању је WES (*Whole Exom Sequencing*), за сада врло скуп тест који даје резултате на молекуларном нивоу. У истраживањима на великом узорку особа са ПСА нађена је потврда генетичке абнормалности код 8–20% испитиваних особа. Свеукупно гледано, напредак генетичких технологија омогућио је да се доступним дијагностичким методама генетичка етиологија открије код 25–25% особа са ПСА (51). Генетичка тестирања имају велики значај јер могу да пруже информације родитељима и широј породици о ризицима и саветовање за планирање породице. Постоје и докази о генетичкој повезаности (преклапању) ПСА са интелектуалном ометеношћу, схизофренијом и епилепсијом (52).

Ризик за браћу и сестре деце за коју генетичким испитивањем није утврђен етиолошки узрок ПСА или која уопште нису ни радила генетичка тестирања израчунава се на основу групног просека. У породици са једним дететом које има ПСА, ризик да следеће дете има ПСА износи 10%. Уколико је у породици двоје деце са ПСА, ризик је око 35%. Важно је нагласити и да уколико друго дете нема ПСА, и даље има повећан ризик за друге врсте проблема као што су успорен развој говора, други неуроразвојни или психијатријски поремећаји и тај ризик износи 20–25% (47).

У будућности генетичко тестирање може бити значајно за идентификацију ефикасних интервенција повезаних са одговарајућом етиологијом.

Важно је да породица особе са ПСА разуме да генетички тестови у неком броју случајева могу да објасне узрок због којег дете има ПСА или да обезбеде информације о статистичком ризику за ПСА у датој породици, али се генетичким испитивањима не поставља дијагноза ПСА; дијагноза ПСА се поставља искључиво на основу клиничких симптома.

Дечак осам година, Coffin–Sirisov синдром

Дечак је рођен као прво дете у породици. Током трудноће, мајци је утврђен тестисионални дијабетис. Порођај је индукован и окончан вакуум екстракцијом. Ајтар 9/10, ТМ 3.600 g и ТВ шела 52 ст. Дојен је првих седам месеци. Имао је алергију на прешине кравље млека, због чега је користио прилагодену млечну формулу. Са 18 месеци је почео да хода без икаквог ослонца, са три године је ход постао стабилнији. Са 14 месеци је оперисан због криптиорхизма. Са 20 месеци је оперисан због стирабизма. Аденоидектомија је урађена када је имао четри године. Имао је једну епизоду фебрилних конвулзија. На узрасу од две године и четри месеца, двадесет минута након буђења из ноћнодневне сна, почела је да му се пресе прво десна рука, а потом и обе руке, док му је док био фиксиран – урађен EEG приказивао је биеморалне фокалне промене израженије на левој страни у току горе основне активности. У терапију је уведен нафтијум-валпроат (*Eftil*). Са четри и године постигао је адекватну контролу сфинктера. Развој језичких и говорних вештина је каснио, што је и забринуло родитеље – са две године и један месец преледао га је оториноларинголог; урађена је ВЕРА, налаз уредан. Тада је рођен од гачеј психијатра као успорен

психомоторни развој. На узрасној од пет година урађена је детаљна дијагностичка процена и када су констатоване дисморфија лица и микросомија са мањим зубима који су били удаљенији, наглашене иррегуларности, ниже постављена линија косе са густом и рубом глаком, изражена и скупљена доња усна, нагоре оријентисан гита осцил, благи хипосистолни шум срца, хиполазија петог прста на левој руци и дисталне фаланге петог прста на оба стопала. Адаптивно понашање је оцењено на скали Vineland II и уочено је кашњење у психомоторном развоју са значајним пошкоћама у комуникацији (неразвијен говор и пошкоће у разумевању), социјализацији и моторичким способностима. Урађена је процена скалом CARS II, ADOS-2 и ADI-R интјервјуом и постављена дијагноза ПСА.

Урађено је генетичко тестирање – кариотип, тестирање на фраилни X, анализа хромозомског микроареја, метаболички скрининг урина; нису откривени генетички абнормалности. Међутим, тест Trio Whole Exome Sequencing је показао хетерозиготну де ново варијанту класе 5 (патоген) у гену c.1389_1398delARID1B. Хетерозиготне варијанте патогене појене су повезане са Coffin–Sirisovim синдромом. Други налази су укључивали хетерозиготне варијанте у гену NPC1 (патоген) и у C12orf4 (вероватно патоген) за које је постојала мала шанса да су могле довести до поремећаја. Дијагностикован му је и Coffin–Sirisov синдром.

Неуроимидинг (MRI ендокранијума, електроенцефалограм – EEG)

Познато је да особе са ПСА имају учесталије ирегуларни EEG без криза свести, а учесталија је и појава епилепсије.

У последње две деценије у студијама је утврђено постојање повезаности између ПСА и епилепсије. Иако веза између та два неуроразвојна поремећаја није потпуно разјашњена, основни разлог за ту хипотезу била је висока учесталост јављања епилепсије код особа са ПСА. Наиме, подаци говоре да се епилепсија као коморбидно стање код ПСА јавља у 10–20% случајева (иако су, према мишљењу одређених аутора, учесталости и у распону 5–40%), што је значајно веће од преваленције у општој популацији која се креће у распону 0,4–1% (53). Такође, показана је повезаност са полом, узрастом и поремећајем интелектуалног развоја, те је преваленција епилепсије чешћа код особа са ПСА женског пола, адолесцената и одраслих, као и код особа са нижим степеном интелектуалног развоја (54).

Показано је да је и учесталост епилептиформних абнормалности детектованих помоћу EEG, без испоњених епилептичних напада, и већа од учесталости епилепсије. Неке процене су да се учесталост EEG епилептиформних промена без испоњених епилептичних напада креће у распону 20–60% (55, 56). Тако велики распон у проценама учесталости и епилепсије и епилептиформних промена потиче од различитих методологија, различитих популација испитаника и различитих критеријума за укључивање и искључивање испитаника у истраживање. Међутим, без обзира на те разлике, може се рећи да су епилептиформни феномени код особа са ПСА значајно чешћи него код особа без ПСА.

Управо због честих коморбидитета код ПСА, комплементарна дијагностика би требало да укључује стандардни неуролошки преглед. Уколико се прегледом не открију специфични дефицити, није потребно радити EEG и додатне методе неуровизуелизације. Међутим, ако се детектује одређени дефицит или се добије анамнестички податак о постојању суспектних стања (нпр. могући епилептични напади или нагли губитак стечених развојних вештина), требало би спровести детаљну неуролошку експлорацију.

Није индикован специфичан неуроимидинг уколико нема клиничких индикација (као што су аутистична регресија, неуролошки дефицит, кризе свести, микроцефалија или макроцефалија).

Метаболичко испитивање

Уколико постоји атипична регресија (након друге године, моторна регресија), породична историја смрти детета у раном детињству, породична историја метаболичког поремећаја, физичке карактеристике као што су значајна хипотонија и слабост, визуелни и слушни поремећај, дизморфичне карактеристике, онда је индиковано упутити дете на евалуацију стручњаку за метаболичке поремећаје.

Упркос широко распрострањеним тврдњама, не постоје докази о корисности дијагностичке или третманске анализе косе, цревних антитела, алергијских тестирања (нарочито испитивање алергија на глутен, казеин), присуства кандиде, нити тестирања на имунолошке или неурохемијске поремећаје, микронутријенте као што су витамини, нису доказано користни ни тест пропустљивости црева, анализа столице, анализа пептида из урина, митохондријалних поремећаја (укључујући лактате и пирувате) и еритроцитне глутатион-пероксидазе (57).

Не препоручује се рутинско метаболичко тестирање деце са ПСА.

Не постоје докази о корисности рутинског тестирања косе, урина, крви на токсине из средине или тешке метале.

Имунолошко испитивање

Велики број доказа из претклиничких и клиничких студија указује нам на то да не смемо заборавити улогу матерналне и постнаталне имунске дисрегулације у патогенези ПСА. Узимајући у обзир регулаторну улогу коју имунски систем има на нервне ћелије у свакој фази развоја мозга, врло је вероватно да имунска дисрегулација, узрокована генетичким мутацијама или околишким факторима, може утицати на развој можданог ткива и његово функционисање (58).

Инфекције мајке током трудноће или повишена температура могу бити повезане са ПСА. Актуелна су бројна истраживања о утицају антитела мајке на фетално мождано ткиво и потенцијална улога испитивања панела мајчиних антитела као биомаркера ПСА. Један од доказаних имунских механизма значајних за настанак ПСА је дисфункција микрогигантских ћелија, резидентних имунских ћелија можданог ткива (59).

За сада нема довољно доказа за рутинско имунолошко тестирање у етиолошком испитивању ПСА.

Неуробиологија у ПСА

Неуропатологија

Постмортем истраживања можданих структура указују на абнормалности у пределу церебралног неокортекса, лимбичких структура, укључујући хипокампус и амигдале, базалне ганглије, таламус, мождано стабло и церебелум. У питању су дисплазије, измењена неурогенеза и абнормалне неуронске миграције, које већином потичу из периода пренаталног развоја мозга (47).

Рани убрзан развој мозга

Испитивања су показала да је једна група деце која су касније добила дијагнозу ПСА имала убрзан развој мозга пре друге године живота. То је потврђено мерењем обима главе и MRI ендокранијума. Овај убрзан раст касније има плато и у адолесценцији више нема те разлике у величини (60–62).

Неуроимицинг

MRI волуметријске студије мозга деце са ПСА указују на разлике у односу на контролну групу, и то у свеукупном волумену мозга, кортикалној сивој и белој маси, количини екстрааксијалне цереброспиналне течности и волумену амигдала. Постоје и налази о асиметрији можданих структура. Функционална *MRI* је указала на разлике у ефикасности визуелног процесирања, егзекутивним функцијама, језику и базичним и комплексним вештинама социјалног процесирања. Такође се јавља и функционална смањена повезаност у различитим регионима мозга, који су повезани са језиком, егзекутивним функцијама, социјалном рекогницијом, емоционалним процесирањем и моторним задацима (47).

Иако за сада ниједан од предложених биомаркера није показао довољну предиктивну валидност за клиничку употребу, потрага за биомаркерима у ПСА је и даље главни фокус у истраживањима. Истраживање биомаркера има важну етичку компоненту и с правом се поставља питање о преурањеним трансацијама истраживачких података у доступне комерцијалне тестове који се нуде породицама и особама са ПСА.

Фактори средине као ризик за развој ПСА

О значају фактора средине у развоју ПСА говори чињеница да је прво испитивање повезаности компликација у трудноћи и аутизма рађено још 1956. године (63). Заиста, уколико повећање учесталости дијагностикованог ПСА корелира са правим повећањем инциденције тог поремећаја, може се претпоставити да на то утичу или одређени нови фактори околине или повећање деловања већ постојећег фактора ризика (64).

Најновији резултати истраживања указују на то да су фактори средине одговорни за 40–50% варијансе у ПСА (65). Херитабилност ПСА је врло висока и износи 64–91% (49), али то значи да постоји и део етиологије који се може објаснити другим факторима, какви су фактори средине.

Фактори који могу повећавати ризик за развој ПСА могу се поделити на факторе који делују пре зачећа, пренаталне факторе (факторе током трудноће) и перинаталне/ране постнаталне факторе, односно факторе који делују током и непосредно након порођаја/рођења.

Период зачећа

Године родитеља су повезане са ризиком од ПСА – сваких додатних 10 година старости мајке повећава ризик од ПСА за 18%, а сваких 10 година старости оца за 21% (66). Занимљива је повезаност кратког интервала између трудноћа и повишеног ризика за ПСА – могуће објашњење је да, уколико је размак краћи од 12 месеци, трудноћа настаје пре обнављања залиха фолне киселине, те се повећава ризик за њену инсуфицијенцију у тренутку новог зачећа и трудноће (67).

У општеприсутне факторе околине спадају загађивачи ваздуха и пестициди (68, 69). Такође, утврђено је да је нутритивни статус мајке у смислу гојазности, али и неухрањености, потенцијални фактор ризика за развој ПСА код потомства (70).

Неконзистентни су налази истраживања о вези између вантелесне оплодње и ПСА (71). Епигенетским механизмима се објашњава и веза између вантелесне оплодње и ПСА, и то епигенетским променама индукованим понављаним хормонским терапијама, препаратацијом сперме, смрзавањем ембриона и гамета, условима раста ембриона, одложеном инсеминацијом. Изгледа да вантелесна оплодња у комбинацији са другим постојећим етиолошким факторима (као што су смањена фертилност родитеља, старост родитеља) утиче на епигенетски *DNK* метилациони статус (71).

Пренатални период – фактори ризика који делују у трудноћи

Деловање ваздушног загађења и пестицида спада у пренаталне факторе ризика за ПСА уколико они делују током периода трудноће (72). У ту групу фактора спадају хипертензија и дијабетес мајке, инфекција мајке током трудноће (најчешће грип, рубела, херпес симплекс вирус и бактеријске инфекције), прееклампсија и крварење у трудноћи пре 20. недеље (73, 74).

Конзумирање алкохола у трудноћи јасно је доказан фактор ризика (75), док су резултати неконзистентни по питању пушења мајке у трудноћи (76, 77). Узимање лекова у трудноћи такође је један од фактора ризика за развој ПСА (78). Најчвршћи докази до сада потврђени су за повезаност узимања валпроата током трудноће и ризика за развој ПСА, док је у одређеном броју студија показана повезаност узимања антидепресива и повишеног ризика. У доношењу закључака у тим студијама увек треба размишљати и о ефекту самог стања, дакле депресије мајке, на ризик за развој ПСА, те је тумачење тих налаза врло сложено (70).

Исхрана мајке у трудноћи може значајно утицати на развој централног нервног система (ЦНС) – постоје истраживања која указују на то да смањен унос омега-3 масних киселина, фолне киселине и витамина Д, односно појачан унос засићених масти може деловати као фактор ризика за развој ПСА (70).

Перинатални и неонатални фактори/компликације

У неонаталне факторе ризика спадају тежина на рођењу, низак Апгар скор, маркери хипоксије, респираторни дистрес синдром, асистирана вентилација, асфиксија, потом хипербилирубинемична, енцефалопатија, урођене аномалије и неонаталне/конгениталне инфекције (79). Порођај царским резом или индуковани порођај потврђени су као фактори ризика за ПСА, али су резултати у различитим студијама недовољно конзистентни (70).

Интеракција генетичких фактора и фактора околине

ПСА су комплексни психијатријски поремећаји у чијој основи се налази интеракција генетске предиспозиције и деловања фактора околине. Какво може бити садејство тих фактора, објашњено је помоћу три хипотезе. Хипотеза епифеномена указује на то да генетички фактори повећавају не само ризик за настанак аутизма, већ и ризик за развој пренаталних, перинаталних и неонаталних компликација (80). Друга хипотеза је „хипотеза хетерогености”, према којој се величина ефекта генетичких, односно фактора околине разликује од случаја до случаја. Такође, као значајна се износи и хипотеза да се постојећа генетска предиспозиција (настала због хромозомских или генских варијација) различито испољава, зависно од деловања фактора околине (80).

Оксидативни стрес и поремећај редокс баланса такође могу бити репрезенти везе између генетичких и срединских фактора у настанку ПСА, јер је све више доказа да су генетске варијације у ензимима укљученим у антиоксидативну одбрану повезане са ПСА. Такође, велики број фактора средине који су повезани са повећаним ризиком од ПСА доприносе управо редокс дисбалансу и тако индукују оксидативни стрес (81). То је само један од примера могуће повезаности, а показује колико су комплексни и хетерогени фактори који утичу на развој поремећаја из спектра аутизма.

Фактори средине ризични за развој ПСА су: старост родитеља, фактори повезани са трудноћом, пренатална употреба лекова, болести мајке, исхрана, токсини из средине.

Када говоримо о факторима средине, посебно је важно још једном истаћи да не постоји веза између вакцина и ПСА. Симптоми аутизма нису разлог за одгађање вакцинације. Бурна покренута чланком *Andrew-a Wakefield-a* из 1989. године о наводној повезаности вакцинације против морбила, мумпса и рубеле (*MMR*) и аутизма још увек се није стишала и још увек има заговорника те тезе, иако су многобројна истраживања оповргла ту тврдњу (71, 82–88). Након бројних научних истраживања и чланака објављених још 1999. године, Америчка педијатријска академија и Центар за контролу и превенцију болести Сједињених Америчких Држава, Британски медицински истраживачки савет и Светска здравствена организација су међу првима заузели став да не постоји узрочно-последична веза између вакцине против *MMR* и настанка аутизма.

Када је у питању имунизација, у нашој средини родитељи се прилично збуњују различитим коментарима и ставовима који доводе у питање једну од најважнијих цивилизацијских тековина као што је вакцинација. Већина родитеља је без основног знања о томе како вакцине функционишу и сматрају да стандардне информације нису од помоћи. Најчешће информације траже на

интернету (према истраживањима, око 70%), а свега једна трећина (око 33%) пита свог лекара. Постоји и неоправдан став о одгађању вакцинације. Некада родитељи од особа из окружења или од педијатара добијају савет да дете не прими вакцину док не проговори. Уочава се узнемиреност родитеља и опадање обухвата имунизацијом из године у годину, уз пораст одбијања имунизације, а посебну улогу у томе имају организовани покрети против обавезне вакцинације.

Бројна истраживања нису показала везу између вакцине против *MMR* и аутизма. Подаци из тих студија не подржавају узрочну повезаност те вакцине и аутизма (86, 89–97). Између пропорције и инциденције регресије из спектра ПСА пре, за време и након употребе *MMR*-а, никаква значајна разлика није пронађена између оних који су примили *MMR* и оних који нису. Штавише, инциденција се није значајно променила у сва три периода. Популациона студија у неким земљама (Јапан) када су стопе вакцинисаности нагло пале, односно када се није премењивала вакцина против *MMR*, показале су да је инциденција ПСА у узрасту до седам година значајно порасла. Тиме је потврђено да вакцинација против *MMR* није узрочник пораста инциденције ПСА и да евентуално повлачење *MMR* из земаља где се користи неће довести до редукције инциденције ПСА (89, 90).

Алтернативно се хипотетисало да конзерванс *Timerosal* у неким вакцинама има могућу узрочну улогу у аутизму. Није пронађен ниједан убедљив доказ који подржава повезаност између конзерванса *Timerosala* и аутизма (97). Због смањења обухвата имунизације деце и неизбежне појаве малих богиња, важно је да клиничари буду свесни литературе која се тиче вакцинације и аутизма и да буду информисани у разговору са родитељима и старатељима.

Поређењем деце вакцинисане на време са децом чија је вакцинација била одгођена или непотпуна није пронађена никаква корист у одлагању имунизације током прве године живота. Родитељима који су забринуте да њихова деца примају превише вакцина у кратком временском периоду добијени подаци могу пружити сигурност да правремена вакцинација у детињству нема никакав ефекат на неуропсихолошки развој детета (94).

*Вакцинација деце није повезана са ризиком од развоја ПСА. Недвосмислен и дефинитиван одговор на питање о наводној вези између вакцине против *MMR* и аутизма јесте да она не постоји.*

Међутим, тај став је нанео доста штете јавном здрављу јер су се поново појавиле болести које се превенирају употребом вакцина.

Екранизација и ПСА

Неколико истраживачких студија указује на појаву понашања сличног аутизму код деце која су била изложена екранима више часова у току дана и у дужем периоду (98). Постепени развој симптома налик аутизму колоквијално је означен термином екранизација, док за децу са тим симптомима обично кажемо да су екранизована. Ти термини још увек нису стекли легитимитет у научном дискурсу.

Кинески аутори (99) објавили су студију у којој је евалуирана веза између веома раног излагања екранима и симптома налик аутизму. Узорком је обухваћено преко 29.000 деце и њихових неговатеља. Резултати тог истраживања указују на три важна фактора који повећавају вероватноћу појаве аутистичног понашања: што је иницијални узраст на коме је дете први пут излагано екранима нижи, то је и већа вероватноћа појаве аутистичног понашања, дуже дневно екранско време позитивно корелира са тежином симптома налик аутизму, постоји кумулативни ефекат коришћења екрана, тако да се укупан збир сати проведених испред екрана током неколико година може довести у везу са стањима налик аутизму. За појаву симптома сличних аутизму одговорни су фактори који су непосредна последица продуженог екранског времена: ослабљене социјалне интеракције, смањена прилика за развој имагинативне игре и измењене околности сензорне перцепције (100).

Требало би имати у виду да су рано излагање екранима и недовољна интеракција са неговатељима фактори ризика за стања налик аутизму, а не за ПСА (101).



ПРАЋЕЊЕ РАЗВОЈА – РАНО ПРЕПОЗНАВАЊЕ

Прве године живота имају изузетно велики утицај на целокупан развој детета, а тиме и на његова постигнућа и напредак у одраслом добу. Мождани развој је најинтензивнији у првим месецима и годинама живота и директно зависи од утицаја, искустава и стимулуса којима се дете у том периоду излаже. Требало би истаћи да најзначајнији утицаји на рани развој, када су у питању искуства детета, долазе из односа и интеракција са родитељима. Због тога, брига о раном развоју детета све време подразумева и бригу о родитељима и родитељству.

Пружаоци примарне здравствене заштите (здравствени радници и сарадници) требало би да имају пресудну улогу у раном препознавању развојних проблема детета, координацији подршке, нези и бризи о детету, као и у пружању подршке породици.

Праћење раста и развоја све одојчади и мале деце (укључујући и развојни скрининг) и рано откривање знакова угрожености развоја, уз предузимање специфичних мера и иницирање интервенција када су раст и развој озбиљније угрожени, чине суштину оног дела бриге о деци који је у домену саветодавног рада сваког педијатра. Рано препознавање симптома ПСА је од суштинског значаја како би се правовремено спровела детаљнија процена и/или упућивање детета, када је то потребно, на додатну дијагностику у установе секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите.

Развојна саветовалишта (РС) при домовима здравља требало би да представљају референтна места где би се упућивала деца са развојним одступањима и деца са сумњом на ПСА. Континуирана едукација стручњака и имплементација интервенција заснованих на доказима имају кључни значај за рано подстицање социјалних вештина и понашања деце са ПСА, као и за подршку породицама. Тим РС (педијатар, психолог, дефектолог, логопед), у сарадњи са родитељима, спроводи детаљније процене и израђује индивидуални план подршке (ИПП) за свако дете.

Претраге са циљем раног препознавања ПСА

Више националних водича (102–107) даје упутства да се идентификација деце са ПСА врши на два нивоа: 1) примарно препознавање развојних проблема помоћу рутинског развојног праћења и развојног скрининга; 2) циљано препознавање развојних проблема типичних за ПСА код деце под ризиком, специфични скрининг на ПСА.

Ниво 1: Примарно препознавање развојних проблема помоћу рутинског развојног праћења и развојног скрининга

Рутинско развојно праћење би требало да буде примењено за сву децу и подразумева праћење развоја и идентификацију специфичних ризика за атипичан психомоторни и психосоцијални развој. Тај ниво процене омогућава детекцију различитих одступања и сметњи у развоју, карактеристичних за различите поремећаје, а не само ПСА. Осим клиничке процене, здравствени радници своју процену треба да заснивају и на примени неког од инструмената процене развоја. Коришћење стандардизованих инструмената/упитника повећава прецизност утврђивања развојних проблема и до 70% (108). Препоручује се примена стандардизованих скрининг инструмената (нпр. Узрасти и стадијуми развоја детета; *Ages and Stages Questionnaire – ASQ*) или инструмената намењених праћењу развоја (као што је Водич за праћење развоја детета; *Guide for Monitoring Child Development – GMCD*). Када је у питању ПСА, на том нивоу препознавања развојних проблема препоручује се и примена смерница *Red Flags* и смерница Америчке педијатријске академије (109).

Развојни скрининг се спроводи код мале деце (од 12 месеци живота па и раније) и то:

- 1) праћењем миљоказа развоја очекиваних за узраст (осим уобичајених прате се миљокази у развоју социјалних вештина, комуникације, говора),
- 2) регистровањем одступања у развоју социјалних релација, комуникације, говора.

Посебна пажња се обраћа деци која су под ризиком од развоја ПСА (она која имају позитивну породичну анамнезу или факторе ризика у досадашњем развоју). Стручно праћење раста и развоја све одојчади и мале деце, обезбеђивање подстицања развоја, рано откривање знакова угрожености развоја, уз предузимање специфичних мера и иницирање раних интервенција када су раст и развој озбиљније угрожени, чине суштину оног дела бриге о деци који је у домену саветодавног рада сваког педијатра. Саветовалишта за здраву децу, а посебно РС у домовима здравља, места су где треба активно да се ради на обезбеђивању услова за праћење развоја, на разрешавању развојних тешкоћа и оптимизацији развојних капацитета сваког детета.

На примарном нивоу препознавања развојних проблема педијатри имају главну улогу у процени ризика од ПСА током редовног праћења развоја детета и систематских прегледа, као и током ванредних прегледа обављених на основу забринутости родитеља и других стручњака.

Није препоручљиво одлагање даљих интервенција уколико су уочени знаци високог ризика.

Неоходно је јачање капацитета педијатријске здравствене заштите за рано препознавање поремећаја развоја у раном детињству и увођење стандардизованих инструмената за скрининг и праћење развоја у свим домовима здравља.

Ниво 2: Циљано препознавање развојних проблема типичних за ПСА код деце под ризиком – специфичан скрининг на ПСА

Овај ниво обухвата детаљнију и прецизнију идентификацију симптома карактеристичних за ПСА. Циљани, специфичан скрининг обухвата групе деце под већим ризиком од ПСА. Укључује децу код које је током примарног развојног праћења и развојног скрининга уочено спе-

цифично развојно одступање и постављена сумња на ПСА. С обзиром на то да правовремено спровођење детаљније процене и дијагностике има велики значај, ова група деце може одмах, чим се посумња на ПСА, да се упутује у специјализоване службе. Ради квалитетније процене препоручује се, пре упућивања, спровођење специфичног скрининга на ПСА и детаљније процене у служби развојних саветовалишта. Када год је то могуће, предлаже се примена *M-CHAT-R/F* (110).

Када се појави сумња на постојање ПСА, у оквиру РС се, осим детаљније клиничке и развојне процене, препоручује и примена специфичног скрининга *M-CHAT-R/F* и/или других инструмената процене на ПСА за које су стручњаци обучени (нпр. *CARS-1*, *CARS-2*, *GARS-3*).

M-CHAT-R/F може бити употребљен и оцењен у склопу рутинске посете здравог детета, а могу га користити и специјалисти и други професионалци ради процене ризика од ПСА. То је двофазни скрининг инструмент, користи се за децу од 16 до 30 месеци старости и састоји се од 20 питања (у првој фази се пролази свих 20 питања). Укупан скор се креће од 0 до 20; скрининг је негативан ако је скор 0–2; уколико је скор 3–7 примењују се питања из дела упитника који подразумева контролна питања (друга фаза – подразумева детаљно испитивање само оних одговора у којима су уочена одступања), а ако је скор изнад осам, дете се упућује на даљу процену.

За Србију је обављена валидација упитника, а упитник се може пронаћи на http://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2016/07/M-CHAT-R_F_Serbian_v2.pdf.

Имајући у виду да употреба контролног *M-CHAT-R/F* захтева обуку, препоручује се да га примењују педијатри и здравствени сарадници који заврше обуку. Посебно је важно да буду обучени стручњаци из РС или педијатри са додатном едукацијом за проблеме развоја.

Тестинови не замењују клиничку експертску процену. Тестинови су корисни за структурирање клиничке процене. Они помажу у доношењу одлуке за упућивање на ране интервенције и/или мултидисциплинарне дијагностичке консултације.

Специфичан скрининг на ПСА је индикован за децу из ризичних група (позитиван породични хередитет), децу чији родитељи изражавају забринутост и децу са критичним знацима или забрањавајућим понашањима или симптомима.

Апсолутне индикације за неодложан скрининг на ПСА су следећи симптоми (86, 87):

- изостанак гукања и брбљања или очекиваних социјалних гестова (изостанак социјалне оријентације, социјалног осмеха, неодазивање на позив, непрепознавање гласа родитеља, одсуство заједничке пажње, изостанак наизменичне вокализације између детета и родитеља) до 12 месеци;
- неизговарање ниједне речи до 16 месеци;
- неизговарање по две речи у реченици у спонтаном обраћању (неехолаичне или имитативне) до 24 месеца (111);
- било какав губитак стечених језичких или социјалних вештина у било ком узрасту.

У Анексу 2 приказани су знаци упозорења према узрасту детета (енг. *Red Flags*).

Приликом редовних систематских прегледа деце у прве две године живота, између 12 и 15 месеци и 18 и 24 месеца, треба посебно обратити пажњу на рано откривање симптома ПСА и рано упућивање у развојно саветовалиште на даљу процену и праћење. За децу са високим ризиком од ПСА препоручује се чешћа употреба скрининг теста на узрастима од 9, 18, 24, 30–36 месеци.

Неоходно је јачање квалитета развојних саветовалишта за специфичан скрининг на ПСА и друге савремене методе детаљније клиничке и развојне (функционалне) процене деце.

Табела 2. Смернице за спровођење процедура пре заказивања специфичног скрининга и детаљније клиничке и развојне процене

Пре дијагностичке процене	
Васпитач/учитељ, изабрани лекар/педијатар или здравствени сарадник би требало да:	<ul style="list-style-type: none"> – објасни родитељима/старатељима да у понашању детета препознаје различите „знаке упозорења” који могу указивати на одступање у развоју; – објасни предности и ограничења обављања процене; – прикупи и достави и друге информације које могу да буду доказ постојања коморбидитета (нпр. <i>ADHD</i>) или алтернативне дијагнозе (нпр. сметње у развоју језика и говора).
Особа која упућује на даљу процену би требало да:	<ul style="list-style-type: none"> – образложи разлог због којег дете упућује на процену; – обезбеди пут за упућивање на додатне консултације.
Тим специјалиста којима је упућен пацијент би требало да:	<ul style="list-style-type: none"> – обезбеди да дете, млада особа и његова породица добију информације о процесу дијагностике; – са другим колегама планира процену (клинички психолог, дефектолог, социјални радник).

Процена забринутости на ПСА обухвата одређивање нивоа функционисања и потребе за подршком детету и родитељима. Тај координисани процес почиње упућивањем и завршава се дељењем налаза процене са дететом и родитељима, као и упућивањем на све остале потребне делове система подршке. Свеобухватна процена је кључна компонента свих процена ради утврђивања ризика за ПСА.

Улога педијатра: да рано препозна симптоме и упути на даљу дијагностику, да пружи подршку породици током процеса постављања дијагнозе и примене раних интервенција, да координира етиолошку евалуацију, да помогне у разумевању информација о ефикасности различитих интервенција и примене и прати процес доношења одлуке о избору примене, да открије придружене проблеме и применира их.

Интегрисани приступ непосредно пре или у време дијагностиковања поремећаја

Саопштавање резултата преддијагностичке процене треба да буде у присуству оба родитеља, уз детаљно објашњење улога развојних служби које ће бити укључене пре и након дијагностичких процедура. Информисање родитеља о резултатима процене је етичка обавеза и понашање стручњака треба да буде усмерено у складу са тим. Информације које се пружају морају бити јасне, искрене и потпуне, али треба водити рачуна да се идентификовани ризик артикулише објашњењима која су јасна родитељима (без изазивања непотребне и претеране забринутости, уз мотивисање родитеља да се придржавају даљег плана праћења у складу са ризиком). Појам фактора ризика који захтева праћење треба објаснити, без предвиђања дијагнозе и прогнозе.

Информације које се добијају од различитих стручњака укључених у праћење морају да буду усаглашене и да се понове на сваком следећем прегледу. Због тога здравствени картон детета и извештаји ординирајућег лекара (који су поверљиви документи) треба да буду референтни приликом контакта са дететом и породицом.

Сваки стручњак у оквиру развојног праћења мора оставити писмени извештај (на папиру или електронски) о уоченим факторима ризика, током сваког сусрета са дететом. Уколико не постоји електронска повезаност стручњака, одабрани лекар или дечји психијатар који прати дете као ординирајући лекар треба да буду обавештени о проценама других стручњака о резултатима праћења.

Суштина информација које се дају родитељима о менталном развоју и неуроразвојним одступањима односи се на чињеницу да неуроразвојна одступања нису фиксирана након рођења детета и да се напредак може очекивати на основу бројних параметара, посебно укључењем психостимулативних интервенција из социјалног окружења (112). Пре постављене дијагнозе, родитељима се мора понављано објашњавати значај развојног праћења, уз наглашавање чињенице да је идентификован ризик, а не дијагноза. То значи да треба рећи да није идентификован поремећај, али да постоји ризик да се развије. Уколико су родитељи појачано забринуте, треба предложити и друге видове психосоцијалне подршке, пре свега да се укључе у удружења родитеља.

Дечак, 20 месеци

Педијатријска сестра у вртићу је приметила одступање у развоју двадесетомесечног дечака. Предложила је родитељима да оду до педијатра у РС Дома здравља. Педијатар је прегледао дете и искључио постојање телесног обољења, а родитеље је упознао са психологом РС који је урадио психолошко тестирање и скрининг на ПСА (М-CHAT скор 8). Имајући у виду да је утврђен висок ризик, психолог је заједно са педијатром обавио разговор са родитељима и указао на постојање потребе за додатном специјализованом проценом. До обављања специјалистичког психијатријског прегледа, са родитељима су се договорили да се укључе у CST програм, а дете је укључено у логопедски тренинг у Дому здравља.

Пре дијагностиковања ПСА (видети следеће поглавље), осим препознавања поремећаја, фокус истовремено мора бити усмерен на интервенције које подржавају родитеље, њихове емоционалне потребе, укључујући прилагођавање дијагнози, дугорочно управљање стресом и заштиту од стигме. Императив је да дијагноза буде повезана са интервенцијом, адекватном сарадњом са родитељима (прављењем плана емоционалне подршке и едукације).

Постдијагностичка подршка и праћење развоја

У периоду након постављене дијагнозе, служба РС такође треба да буде ослонац породици у дефинисању и извођењу мера развојне и образовне подршке у локалној заједници.

Након процене у РС, у периоду до спровођења специфичне циљане дијагностичке процене на ПСА у специјализованим центрима, дете и породицу треба укључити у интервенцију која подразумева примену мера развојне стимулације, усмерене на области у којима се испољавају одступања. Интервенције треба да комбинују индивидуални рад са дететом, уз ангажовање и обучавање родитеља у РС, саветовање родитеља, подршку укључивању у вртић (када се процени да је индиковано и кад год је могуће) и интервенције које могу да се примењују у породичној средини. У том смислу је неопходно, од самог почетка, креирати партнерски однос са породицом, како би се постојеће снаге детета и породице унапређивале и користиле у примени потребних интервенција.

То подразумева извођење појединих интервенција у складу са дефинисаним планом индивидуалне подршке (и могућностима службе), кроз рад са дететом и родитељима у оквиру службе и кроз сарадњу са другим секторима локалне заједнице (образовање, социјална заштита, НВО).



ДИЈАГНОСТИЧКА ПРОЦЕНА

Уколико је специфичан скрининг за ПСА позитиван, установљена је сумња на ПСА. Тада дете треба упутити у специјализоване установе на процену и дијагностику. Комплементарно овом процесу детету се израђује ИПП у односу на његово функционисање и спроводе се ране интервенције. Подсећамо да започињање раних интервенција не треба да чека доношење коначне дијагнозе. Поуздан и узрасно прикладно временски темпиран дијагностички процес такође се може посматрати као рана интервенција (113).

Постоје бројне баријере за рану дијагнозу и о њима треба водити рачуна: родитељи или старатељи не прихватају да са њиховим дететом постоји проблем, изабрани педијатар касно упућује дете специјалистичким службама, листе чекања на разне специјалистичке прегледе, не-едуковано особље, недостатак кадра за спровођење ране интервенције (дефектолога, логопеда, психолога) (114). Постојање протокола за интерсекторски рад, повезаност путем електронских система података и јасни стандарди у значајној мери би повећали ефикасност пружања раних интервенција.

Иако је много истраживања која нуде релевантне доказе да је могуће поставити дијагнозу у веома раном узрасту (већ са 18 месеци) (9–12) и да је дијагностичка стабилност одржива кроз време (87), приоритетни циљ је ипак рано откривање одступања у развоју, постављање сумње и покретање раних интервенција. Коначни циљ је квалитетна, поуздана дијагноза до које се долази адекватним дијагностичким поступком/проценом, у сарадњи са родитељима.

Дијагностичка евалуација настоји да одговори на питања да ли су испуњени критеријуми за клиничку дијагнозу ПСА и да ли постоје друга придружена стања, поремећаји и/или обољења. Ако нису испуњени критеријуми за клиничку дијагнозу, отвара се питање да ли постоје други фактори који боље објашњавају стање.

Специјалистичку процену, односно дијагностику, спроводе само професионалци који имају довољно искуства и вештина да поставе дијагнозу ПСА. У овом тренутку у Србији дијагнозу ПСА поставља дијагностички тим у саставу: *дечји психијатар, клинички психолог и дефектолог*. Циљ специјалистичке процене је да се прикупе и забележе информације које омогућавају дијагнозу и да се састави ИПП за правовремене и одговарајуће интервенције.

Дијагноза ПСА се може посматрати као доживотна. Из тог разлога је важно поставити поуздану дијагнозу. Специјалисти морају бити потпуно сигурни да су довољно информисани и искусни да поставе праву дијагнозу. Препорука је да се дијагноза поставља на основу временског праћења детета (не у једном сусрету). Време праћења и евалуације почетног налаза може бити 6–12 месеци, зависно од узраста детета, укључености у психостимулативни третман и утицаја родитељства и средине на развој и понашање детета.

Од специјалисте дечје психијатрије (који формално поставља дијагнозу) очекује се да сарађује са колегама из других области да би се постигао дијагностички консензус. Препоручује се да дијагноза буде поткрепљена са најмање два независна мишљења, утемељена на клиничкој процени и употреби стандардизованих инструмената. У случају суптилне клиничке презентације и несигурности у дијагнозу, лекари би увек требало да упуте пацијента на додатне специјалистичке прегледе.

Циљ дијагностичке процене је: да се правовремено сагледа порекло развојног одступања, степен функционалности у свим доменима развоја, да се олакшају доступност и укључење у организовану постдијагностичку подршку свим секторима.

Компоненте дијагностичке процене

Прикупљање података

Медицинска историја, животиња и породична анамнеза

Узимање анамнезе је значајан део сагледавања деце са ПСА. У процесу узимања анамнезе може бити корисна и употреба специфичних инструмената и упитника за ПСА. Лекари треба да воде рачуна о индивидуалним околностима и перспективама деце са ПСА, укључујући и капацитете породице/старатеља и окружења, и да узимају у обзир могућност да иста особа болује од још неког обољења и могуће диференцијалне дијагнозе.

Прикупљени подаци треба да садрже:

- податке о пренаталном, перинаталном периоду и развојној анамнези (укључујући социјалне и емоционалне факторе) све до тренутка прегледа пацијента. Треба да садрже и детаљан увид у постојање проблема у социјалним релацијама код куће и у школи;
- опис понашајних образаца који указују на одступање у очекиваном развоју, добијен од појединца са ризиком од ПСА или хетероанамнестички (нпр. од родитеља, рођака, стручне службе вртића или школе, психолога или послодавца када су одрасле особе у питању). Треба се фокусирати на релевантне понашајне обрасце, симптоме и знаке карактеристичне за ПСА;
- опис и сажетак већ постојеће стручне документације и извештаја о претходној процени, примени раних интервенција, доступних материјала о раном развоју детета (нпр. књиге за бебе, кућни видео-снимци), школске извештаје или доказе о постојању злостављања и занемаривања;
- породичну анамнезу која укључује ПСА, тешкоће у коришћењу говорног језика или разумевању језика, психијатријске поремећаје, интелектуалну ометеност, епилепсију, развојне неуролошке поремећаје или болести зависности;
- опис чланова породице (нпр. коришћењем генограма) и било каквих проблема у породици (нпр. развод/растављеност родитеља) или значајних животних догађаја (нпр. значајан губитак) који би могли да утичу на понашање детета или да боље објасне одступања у развоју детета (посебно уколико постоји сумња на злостављање и занемаривање).

Дијагностички инструменти

Дијагностички инструменти специфични за ПСА могу се користити као додатак у процесу узимања анамнезе. Њихова примена пружа значајну помоћ у структурираном и прецизном начину прикупљања информација о постојању и обиму понашања повезаних са ПСА. Најчешће примењивани су: *Autism Diagnostic Interview-revised (ADI-R)*, *Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO)* и *Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview*.

Показано је да је *ADI-R* поуздан дијагностички инструмент. Треба га користити са посебним опрезом ако деца имају мање од две године. Може бити користан и у прикупљању информација потребних за комплетнију клиничку слику. *ADI-R* је преведен у Србији и користи се у терцијарним здравственим центрима од тренираних стручњака.

Клиничка опсервација/процена (индивидуална процена/интервју)

Искуство интеракције са дететом са ПСА може бити корисно за прикупљање клиничких доказа ПСА који су у складу са актуелном класификацијом МКБ. Општезаступљена је и употреба класификације *DSM-5* Америчког удружења психијатара. Дијагностиковање захтева клиничко искуство.

Некада је немогуће прикупити довољну количину информација и доказа током једног прегледа, те је понекад потребна опсервација пацијента у другачијем окружењу, нпр. у вртићу, школи или на клиници, због чега дијагноза ПСА захтева евалуацију током времена (6–12 месеци) и континуирано перзистирање симптома у различитим контекстима. Специфични дијагностички инструменти за ПСА могу се користити и у процесу клиничке опсервације, као део клиничке процене. *The Childhood Autism Rating Scale (CARS)* старији је упитник који обухвата кратку историју болести и опсервацију спонтаних образаца понашања значајних за ПСА. *CARS* је ажуриран и актуелно се користи верзија *CARS-2*. У Србији је овај инструмент доступан у установама терцијарне здравствене заштите.

The Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2) доказано је поуздано дијагностичко средство које се такође може искористити као додатак узимању анамнестичких података. У Србији је тај инструмент доступан у одређеним установама терцијарне здравствене заштите. Упоређивањем инструмената закључено је да је употреба комбинације инструмената (*ADOS-2* + *ADI-R*) има сличну прецизност као „златни стандард“ (мултидисциплинарна процена) у постављању дијагнозе. Не препоручује се да се дијагноза ПСА доноси само на основу ПСА-специфичних дијагностичких инструмената.

Лекари укључени у специјалистичку процену требало би да узму ПСА-специфичну развојну анамнезу и да директно опсервирају социјалне и комуникацијске вештине дејетца. За постављање дијагнозе је пожељно, али не и пресудно коришћење структурисаног инструмента као помоћног средства.

Тренутне препоруке у домену развоја у великој мери наглашавају значај дијагностичке процене као колаборативног процеса повезаног са циклусом планирања, интервенцијама и проценом учињених активности. Корисне информације о функционисању појединца требало би сакупљати са различитих места и од различитих људи, као што су вртићи, школе, рођаци и др. Такав тип информација помаже бољем разумевању функционисања појединца у групи и неструктурираном окружењу. Понекада може да укаже на неке тегобе особе које нису биле евидентне у клиничком прегледу или у структурираном окружењу.

Информације о функционисању појединца са ризиком за ПСА требало би изражити из што више доступних извора.

Саопштавање дијагнозе

Дијагноза треба да се саопшти, уколико је могуће, у присуству оба родитеља. Начин на који се информације саопштавају треба да буде пропраћен тоном и гестикулацијом која подстиче разумевање и прихватање родитеља, а садржај информација мора одговарати познавању језика и могућностима разумевања родитеља. Може укључивати и визуелне стратегије које подржавају објашњење. Информације које се пружају морају бити јасне, искрене и потпуне, али треба водити рачуна да се не изазове непотребна и претерана забринутост родитеља. Због тога, неопходно је мотивисати родитеље да се придржавају даљег плана праћења у складу са дијагнозом. Појам фактора ризика који захтева праћење треба објаснити, без предвиђања дијагнозе и прогнозе (51).

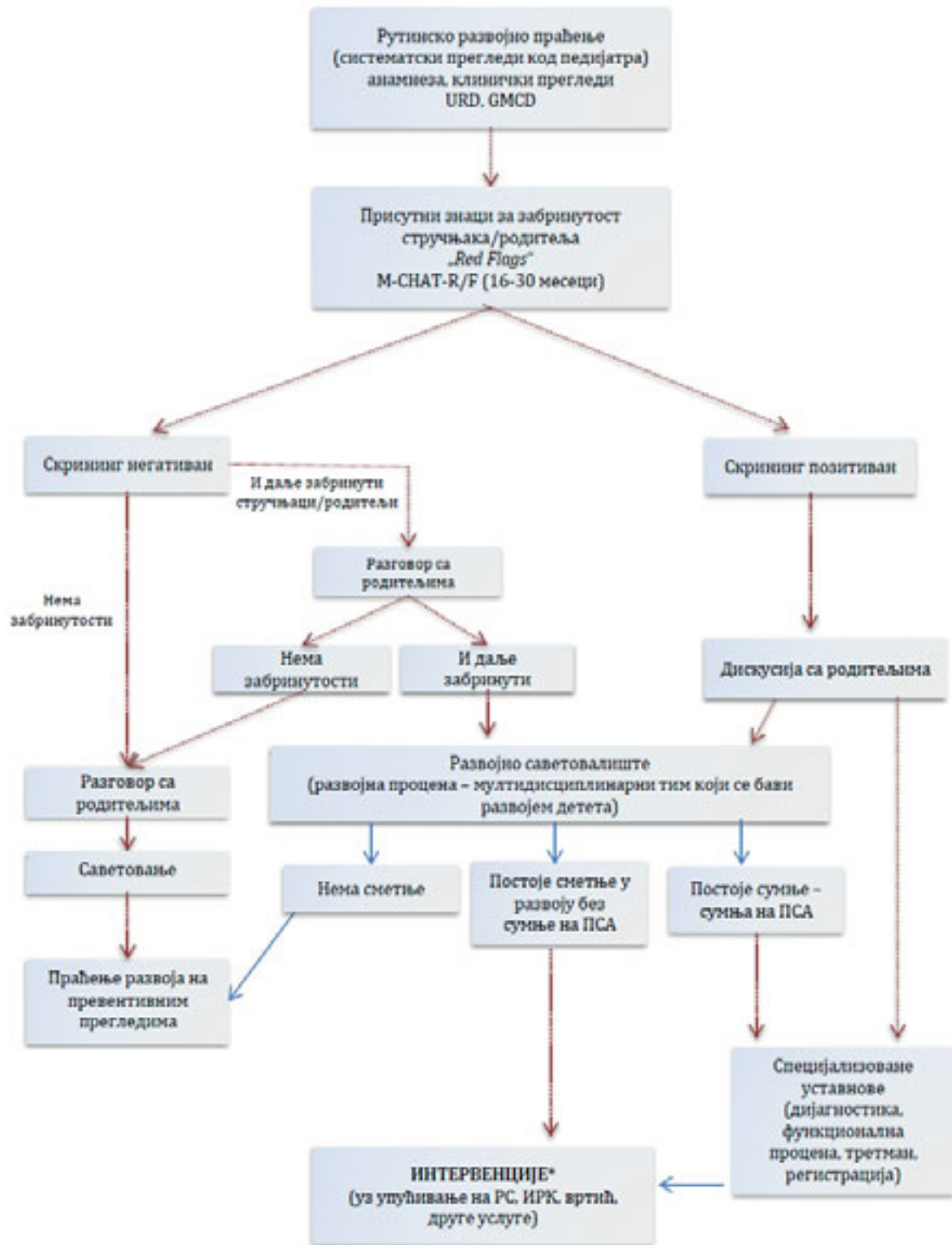
Уколико географска локација или ограничења путовања спречавају састанак лицем у лице, могу се користити и електронске интернет комуникације, али само уколико је то једино могуће средство комуникације.

Даље информације које дете и родитељи добијају од различитих стручњака укључених у постдијагностичко праћење морају бити усаглашене са дијагностикованим стањем како се родитељи не би довели у забуну, а план третмана доведен у питање. Због тога медицински извештаји детета треба да буду референтни.

У складу са наведним, родитељима и стручњацима се током дијагностичке процене препоручује следеће:

Табела 3. Смернице за подршку родитељима и деци и младима са ПСА током спровођења дијагностичке процене

Приликом сваког накнадног сусрета у оквиру дијагностичке процене	
Тим стручњака би требало да:	<ul style="list-style-type: none"> – током процене обезбеди довољно времена за објашњење и разговор о налазима. Могуће је да ће се појавити стресне реакције; – понуди основне информације утемељене на актуелном знању о узрочности, интервенцијама и прогнозама, даљим потребним испитивањима и могућим следећим корацима; – разговара са родитељем/старатељем о ревидирању/понављању процене у случају да постоје дилеме/несигурност приликом постављања дијагнозе; – уважава родитељске бриге и приоритете, као и бриге одраслих особа са ПСА (додатне информације/брошуре се могу наћи на сајту http://deaps.org/saradnja-autism.html).
Подршке које прате успостављање дијагнозе ПСА	
Тим стручњака би требало да:	<ul style="list-style-type: none"> – обезбеди информације из области образовања, социјалне заштите, услуга невладиног сектора (на крају ових смерница); – предложи интервенције у складу са индивидуалним потребама пацијента у партнерству са породицом; – у случају потребе, обезбеди додатне информације, на пример, о најчешћим коморбидним стањима (додатне информације/брошуре се могу наћи на сајту http://deaps.org/saradnja-autism.html).



*Индивидуализоване интервенције креиране у сарадњи с родитељима у оквиру мултисекторског приступа.

Слика 3. Пут од развојног праћења до дијагнозе и интервенција

Дијагностичка процена аутизма одраслих

Рана дијагноза се поставља особама са тежим симптомима (нпр. изражена социјална изолација, чести моторни маниризми, изостанак контакта очима) и са развојним тешкоћама (успорен когнитивни развој или развој говора). Код особа без уочљиво успореног развоја и са мање израженим тешкоћама ПСА се препознаје касније (115).

У складу са тим, постављање дијагнозе ПСА одраслима представља додатни изазов. Пре свега, готово сви дијагностички инструменти су примарно развијени за децу, а понекад је тешко добити податке о раном развоју. Због свега тога, клиничка процена често мора да се ослања на самопроцену или податке из других извора да би се добила што комплетнија слика симптома и функционисања особе (50). Такође, симптоми у одраслом добу мање су изражени него у периоду детињства, посебно особа са солидним когнитивним функционисањем које су развиле начин да „маскирају” тешкоће које имају (50).

Табела 4. Препоруке Националног института за здравље и бригу (*National institute for health and care excellence – NICE*) за дијагнозу и третман аутизма одраслих – дефинисање елемената који могу указивати на потребу детаљнијег испитивања у правцу дијагнозе аутизма (116)

Један или више од наведеног	– Сталне тешкоће у социјалним интеракцијама
	– Сталне тешкоће у социјалној комуникацији
	– Стереотипно (ригидно и репетитивно) понашање, отпор према променама и ограничена интересовања
+	
Један или више од наведеног	– Проблеми у добијању или задржавању посла или у образовању
	– Тешкоће у започињању и одржавању социјалних односа
	– Ранији или садашњи контакт са службом менталног здравља/ранији или садашњи контакт са службама због тешкоћа у учењу
	– Постојање податка о неуроразвојном поремећају (тешкоће у учењу или поремећај пажње) или о психијатријском поремећају

Све је више свести и о томе да је постављање дијагнозе ПСА код девојчица и жена додатни изазов. Манифестација симптома у овој популацији је атипична, дефицити у социјалним интеракцијама и комуникацији су суптилнији, особе женског пола су склоније „маскирању” тешкоћа (50, 117). Касније постављање дијагнозе значи и недостатак адекватне помоћи и подршке, као и повећан ризик за развој емоционалних проблема, док отежано сналажење у социјалним односима води могућности виктимизације тих особа и различитим облицима агресије и злостављања (50).

Управо због тога, врло је важно имати на уму могућност да одрасла особа може имати ПСА, иако дијагноза није постављена у детињству. Постављање дијагнозе захтева врло детаљну процену, информације треба потражити из што више извора, посебно за особе женског пола.

Уколико постоје клинички знаци аутизма, односно сумња на постојање ПСА код особе у одраслом добу, а нема интелектуалну ометеност, може се користити скала Квоцијент аутистичног спектра са 10 ајтема – *Autism-Spectrum Quotient – 10 items (AQ – 10)*. Уколико особа има скор шест или више на тој скали и ако се на основу детаљне клиничке процене постави сумња на ПСА, неопходно је наставити дијагностички процес.

С обзиром на значај података родитеља/неговатеља за разјашњење бихевиоралних карактеристика у детињству, одраслом добу или у оба периода, препоручује се коришћење *ADI-R*. *ADOS* модул 4 је једини валидирани опсервациони инструмент за дијагнозу ПСА у одраслом добу (118). Код особа мушког пола, помоћу тог инструмента се адекватно разликује ПСА од елемената поремећаја личности и типичног развоја (119). С друге стране, могућност препозна-

вања ПСА код особа женског пола помоћу тог инструмента може бити отежана, због потенцијално већ значајно развијених метода прикривања и заобилажења свакодневних тешкоћа у функционисању. Стога, уколико се коришћењем тог инструмента за особу добију скорови нижи од граничних вредности за дијагнозу ПСА, то није нужан разлог за одбацивање дијагнозе у потпуности (115). На пример, могуће је да особа развије навiku да успоставља контакт очима током разговора, да користи припремљене фразе или шале за разговор. Особа која је развила стратегију причања анегдота и начине да увек настави разговор на први поглед може деловати дружељубиво, али уз детаљнију анализу може се приметити да отежано учествује у реципрочној конверзацији и да има тенденцију „држања монолога” (115). Тачније, тек уз детаљнију анализу већ развијених стратегија превладавања тегоба, како са особом коју испитујемо, тако и са особом која нам даје додатне информације, можемо дефинитивно донети одлуку о постављању или искључивању дијагнозе ПСА.

Процена когнитивних и адаптивних капацитета особа са ПСА

Приликом постављања дијагнозе и клиничке процене особа са ПСА треба сагледати целокупну слику и узети у обзир интелектуалне, адаптивне и неуропсихолошке снаге и потешкоће које особа има. Та врста процене нема циљ да потврди дијагнозу ПСА већ да помогне у разумевању актуелног стања и предвиђању дугорочних исхода, начина школовања и у процени које од интервенција су у датом тренутку најкорисније. Комплетно сагледавање и процену могућности особа са ПСА обично ради тим од неколико професионалаца из различитих струка. Зависно од области која се процењује примењиваће се и различити тестови. Задатак психолога се најчешће односи на процену когнитивних и/или адаптивних капацитета. Почетком деведесетих година XX века преваленција интелектуалне ометености деце са ПСА процењена је на 90%. У студијама преваленције од 2000. године наводе се стопе коморбидитета интелектуалне ометености и ПСА на приближно 50% (121). Новије студије показују да је преваленција интелектуалне ометености особа са ПСА 22,9% (122, 123).

С обзиром на то да *DSM-5* и *МКБ-11* захтевају да се приликом дијагнозе ПСА документује постојање интелектуалне ометености или њен изостанак, значајно је донети одлуку о томе који инструмент применити приликом процене. Тај задатак је прилично комплексан јер постоји већи број тестова којима се она може утврдити, али нису сви подједнако прилагођени популацији са ПСА. Избор теста којим ће се процена радити зависи од карактеристика испитаника, које се увек морају узети у обзир. Постоји више разлога због којих стандардни тестови нису подједнако примењиви на све особе са ПСА. Класични тестови интелигенције по природи задатка нису прилагођени особама са ПСА. Велика већина се темељи на претпоставци да испитаници могу да разумеју и користе говорни језик на нивоу који одговара узрасту. Такође, они подразумевају да између испитивача и испитаника постоји добар однос и да постоји мотивисаност и спремност за сарадњу и интеракцију са испитивачем, а управо је тешкоћа успостављања адекватне социјалне интеракције једна од кључних одредница ПСА. Други, не мање ометајући фактор у нашој средини јесте постојање свега неколико стандардизованих тестова за процену когнитивног функционисања, и међу децом и међу одраслима. Само превођење и задавање тестова, без нормирања на националној популацији, представља грубо кршење основних правила психолошког тестирања.

Весклерове скале интелигенције спадају међу најчешће коришћене мере за процену интелигенције. У нашој средини за процену на узрасту до 16 година стандардизован је *REVISK*, на основу којег се добијају три мере: укупан *IQ*, вербални и манипулативни скор. Последња креирана верзија је *WISC-V* и у њој је концепт интелигенције донекле промењен, те се мери пет фактора: вербално разумевање, визуелно-просторно резонување, флуидно резонување, радна меморија и брзина обраде информација. У недавно објављеним студијама у којима је коришћена та верзија теста идентификовани су типични обрасци когнитивног функционисања особа са ПСА. Особе са *FIQ* (укупан *IQ*) ≤ 85 обично имају низак скор на фактору вербалног разумевања и висок на визуелно-просторном и фактору радне меморије, док они који имају *FIQ* ≥ 86 имају високо

вербално разумевање и визуелно-просторни фактор, али ниске резултате на фактору брзине обраде информација (124).

За одрасле испитанике се примењује стандардизовани тест *VITI* (креиран на истом принципу као и *REVISK*). Управо је завршена стандардизација *WAIS-IV*, чија су новина, као и *WISC-V*, пет фактора, а не три скорa којима се рачуна *IQ*.

Осим Векслерових скала, друге мере интелигенције које се често користе за особе са ПСА су Стенфорд–Бинеова скала интелигенције и Скала диференцијалних способности II (*DAS-II*).

Уколико је особа са ПСА слабо вербална или невербална, ти инструменти нису од велике користи. Такође, за млађу децу се не користе тестови интелигенције, већ развојне скале. У употреби су најчешће *Bayley Scales of Infant and Toddler Development 3rd Edition (Bayley-III)* и *Psychoeducational Profile, 3rd Edition (PEP-3)* (нису стандардизовани у нашој средини). За невербалну децу се препоручује примена *Leiter International Performance Scales-3 (Leiter-3)*, али се мора узети у обзир да многи задаци на *Leiter-3* захтевају вештине упаривања и показивања, што деци са ПСА може представљати проблем.

*Важно је знати да резултати добијени на развојним скалама мере развојни количник, који није еквивалент *IQ*, те се не препоручује поређење резултата добијених на различитим инструментима процене.*

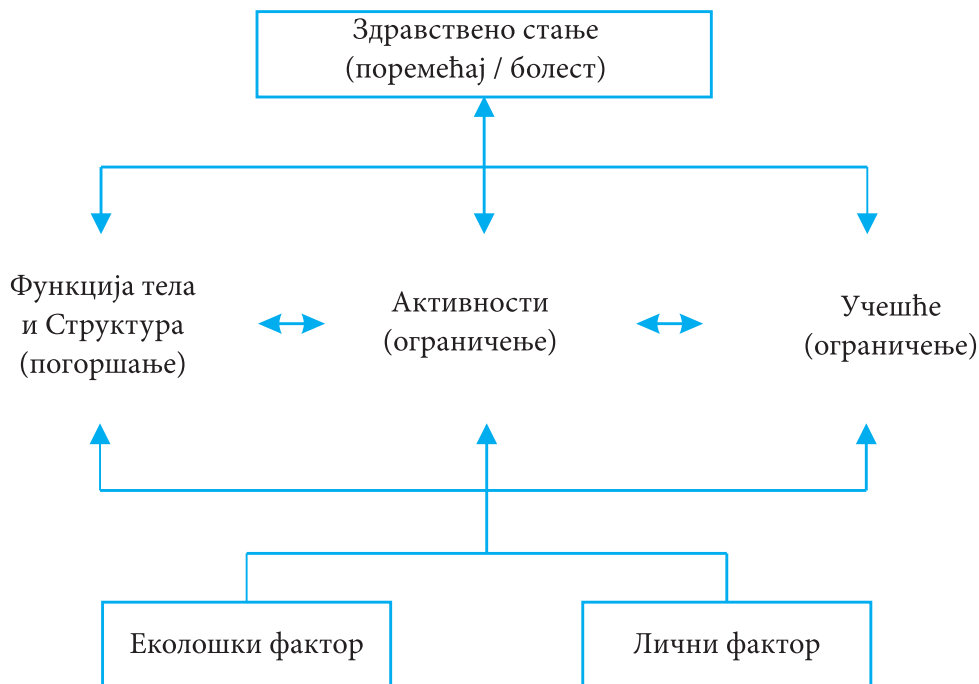


ДЕТАЉНА ФУНКЦИОНАЛНА РАЗВОЈНА ПРОЦЕНА

Функционална процена, то јест процена степена функционисања детета у окружењу, основ је за процену сметњи у развоју/инвалидитета детета и представља важан допринос развоју адекватног плана интервенција. Основи функционалне процене постављени су у Међународној класификацији функционисања инвалидности и здравља (*International Clasification of Functioning, disability and health – ICF*), а нешто касније развијена је и верзија за децу и младе (*ICF-CY*) Светске здравствене организације. *ICF* и *ICF-CY* су засноване на Конвенцији о правима особа са инвалидитетом и предложене су као алатке за праћење њеног остваривања. Класификација *ICF* обезбеђује јединствени стандардни језик и оквир за описивање здравља и стања која су у вези са здрављем.

ICF-CY је оквир за организовање и документовање информација о функционисању и инвалидитету деце и младих и служи се неутралним језиком којим могу да се опишу позитивни и негативни аспекти функционисања. *ICF-CY* користи биопсихосоцијални приступ разумевању инвалидитета и тако интегрише медицинске и социјалне приступе и моделе. Тим оквиром се процењује функционисање особе на телесном нивоу (телесне функције и структуре), на индивидуалном нивоу (активности) и на социјалном нивоу (партиципација). Функционисање се схвата као динамичка интеракција између здравственог стања појединца, фактора окружења и личних фактора. Схема *ICF* процене је дата на слици 4, а у табели 5 приказани су описи процена према оквиру *ICF*.

При томе, телесно функционисање и структура се односе на физиолошко функционисање и анатомску структуру и делове тела, као што су различити органи. Домен активности се односи на извршење задатака или радњи, а партиципација представља укљученост и учешће особе у различитим животним ситуацијама. Фактори спољашње средине су физичко и социјално окружење.



Слика 4. Схема ICF процене

Табела 5. Функције и структуре, активности и партиципација (Извор: ICF)

Телесне функције	Активност и партиципација
<ul style="list-style-type: none"> - Менталне функције - Сензорне функције и бол - Функције гласа и говора - Функције кардиоваскуларног, хематолошког, имунолошког и респираторног система - Функције дигестивног, метаболичког и ендокриног система - Генитоуринарне и репродуктивне функције - Неуромишићне, скелетне и функције повезане са кретањем - Функције коже и повезаних структура - Кључне животне области 	<ul style="list-style-type: none"> - Учење и примена знања - Општи задаци и захтеви - Комуникација - Покретљивост - Сопствена нега - Свакодневни живот - Међуљудске релације и односи
Телесна структура	Фактори средине
<ul style="list-style-type: none"> - Структуре укључене у глас и говор - Структуре кардиоваскуларног, имунолошког и респираторног система - Структуре повезане са дигестивним, метаболичким и ендокриним системима - Структуре повезане са генитоуринарним и репродуктивним системом 	<ul style="list-style-type: none"> - Природна околина и промене у окружењу које је изазвао човек - Подршка и односи - Ставови - Услуге, системи и политике

Класификација ICF-CY је комплементарна МКБ и тако помаже у тумачењу разлика између здравствених стања (болести, поремећаја, повреда) и инвалидитета, то јест степена тешкоћа у функционисању. Систем класификације у ICF-CY није оријентисан на специфично здравствено стање или етиологију. Деца могу имати исте дијагнозе, али различите степене функционисања или обрнуто, исти степен функционисања, а различите дијагнозе. На пример, једно дете са аутизмом је потпуно зависно од бриге и неге другог лица (раније поменути „дубоки аутизам”), док је друго дете с аутизмом потпуно независно, вербално и од других се разликује у проблемима социјалне комуникације. Такође, једно дете захваљујући подршци која је организована у школ-

ском окружењу бива потпуно интегрисано у вршњачку групу, док друго живи „у изолацији” јер су услови и капацитети школе такви да не успевају да сагледају потребе детета и организују да се дете укључи у свакодневне образовне токове. Зато се функционисање детета процењује у контексту окружења, укључености и последично квалитета живота детета и породице; интервенција се усмерава и на дете и на његово окружење, породицу, заједницу итд.

Сваки аспект функционисања у *ICF-CY* треба разумети као континуум (спектар) између идеалног или максималног нивоа функционалности и потпуног изостанка функције, тешкоће или проблема. Уз такав начин се губи могућност категоријалног објашњења и сметња/инвалидитет посматра више у смислу колико утиче на функционалност детета/појединца, а не на пуку категорију има/нема болест, у чему је и суштинска предност таквог начина посматрања.

Због свега тога, функционална процена је свеобухватнији начин процене стања детета у односу на досадашње примењивану процену која се односила на постојање односно непостојање симптома болести. Тиме се значајно олакшава процена потребног нивоа подршке за дете, омогућава се планирање неопходне интерсекторске сарадње потребне за пружање максималне подршке породици и детету са сметњама у развоју. Након специфичног скрининга и уочавања параметара који указују на кашњење у развоју у специфичним доменима, упоредо са дијагностиком за ПСА ради израде квалитетног ИПП за свако дете (или младу и одраслу особу) и породицу, спроводи се детаљнија клиничка и функционална развојна процена. Проценом се добијају свеобухватна слика детета и јасан увид у потребе и приоритете породице. И у функционалној процени треба задржати приступ усмерен на породицу. Породичне забринутости и приоритети треба да буду први у фокусу процене, а након тога и процењивање целокупног функционисања детета ради потпуног информисања родитеља о њиховом детету и добијања комплетних информација за заједничку припрему одговарајућег и ефикасног плана интервенције.

Процена је неретко велики стрес и за дете и за родитеље, зато услови у којима се процена изводи и начин њеног извођења могу значајно да утичу на исход процене. Због тога је један услов који треба да задовољи сваки формат процењивања давање родитељима и стручњацима реалне слике о дететовим способностима. Уколико тај услов није испуњен, не можемо породици дати прецизне информације. У чланку који је изашао у часопису *Exceptional Parent*, Елизабет Мун пише о себи и многим другим родитељима и описује фрустрацију коју је осетила када је њено дете лоше прошло на тестовима. Њен чланак има наслов „Тестирано дете/право дете”.

Дете на процени једва може да се попне уз неколико степеница, држећи се за руку одрасле особе и газећи обема ногама на сваки степеник. Право дете се само пење уз степенице, гази на сваки степеник, а неки можда и прескочи.

Чини се очигледним да евалуација која не може да пронађе „право дете” не може да буде основа за дијагнозу или лечење. Није битно да ли дете „треба” или „не треба” да се понаша другачије током тестирања; право дете чине оба детета, али ми желимо да подстакнемо оно живахно, компетентно и храбро дете које је присутно код куће. А то не можемо урадити уколико не познајемо његове праве способности.

Елизабет Мун, *Exceptional Parent*, June 1992 (стр. 16–17)

Који су то формати процењивања који допуштају „правом” детету да се покаже и тако нам помогне да родитељима дамо тачне информације? Формати који захтевају много времена проведеног у непознатом окружењу, где мало дете долази у контакт са више непознатих људи и од њега се захтева да изведе бројне задатке у веома структурисаним активностима, нису најповољнији.

Функционалну процену детета претежно обављају здравствени сарадници у РС, али и на другим нивоима здравствене заштите. Стручњаци из РС и других служби који се баве децом, младима и одраслима са ПСА спровode детаљнију клиничку и функционалну развојну процену у сарадњи са родитељима (а ако је дете укључено у предшколску установу, школу, дневни боравак, радну средину или неку другу услугу за младе и одрасле особе – у сарадњи са васпи-

тачем/наставником, педагошко-психолошком службом вртића и професионалцима из служби које пружају услуге младим и одраслим особама). Аутори Fuchs, Fuchs, Power & Dailey (1985) приказали су у свом раду да, иако деца без додатних потреба подједнако добро раде тестове са познатим и непознатим испитивачима, деца са потешкоћама у комуникацији лошије пролазе када је испитивач неко кога не знају, па је зато најефикаснија процена када је спроводе или у њој учествују особе које дете већ познаје (125). Да би се избегао велики број стручњака који сукцесивно учествују у процени функционисања детета, методе се могу применити тако што је неко од стручњака у контакту са дететом док други ту интеракцију посматрају, као и такозвана арена процене. Време процене треба прилагодити детету и није неопходно извести је у једном дану нити сагледати све домене развоја одједном. Информације о функционалности и тешкоћама у функционисању добијају се анамнестички (пожељно је имати податке из више извора – дете или млада/одрасла особа са ПСА, родитељи, запослени у вртићу, у школи), применом инструмената процене, посматрањем (понашања и вештина који се природно јављају у свакодневним рутинама и активностима – у породичном дому, вртићу, школи) и клинички (126). Уколико није могуће спровести процењивање код куће, друга опција је да се „породична кућа” премести у окружење стручњака. Просторије за тестирање могу се напустити, а направити собе које личе на кухињу, дневне собе или собе за игру. Родитељима се може предложити да донесу дететове омиљене играчке, познате предмете (нпр. ћебенце), како би се простор учинио подстицајнијим за природније интеракције. Одвајање мале деце од родитеља у сврху процењивања требало би да се дешава веома ретко или никада. Подаци се могу прикупити и на основу видео-записа детета у одређеним ситуацијама које снимају родитељи. Подаци о функционисању одраслих особа могу се добити и од браће и сестара, партнера или других чланова породице (уколико постоји сагласност одраслих особа са ПСА) и путем самоизвештавања. Током спровођења функционалне процене не треба занемарити значај примене личних и отворених питања о забринутостима и потребама породице детета (особе) са ПСА. Функционална процена садржи процену функција и активности свих домена развоја – моторичког, социоемотивног, когнитивног, активности комуникације и самосталног живота/бриге о себи и функције чула, са посебним фокусом на индивидуалне и породичне потребе. У функционалној процени одраслих особа са ПСА најчешће се пажња усмерава на следеће домене – аутономија у активностима свакодневног живота; радно ангажовање (способност да се добије, задржи и ефикасно обавља посао); међуљудски односи (способност да се успоставе и одрже пријатељске релације, укљученост у друштвене активности, интимни односи); слободно време (хоби, учествовање у слободним активностима); управљање финансијама и когнитивно функционисање (нпр. решавање проблема, памћење нових информација, концентрисање током читања итд.) (127).

Приликом процене треба водити рачуна о узрасту детета (особе), социокултурним карактеристикама породице, природним индивидуалним варијацијама функционисања у областима испитивања (најпре емоционалног и социјалног), могућој реактивној природи тешкоћа (изложеност неповољним животним догађајима) и појави да се родитељско разумевање потреба њиховог детета (особе) може разликовати од сагледавања професионалаца. Пре спровођења функционалне процене родитеље детета, односно ако је процењује одрасла особа, требало би саму ту особу упознати са сврхом процене и начином на који ће резултати те процене бити подељени са њом (127, 128).

Процена функционалности детета је саставни је део информација о детету при упису детета у званичан национални Регистар деце са сметњама у развоју, на основу кога се сагледавају националне потребе и обим подршке коју држава треба да усмери ка породицама, заједници и различитим системима, а представља и компоненту дијагностичког процеса и дијагностичке процене (видети даље у тексту). Функционална процена, израда ИПП и интервенције треба да започну што пре по установљавању ризика и развојних тешкоћа детета, то јест треба их спроводити истовремено и комплементарно са дијагностичким процесом. Дијагноза није неопходна за започињање раних интервенција.

Процена функционалног стања деце (особе) у развојним доменима помаже у разумевању квалитета живота и потреба деце и породица и неопходна је за развој квалитетног ИПП.

Индивидуална процена

Индивидуалне тегобе и снаге особа са ПСА варирају у великој мери. Од значаја може бити и детаљнија процена комуникативности, неуропсихолошког функционисања, моторичких и сензорних вештина и адаптивног функционисања.

Вештине комуникације

По дефиницији, све особе са ПСА имају потешкоће у комуникацији, које варирају од израженог проблема са разумевањем и говором до суптилних прагматичних или функционалних проблема са употребом језика (нпр. коришћење метафоре, неразумевање сарказма). Обично су перцептивне и експресивне говорне способности нарушене у једнакој мери. Широк је дијапазон начина процене способности комуникације и употребе говора и језика, али су дефицитарни докази у литератури о доминантнијој ефикасности једног типа процене над другим (129–131).

У анамнези петине до трећине предшколаца који имају ПСА постоји регресија језичких способности током друге године живота. Потпуни губитак стечених језичких способности пре узраста од три године указује на суспектни ПСА. Уколико код детета дође до регресије језичких способности након узраста од три године, више се очекује да ће дете имати епилептички напад и у диференцијалној дијагнози би требало размотрити стечену афазу са епилепсијом / *Landau Kleffner* дисфазу (132).

Сва деца, млади и одрасли људи са ПСА требало би да прођу комплетну евалуацију способности употребе говора, језика и комуникацијских вештина. То је битан процес евалуације који постоји и потребан интервенцији.

Процена когнитивног, неуропсихолошког и адаптивног функционисања

У процесу потпуне клиничке процене ПСА треба сагледати целокупну слику раног развоја. Особе са ПСА могу имати различите интелектуалне, неуропсихолошке и адаптивне потешкоће. Когнитивна или неуропсихолошка процена неће потврдити дијагнозу ПСА, али ће увелико помоћи разумевању потреба за подршком сваког појединца, и у области социјалне когниције (нпр. способност теорије ума, препознавања емоција и социјалног резоновања) и у сегменту несоцијалне когниције (нпр. способност решавања проблема, пажње, радне меморије итд.). Може бити корисна за идентификовање одређених интелектуалних сметњи (као додатна или диференцијална дијагноза) и за процену која је од доступних интервенција потребна за свако дете са ПСА понаособ. Важно је истаћи да одрасле особе са ПСА испољавају тешкоће у области социјалне и несоцијалне когниције и онда када је њихово интелектуално функционисање очувано (133).

Процена адаптивног функционисања може бити од помоћи у прикупљању информација о дететовом понашању код куће или у вртићу/школи. Ти видови понашања могу бити другачије развијени од њиховог когнитивног функционисања и могу указати на могуће недостатке на којима треба додатно радити. Увидом у овакву процену статуса детета са ПСА промовишу се боље разумевање и едукација њихових родитеља и терапеута у пружању оптималне подршке како би особе са ПСА достигле свој пуни потенцијал.

Требало би размотрити процену интелектуалног, неуропсихолошког и адаптивног функционисања особа са ПСА.

Моторичке и сензорне вештине

С обзиром на то да најновија сазнања упућују на то да спровођење физичке активности и кретања може допринети развоју различитих вештина особа са ПСА (нпр. комуникације, игре, когнитивних, моторичких, адаптивних и социјалних вештина) (134), процена тог сегмента (моторичких вештина и физичке спремности) може се сматрати значајном у дијагностичком

поступку, иако за сада не постоје јасне препоруке за окупациону терапију или физиотерапијску процену. Међутим, *DSM-5* укључује хиперреактивност или хипореактивност у један од дијагностичких критеријума за ПСА.

Размислији примену окупационе терапије и физиотерапијске процене када је то потребно.

ПСА је комплексан неуроразвојни поремећај. За дијагнозу је потребна добра неуроразвојна анамнеза и, када је то могуће, мултидисциплинарни приступ. Постоји препорука да се за постављање дијагнозе користе важећи дијагностички критеријуми (МКБ односно *DSM-5*). Препоручује се мултидисциплинарни дијагностички приступ. Дијагностички процес би требало да укључује клиничку процену појединца и, кад год је то могуће, детаљан интервју са родитељем/старатељем, извештаје из вртића, школе и процену когнитивних и језичких вештина и медицинска испитивања. Скрининг инструменти су корисни за постављање дијагнозе, али не би требало да буду једино средство помоћу којег се поставља или искључује дијагноза ПСА.



МЕДИЦИНСКА СТАЊА ПОВЕЗАНА СА ПСА

Придružена медицинска стања су значајно учесталија код деце са ПСА него код деце типичног развоја и могу имати значајан ефекат на функционисање детета, породице и на свеукупно медицинско збрињавање (17).

У недавној студији (17) преваленција макар још једног коморбидног психијатријског поремећаја износи 70%, а више од једног има најмање 50% особа са ПСА (најчешће су то ADHD, анксиозност, депресивни поремећаји и поремећаји спавања). DSM-5 сада дозвољава да се, осим дијагнозе ПСА, постави и дијагноза другог психијатријског поремећаја, што може утицати на процену преваленције коморбидитета. ИМКБ-11 омогућава додатне спецификације за неке карактеристичне особине у оквиру ПСА. Те спецификације омогућавају идентификацију истовремених ограничења у интелектуалним и функционалним језичким способностима, која су битни фактори у одговарајућој индивидуализацији подршке, одабирају интервенција и планирању третмана за особе са ПСА. Квалификатор је такође обезбеђен за губитак претходно стечених вештина, што је особина развојне историје малог процента особа са ПСА. Осим тога, особе са ПСА чешће имају соматске коморбидитете, као што су епилепсија, гастроинтестинални поремећаји (ГИ), поремећаји вида/слуха. И психијатријски и соматски коморбидни поремећаји даље компликују дијагнозу ПСА јер могу појачати или умањити симптоме типичне за аутизам. Због тога се може изабрати неадекватан приступ или каснити у постављању дијагнозе, као и каснијем укључивању у третман. У бројним студијама је доказан негативан утицај коморбидних стања на особе са аутизмом и на њихово окружење, у смислу квалитета живота и економских трошкова (33). Децу са ПСА која су укључена у интервенције, а немају удружене проблеме менталног здравља, није неопходно даље пратити у служби дечје и адолесцентне психијатрије.

Лекари би требало да имају на уму да деца са ПСА често имају удружене развојне проблеме и друга клиничка стања која би требало сагледати као коморбидне.

Ако открију коморбидна стања, лекари би требало да их збрину на њавилан начин.

Уколико су деца и породице укључени у њосидијајносичке мултисекторске програме њсихосоцијалне њомоћи и заштитије, а деца са ПСА немају удружене њроблеме менталног здравља, није неопходно укључивати их дечјем њсихијатрију.

Табела 6. Медицинска стања повезана са ПСА (табела преузета од Lai i sar., 2013, адаптирана према Bougeard i sar., 2021 и Lai i sar., 2019) (17, 33, 135)

РАЗВОЈНИ ПОРЕМЕЋАЈИ	ПРОЦЕНАТ	КОМЕНТАР
Поремећај интелектуалног развоја	~ 45%	На процену преваленције утичу дијагностичка ограничења и дефинисање интелигенције (нпр. да ли се вербална способност користи као критеријум). Код појединаца је чест несклад перформанси између суптестова.
Поремећај развоја говора	Варијабилно	Постоји језички профил специфичан за аутизам (одвојен од језичких поремећаја), али са значајном варијабилношћу међу појединцима.
<i>ADHD</i>	20–44%	
Тикови	14–38%	~ 5–6% има <i>de la Tourette sindrom</i>
Моторичке абнормалности	≤79%	Кашњење моторног развоја, хипотонија, кататонија, дефицит у координацији, припреми и планирању покрета, праксији, ходу и равнотежи
СОМАТСКА ОБОЉЕЊА	ПРОЦЕНАТ	КОМЕНТАР
Епилепсија	8–30%	Повећана учесталост код особа са поремећајем интелектуалног развоја или са генетичким синдромима Најчешћи почетак: рано детињство и адолесценција Повећан ризик од лошег исхода
Поремећај гастроинтестиналног тракта	9–70%	Уобичајени симптоми су хронични затвор, бол у стомаку, хронична дијареја и гастроезофагеални рефлукс. Удружени поремећаји су гастритис, езофагитис, гастроезофагеална рефлуксна болест, инфламаторна болест црева, целијакија, Крнова болест и колитис.
Имунолошка дисрегулација	≤38%	Измењена имунолошка функција, која је у интеракцији са неуроразвојем, могла би бити кључни биолошки пут развоја аутизма. Удружен са алергијским и аутоимунским поремећајима
Генетски синдроми	~ 5%	Примери су фрагилни X синдром (21–50% оболелих особа има аутизам), Ретов синдром (већина има аутистичне карактеристике, али са профилима који се разликују од идиопатског аутизма), комплекс туберозне склерозе (24–60%), Даунов синдром (5–39%), фенилкетонурија (5–20%), <i>CHARGE</i> синдром (15–50%), Ангелманов синдром (50–81%), Тимотијев синдром (60–70%) и <i>Joubert</i> синдром (~40%).
Поремећај спавања	12–80%	Најчешће несаница
МЕНТАЛНИ ПОРЕМЕЋАЈИ	ПРОЦЕНАТ	КОМЕНТАР
Анксиозност	13–56%	Уобичајено за све старосне групе. Најчешћи су социјални анксиозни поремећај (13–29% особа са аутизмом) и генерализовани анксиозни поремећај (13–22%). Појединци са високим функционисањем су подложнији (или се код њих симптоми лакше откривају).
Депресија	9–70%	Често код одраслих, ређе код деце Подложнији су одрасли са високом функционалношћу и који имају мање тешкоће у социјализацији (или се симптоми код њих лакше откривају).
Опсесивно-компулзивни поремећај	5–24%	Важно је разликовати репетитивна понашања која не укључују присилне мисли, мисли које изазивају анксиозност или опсесије (део аутизма) од оних понашања која то укључују (и део су опсесивно-компулзивног поремећаја).

МЕНТАЛНИ ПОРЕМЕЋАЈИ	ПРОЦЕНАТ	КОМЕНТАР
Психотични поремећај	12–17%	Углавном код одраслих Најчешће се јављају рекурентне халуцинације. Висока је учесталост карактеристика сличних аутизму које претходе шизофренији у одраслој доби (52%) и шизофренији са почетком у детињству (30–50%).
Злоупотреба психоактивних супстанци	≤16%	Потенцијално зато што појединац користи те супстанце као лек за ублажавање анксиозности.
Поремећаји у виду противљења и пркоса	16–28%	Опонентна понашања могу бити манифестација анксиозности, отпора према променама, тврдоглавог веровања у исправност сопственог става/гlediшта, тешкоћа сагледавања туђег става, слабе свести о утицају сопственог понашања на друге или недостатка интересовања за друштвену усклађеност.
Поремећај исхране	4–5%	Може бити диференцијалнодијагностичка дилема, посебно код особа женског пола, јер оба укључују ригидно понашање, нефлексибилну когницију, фокусирање на себе и фокусирање на детаље.
ПОРЕМЕЋАЈ ЛИЧНОСТИ	ПРОЦЕНАТ	КОМЕНТАР
Параноидни поремећај личности	0–19%	Може бити секундарно као последица потешкоћа у разумевању намера других и негативних међуљудских искустава.
Схизоидни поремећај личности	21–26%	Дијагностички критеријуми који се делимично преклапају.
Схизотипални поремећај личности	2–13%	Неки симптоми се преклапају, посебно они који су заједнички са шизоидним поремећајем личности.
Гранични поремећај личности	0–9%	Може имати сличности у понашању (нпр. тешкоће у међуљудским односима, погрешно приписивање непријатељских намера, проблеми са регулацијом афекта).
Опсесивно-компулзивни поремећај личности	19–32%	Дијагностички критеријуми који се делимично преклапају.
Избегавајући поремећај личности	13–25%	Може бити секундарно као последица поновљених неуспеха у друштвеним релацијама.
ПРОБЛЕМИ У ПОНАШАЊУ	ПРОЦЕНАТ	КОМЕНТАР
Агресивна понашања	≤68%	Често усмерено на саме родитеље/неговатеље, а не на друге особе из окружења. Може бити резултат потешкоћа у емпатији, анксиозности, сензорног преоптерећења, промене рутине и потешкоћа у комуникацији.
Самоповређивање	≤50%	Повезано са импулсивношћу и хиперактивношћу, негативним утицајем и нижим нивоима способности и говора. Може сигнализирати фрустрацију особа са смањеном комуникацијом, анксиозност, сензорно преоптерећење или поремећај рутине. Такође може постати навика која се понавља.
Пика	~ 36%	Вероватније код особа са поремећајем интелектуалног развоја.
Суицидне мисли или покушај	11–14%	Ризик се повећава ако истовремено постоје депресија и проблеми у понашању, као и након булингa.

Диференцијална дијагноза и коморбидитет код одраслих особа са ПСА

Студије пресека показују високу учесталост коморбидних психијатријских дијагноза код одраслих особа са ПСА (120). Најчешће су у питању депресија, анксиозни поремећаји, опсесивно-компулзивни поремећај, *ADHD* и поремећаји личности (115). Разлози за постојање коморбидних дијагноза могу бити заједничка патофизиологија (нпр. *ADHD*), последице живљења са ПСА (депресија и анксиозност), заједнички односно преклапајући симптоми, то јест дијагностички критеријуми (на пример, схизоидни или опсесивно-компулзивни поремећај). Управо у том смислу, у табели 7 су приказани поремећаји који се често јављају уз дијагнозу аутизма, уз објашњење заједничког јављања – у питању може бити диференцијалнодијагностичка дилема, коморбидитет или велико преклапање симптома, односно дијагностичких критеријума (прилагођено из 115).

Табела 7. Диференцијална дијагноза, коморбидитет или преклапајућа стања код одраслих особа са ПСА

Психијатријски поремећај	Однос према ПСА
Анксиозни поремећаји	Најчешће коморбидни
Депресивни поремећаји	Најчешће коморбидни
Опсесивно-компулзивни поремећај	Диференцијалнодијагностички, коморбидитет и преклапајући
Психотични поремећаји	Диференцијалнодијагностички, коморбидитет
Биполарни поремећај	Коморбидитет
Схизоидни поремећај личности	Диференцијалнодијагностички, коморбидитет и преклапајући
Схизотипални поремећај	Диференцијалнодијагностички, коморбидитет и преклапајући
Параноидни поремећај личности	Диференцијалнодијагностички, коморбидитет
Гранични поремећај личности	Диференцијалнодијагностички, коморбидитет
Антисоцијални поремећај личности	Диференцијалнодијагностички, коморбидитет
Нарцистични поремећај личности	Диференцијалнодијагностички, коморбидитет
Хистрионични поремећај личности	Диференцијалнодијагностички
Опсесивно-компулзивни поремећај личности	Диференцијалнодијагностички, коморбидитет и преклапајући
Избегавајући поремећај личности	Диференцијалнодијагностички, коморбидитет
Зависни поремећај личности	Диференцијалнодијагностички, коморбидитет
<i>ADHD</i>	Диференцијалнодијагностички, коморбидитет
Поремећаји развоја говора	Диференцијалнодијагностички, коморбидитет
Поремећаји моторног развоја	Коморбидитет
Тикови	Коморбидитет
Историја социјалне депривације, злостављања или продуженог боравка у институцији или болници	Диференцијалнодијагностички
Поремећаји исхране	Коморбидитет
Родна дисфорија	Коморбидитет
Злоупотреба психоактивних супстанци	Коморбидитет

Када се одраслој особи први пут постави дијагноза ПСА, то јој може донети олакшање; особа може боље разумети низ целоживотних тешкоћа у социјалним интеракцијама и осећај различитости. Информисање породице, пријатеља, радне средине може допринети бољем разумевању, а мале промене и прилагођавање могу олакшати функционисање особа у различитим животним срединама.



ТРАНЗИЦИЈА КА АДолЕСЦЕНЦИЈИ И ОДРАСЛОМ ДОБУ

Од своје прве позиције у психијатријским класификацијама, аутизам је сврстан у поремећаје који се јављају у детињству. У наредним деценијама расла је свест о томе да се ПСА настављају и у адолесценцији и одраслом добу. Ипак, само 3,5% истраживања која се баве аутизмом односи се на одрасле (136), док је проценат студија које се баве подршком одраслима са ПСА још мањи (137). Такође, мали број истраживања се бавио прогресијом клиничке слике и функционисања особа са аутизмом од детињства преко адолесценције у одрасло доба. У последње две деценије, побољшане су службе и интервенције за ту популацију и за њихове породице (138), али многе њихове потребе остају невидљиве.

Важно је обратити пажњу на то како се развија клиничка слика адолесцената и одраслих са аутизмом, као и когнитивно и опште функционисање тих особа. Такође је важно сагледати које су додатне тешкоће са којима се особе са ПСА суочавају, као што су друга психијатријска, али и соматска обољења, те потешкоће у социјалном функционисању.

Ива, 23 године

Ива има 23 године, живи у Београду са родитељима и млађом сестром. Трудноћа мајке је била уредна, рођена је у 37 недељи, на рођењу је имала изражену жутицу. Рани моторни развој лако успорен, проходала са годину и по дана, говор развија од прве године. Родитељи први пут обраћају пажњу на развој са четири године, када примећују да је говор „мање развијен у односу на вршњаче, често су понављања“, у вршњаку слабије одржава вршњачке контакте, добијају податке да се радије сама игра. Тада је постављена дијагноза F83 – мешовити специфични поремећај развоја. Основну школу и средњу школу завршила је редовно, одличним успехом, уз редке вршњачке контакте и склоност повлачењу. Време је највише волела да проводи са породицом, у шетњама са мајком. Код куће је имала ограничена интересовања, оријентисана на ирице, посебно Покемоне које је детаљно познавала. Пред спавање је имала ритуале читања цртаних филмова, поном одигравања сцена из њих, била би узнемирена уколико би родитељи покушали да је прекину у поме.

Уписала је Биолошки факултет, омиљени предмет су се односили на родове и врсте, које је знала у најситније детаље. Родитељима је речено да „вероватно има веће знање од било ког студента“. Јавља се на предавање у њеној 22. години, због чега ишла родитељи припремају да предвече говори сама са собом, да обавља радње које су ионављајуће, сиреотипне. На предавању је сама износила да су то ствари које „мора да обавља“ и које јој смећају. Обављен је психијатријски интервју и постављена сумња на ПСА. Са мајком је обављен дијагностички интервју – ADI-R, којим је обављен дијагностички интервју ADOS2, модул 4, на основу које је постављена дијагноза високофункционалне ПСА. С обзиром на наведене тешкоће које је и адолесцентина доживљавала као смећајуће, уведена је терапија аripiprazol 5 mg, којом 10 mg дневно, након чега се смањују присилне радње. Адолесцентина и даље има своје „ричуале“. У разговору са родитељима указано је на природу поремећаја, што је довело до смањења бриге и нежности због одређених елемената понашања. Међу њима је боље разумевање, ређко долази до конфликта који су раније најчешће постојали због Ивиној инсистирања на својим ритуалима. Ива редовно долази на контроле, и даље студира, говори о темама вршњачких односа, за које је заинтересована, али се у њима сусреће са многобројним тешкоћама.

Клинички симптоми, функционалност и коморбидитет код особа са ПСА током адолесценције и одраслог доба

Студије су показале уопштено побољшање основних симптома (поремећај социјалне интеракције/комуникације и репетитивно и стереотипно понашање), са старошћу, најчешће већ до касне адолесценције (138). Побољшање не значи и потпуно повлачење симптома, те се може рећи да код већине особа са ПСА заостају одређене клиничке карактеристике аутизма, док се у одређеним студијама наводи да су те промене, односно побољшања, минимална (139). С друге стране, налази одређеног броја студија су показали погоршање у изражености симптома аутизма током времена, као и у проблемима у понашању током адолесценције. Истовремено са током симптома и додатних тешкоћа, као и сваки други адолесцент, особе са ПСА пролазе кроз периоде, односно тачке транзиције. Свакодневно функционисање, које иначе зависи од рутине и познатог, бива промењено из корена – променом школе, наставника, вршњака, завршетком школе, суочавањем са могућношћу запослења. Такве тачке транзиције могу бити прилика за раст и развој или периоди значајног нарушавања до тада успостављеног система. Многи адолесценти са ПСА у транзиционим периодима показују отпор према променама, сензорне абнормалности, компулзије, неприхватљиво сексуално понашање, тантруме, хиперактивност, агресивност и самоповређујуће понашање. Уколико се јави, погоршање постиже свој плато у средњој или касној адолесценцији (138).

Осим клиничке слике, и когнитивно и адаптивно функционисање особа са ПСА показују различито кретање током одрастања – у одређеном проценту особа долази до побољшања, док у другим случајевима постоји стагнација или чак погоршање (нпр. око 20–55% особа са ПСА показало је когнитивно побољшање, 20–70% стабилне когнитивне нивое, а 10–15% когнитивне губитке) (117, 138, 140, 141).

Важно је напоменути да су многи подаци којима тренутно располажемо добијени из кохорти у којима је аутизам дијагностикован пре 20 и више година. У том периоду није потпуно узимана у обзир различитост испољавања аутизма, те особе са високофункционалним аутизмом потенцијално нису биле регрутоване у ове студије праћења. То може значити да још увек не знамо довољно о нивоу функционалности и постигнућима особа са мање озбиљном клиничком сликом (137).

Такође, колико год пратили резултате студија, функционисање особе са ПСА током времена и у фазама транзиције зависи од бројних индивидуалних фактора – примарне функционалности, развијености мреже подршке, и социјалне и стручне. Неопходно је да свака особа са ПСА

има професионалну подршку, која ће, у сарадњи са породицом, предвиђати потребе особе са ПСА у складу са њеним капацитетима и изазовима у различитим фазама. Припрема је кључна, са циљем смањења проблема у њиховом савладавању.

Прогнозу и процену потреба особе са ПСА можемо гледати кроз клиничке манифестације, међутим потребе особа са аутизмом и њихово свакодневно функционисање зависиће од многих других фактора. На пример, у клиничкој пракси се могу видети особе које показују значајан академски и социјални прогрес током детињства, уз редукцију симптома аутизма, али се у средњој и касној адолесценцији суочавају са проблемима у менталном здрављу. Тада утицај тих менталних проблема постаје значајнији него утицај основних симптома и тешкоћа (137). Развој нових тешкоћа у менталном здрављу у одраслом добу највероватније је повезан са значајним животним догађајима, односно са значајним тачкама транзиције (као што су напуштање школе, куће, започињање факултета или запослење). Депресија и анксиозност се јављају чешће код особа са вишим интелектуалним способностима – њихова је интеграција у друштво већа те имају већу свест о сопственим тешкоћама и сталним изазовима, односно захтевима свакодневног живота. Са већим капацитетима, особе са ПСА осећају већи притисак да се прилагоде правилима друштва, чинећи то најчешће управо споменутим маскирањем својих различитости (137, 142).

Коморбидитетни психијатријски поремећаји превалентнији су у популацији особа са ПСА него у општој популацији. На основу анализа 96 студија показано је да је у популацији особа са ПСА преваленција *ADHD*-а 28%, анксиозних поремећаја 20%, поремећаја спавања 12%, поремећаја импулса и понашања 11%, депресивног поремећаја 11%, опсесивно-компулзивног поремећаја 9%, биполарног поремећаја 5%, док су поремећаји шизофреног спектра постојали код 4% особа са ПСА (17). Такође, показано је да су адолесценти са аутизмом чешће били корисници служби менталног здравља, али су такође имали већу вероватноћу да имају непрепознату медицинску или потребу у вези са менталним здрављем (143). То значи да, током времена, додатна пажња стручњака и породице мора бити усмерена на могућност развоја менталних и телесних поремећаја особа са ПСА.

Одређена соматска обољења се јављају чешће код особа са аутизмом него у општој популацији. Ту спадају алергијска обољења као што су астма, атопијски дерматитис и нутритивне алергије. Осим тога, особе са ПСА чешће обољевају од гастроинтестиналних и метаболичких поремећаја и епилепсије. Значајно је да су телесна обољења чешћа код особа са ПСА током целог живота – од детињства, током адолесценције до одраслог доба (144).

Значај планирања транзиције

Због природе поремећаја, било каква транзиција представља велики изазов за особе са ПСА. У ширем смислу транзиција подразумева укључивање у образовну установу, прелазак са једног нивоа образовања на други, прелазак из једне установе у другу, прелазак из развојне групе или одељења за децу са сметњама у развоју у васпитну групу, односно редовно одељење, и завршетак школовања. План транзиције је саставни део индивидуалног образовног плана (ИОП-а), а за његово спровођење потребна је писмена сагласност родитеља (145). У ужем смислу транзиција је период када адолесцент са аутизмом завршава школовање и укључује се у свет одраслих.

У земљама са развијеном праксом транзиционог планирања план транзиције се прави најкасније две године пре завршетка школовања. Специјалиста за транзиционе услуге непосредно ради са адолесцентом са ПСА, припремајући га за живот након завршетка школовања. Координатори за транзицију проналазе ресурсе којима заједница располаже, координишу активности породице, школе и специјализованих сервиса за подршку особама са аутизмом и обављају мноштво других организационих и административних активности (146). Те послове углавном реализују дефектолози. У Србији не постоји развијена пракса транзиционог планирања, па ни специјализована занимања у тој области.

Планом транзиције требало би првенствено регулисати питања запошљавања, становања, партиципације у заједници и постсекундарне едукације особа са аутизмом. Посебну пажњу треба обратити на здравствене потребе адолесцената са ПСА.

Запошљавање

Стопа незапослености особа са ПСА значајно је већа не само у односу на испитанике из типичне популације већ и у односу на одрасле особе са другим облицима ометености. Запослене особе са ПСА често раде послове који су испод нивоа њихових квалификација и остварују зараду која је испод законског минимума (147).

Постојећи програми професионалног усмеравања и радног оспособљавања особа са ПСА у транзиционом периоду још увек нису у довољној мери засновани на доказима. Пре него што особа са аутизмом заврши школовање требало би обезбедити сарадњу са сервисима за одабир потенцијалних радника са ПСА, припрему за интервју, проналажење и адаптацију радног места и пружање перманентне подршке. Истраживања показују да се бољи исходи у запошљавању постижу ако су сервиси за пружање услуга у транзиционом периоду специјализовани за особе са аутизмом (148).

Веома мали број особа, чак и оних са високофункционалним аутизмом, моћи ће да нађе запослење на слободном тржишту рада без икакве помоћи и подршке. Дуготрајна пракса сегрегативног запошљавања у заштитним радионицама, дневним центрима и другим установама у којима раде искључиво особе са ометеношћу, најчешће без адекватне зараде, није препоручљива. Као алтернативно решење наводе се разноврсни модели запошљавања уз подршку. Подршку на радном месту могу да пруже други радници, чланови породица или волонтери (тзв. природна подршка) или радни инструктори. Најпознатији модели запошљавања уз подршку су индивидуално распоређивање, рад у малим групама до шест особа са ПСА, рад у мобилним тимовима и предузетничко запошљавање (149). Зависно од тога да ли је и у којој мери радно окружење прилагођено особама са ПСА оно може значајно да подстакне њихова постигнућа или, сасвим супротно, да створи нове баријере за проналажење и задржавање посла (150).

Становање

Изузетно мали број младих с високофункционалним аутизмом има довољно развијене вештине свакодневног живота, тако да им самостално становање не представља значајан проблем (151). Због тога већина одраслих особа са ПСА наставља да живи у својим примарним породицама. Временом, особе са аутизмом које настављају да живе са својим родитељима или другим члановима породице губе право на услуге у заједници које су обично намењене млађим особама са аутизмом. Чланови породице се све више исцрпљују, а питање адекватног смештаја се одлаже све до тренутка када због болести или смрти родитеља морају да се нађу друга решења. Зато о услугама смештаја треба размишљати много раније. У идеалним околностима, питање смештаја би требало покренути још у транзиционом периоду. Најмање прихватљива, али још увек честа опција смештаја јесте институционално збрињавање. Институције са више десетина, а некада и стотина корисника, не нуде никакве могућности за социјалну партиципацију особа са ПСА. Физички стандарди окружења су по правилу веома ниски, а однос броја запослених и корисника неповољан, тако да је и подршка углавном сведена на задовољавање базичних физичких потреба. Зато без одлагања треба имплементирати друге моделе смештаја, који су у свету веома познати. Ту се пре свега мисли на групно становање и становање уз подршку. Стога се последњих година посебно наглашава развој услуга у систему социјалне заштите које поспешују социјално укључивање особа са ПСА. У том контексту, нарочито су значајне услуге подршке за самосталан живот које се пружају појединцу да би се његове могућности за задовољење основних потреба изједначиле с могућностима осталих чланова друштва, побољшао квалитет његовог живота и омогућио активан и самосталан живот у друштву, при чему се најпре мисли на становање уз подршку и персоналну асистенцију.

Групно становање је намењено особама са аутизмом с високим степеном потребе за подршком. Обично се у једној стамбеној јединици налази мањи број особа са ПСА (до осам)

којима је обезбеђена перманентна подршка. Стручно особље одлучује у којој мери и на који начин ће пружити подршку сваком кориснику у одржавању личне хигијене, набавци и припреми хране, чишћењу и прању итд. Осим тога, ангажовани стручњаци спроводе програм развоја животних вештина са циљем постизања што веће самосталности у области становања особа са аутизмом (152).

За особе с нижим степеном потребе за подршком оптимално решење може бити становање уз подршку. У таквом моделу становања сама особа са аутизмом или њени родитељи обезбеђују место становања, а сервиси у заједници обезбеђују подршку која је опциона, повремена и крајње индивидуализована (152).

Партиципација у заједници

Концепт партиципације у заједници доводи се у везу са социјалним моделом ометености. Међународна класификација функционисања, инвалидности и здравља – *ICF* (153) сагледава партиципају у заједници као учешће појединаца у активностима заједнице у интеракцији са другим људима. Неговање формалних и неформалних социјалних релација, неформална едукација, учешће у политичком и јавном животу, верске активности, спорт и рекреација, уметничке и културне активности и хоби само су неки од примера активности које су засноване на партиципацији у заједници.

Праћењем адолесцената са ПСА више од десет година, утврђен је значајан пад у активностима у заједници од транзиционог периода, када су подаци прикупљени први пут, до одраслог животног доба. Показало се да су значајни чиниоци који доприносе повољним исходима у области живота у заједници већи приходи родитеља и постојање водитеља случаја који координира услуге у заједници. Социјална партиципација у највећој мери зависи од когнитивних способности особе са ПСА и од коришћених услуга водитеља случаја (154). Од свих спољашњих и унутрашњих чинилаца који одређују ниво партиципације у заједници, а на које је могуће утицати, можемо издвојити значајну улогу водитеља случаја, чије професионалне активности могу да допринесу квалитету живота у заједници особа са ПСА.

Едукација након завршене средње школе

Неке особе са високофункционалним аутизмом могу бити врло успешне у различитим академским областима, због велике упорности, уских и ограничених интересовања и склоности да обрађују пажњу на детаље. Међутим, и поред очуваних когнитивних способности, ове особе ретко завршавају започете студије. Прелазак из средње школе у неки облик постсекундарне едукације представља велики изазов за студенте са ПСА зато што су активности по правилу мање структуриране, очекивања да самостално обављају различите активности већа, а не треба забавити ни потешкоће у прилагођавању на нове просторе, особе и ситуације.

Како би се пружила адекватна подршка ученицима са аутизмом, треба још током средње школе у плану транзиције дефинисати циљеве даљег образовања. У овом периоду требало би развијати вештине планирања, решавања проблема, доношења одлука. Неке високошколске установе у свету нуде летње транзиционе програме како би помогле бруцошима са аутизмом да се прилагоде на ново окружење, да нађу место у студентском дому, планирају своје активности, ступе у контакт са колегама и наставницима, ублаже проблем сензорне преосетљивости, разреше дилеме у вези са евентуалним саопштавањем своје дијагнозе итд. Са подршком би требало наставити и током студија, а највећу подршку, осим родитеља, могу да пруже удружења студената са инвалидитетом, вршњаци-ментори и специјализоване службе при високошколским установама (155).



ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

Рана интервенција

Рана интервенција је међуресорни, интердисциплинарни и интегрисани национални систем професионалних услуга намењен малој деци од 0–5 година са развојним кашњењима, смењма у развоју, атипичним понашањем, тешкоћама у социјалном и емоционалним развоју или малој деци која су изложена ризику да ће имати кашњење у развоју до поласка у школу због неухрањености, хроничних болести или других биолошких и фактора средине. Због огромног развојног потенцијала у првим годинама живота и пластичности мозга, развојна интервенција је кључна за постизање оптималног развоја детета са тешкоћама у развоју. И пре постављања дијагнозе свако развојно одступање је индикатор за укључивање у ране интервенције (Анекс 11).

Сервиси ране интервенције се темеље на приоритетима породице и потребама детета и идеално се реализују у природном окружењу детета, као што су кућа или предшколска установа, или у другим окружењима где бораве деца без тешкоћа у развоју.

Стандарди раних интервенција

1. *Ране интервенције су индивидуализоване.*
Услуге чији је фокус на јачим странама, интересовањима и мотивацијама детета у контексту свакодневних активности.
2. *Ране интервенције представљају породице у средишње.*
Услуге се надграђују на јединствене јаке стране породице, фокусирају се на приоритете породице и уважавају културолошке специфичности.
3. *Ране интервенције су засноване на тимском раду.*
Професионални радници и породице раде заједнички како би се решили проблеми и донеле одлуке.
4. *Ране интервенције су засноване на доказима.*
Стратегије које се користе да би се постигли функционални исходи засноване су на највишем квалитету постојећих доказа и оне захтевају координисан и свеобухватан приступ реализацији.

5. *Ране интервенције су подстиакнуће исходима.*
Услуге су усредсређене на повећавање способности детета да учествује у активностима и рутинама које су прикладне за његов узраст, и то у природним и инклузивним окружењима.
6. *Ране интервенције су стављене у контекст.*

У планирању и реализацији интервенција узима се у обзир где и када ће се нека вештина користити.

Приступ који укључује родитеља као важног актера у пружању раних интервенција омогућава континуитет и интензитет у примени различитих активности кроз рутине, односно свакодневне активности које дете ради. За децу са ПСА која похађају предшколске програме важно је укључити и обучити васпитаче за спровођење раних интервенција. Такву подршку родитељу и васпитачу у Србији могу осмишљавати тимови стручњака на свим нивоима здравствене заштите заједно са сарадницима из предшколских установа ако је дете укључено у вртић. За сада се таква врста планирања обично дешава на терцијарном нивоу здравствене заштите, где се обавља и специјализована процена. Међутим, спровођење и праћење исхода раних интервенција и директна континуирана подршка родитељу и васпитачу морају се спроводити тамо где дете живи – требало би да је пружају обучени стручњаци са примарног нивоа здравствене заштите (из РС) и сарадници из предшколских установа. Идеално је да дете и породица имају једног пружаоца услуге који се према потребама консултује са својим колегама из РС и другим стручњацима. Такав трансдисциплинаран приступ, који се назива и тим око детета, у великој мери олакшава и примену и праћење спровођења раних интервенција, значајно штеди време родитеља (који би у противном обилазио различите пружаоце) и оставља више времена за интеракцију са дететом са циљем побољшања његових исхода.

За многу децу са ПСА због удружених проблема, а некада и интензитета тешкоћа, у директан рад са дететом, у сарадњи са родитељем, ипак треба укључити и друге стручњаке (најпре специјалисте за удружене проблеме са ПСА). Важно је да посредством примарног пружаоца услуга и родитеља они буду међусобно информисани о другим подршкама које дете добија и међусобно координисани. Увођење јединственог ИПП за дете и породицу значајно олакшава тај процес.

Планирање и спровођење интервенција

Планирање интервенције за децу са ПСА подразумева мултидимензионални и мултисекторски приступ (156). У сваком појединачном случају неопходно је индивидуализовати приступ и за свако дете/особу индивидуално одредити најбоље могуће подршке и интервенције, у складу с његовим личним потребама и према могућностима породице, локалне заједнице и специфичне организације друштва у којем дете живи. Подршка деци/особама са ПСА је дуготрајна и родитељи од почетка морају бити упознати с тим како би распоредили своје снаге и ресурсе и како би били спремни на модификације терапијских праваца које су неопходне током раста и развоја детета, као и због промене захтева друштвене заједнице. Напомињемо да је за неопходно омогућити услове за спровођење сваке интервенције, који се односе на организацију службе у којој се обавља, односно која га обавља.

Свака подршка подразумева прављење ИПП који подразумева контекстуалну и функционалну анализу понашања, где се посебна пажња обраћа на дететов развојни ниво и на развој језичких способности детета/особе (157). Укупан развој детета може бити и под утицајем других удружених медицинских проблема, односно животних догађаја (15а), о чему је неопходно водити рачуна приликом креирања плана интервенција. Због тих ситуација пресудан значај има укључивање свих релевантних сектора – здравља, социјалне заштите и образовања, као и расположивог цивилног сектора у планирање и реализацију ИПП.

Након постављања дијагнозе ПСА родитељима треба пружити помоћ да разумеју дијагностичке процесе, симптоме, пратеће проблеме, прилагођавање, право на образовање, третман итд. У ту сврху професионалци у здравственој заштити и тиму могу користити различите стра-

тегије (разговор/информисање, директно заједничко учење, демонстрације, вођене вежбе уз повратне информације, играње улога, рефлексију итд.). У литератури је описано неколико десетина различитих приступа третману деце, омладине и одраслих особа са ПСА који се, условно, могу поделити на: свеобухватне моделе интервенција, фокусиране интервенције и еклектичке програме.

Свеобухватне интервенције чини сет пракси које кроз учење и развој остварују утицај на кључне дефиците у ПСА. Иако веома разноврсни, свеобухватни модели интервенција имају неке заједничке карактеристике: висок степен организације на основу заједничког концептуалног оквира; операционализација (детаљно описана процедура реализације); јасно дефинисан интензитет интервенција; дуготрајна реализација (најмање годину дана, а често и неколико година) и обухват исхода (прати се утицај интервенција на шире области функционисања као што су комуникација, понашање и социјална компетенција) (159). Примери свеобухватних интервенција су *TEACCH*, Денвер модели *UCLA Young Autism Program*.

Фокусиране интервенције су креиране тако да утичу на појединачне вештине или циљеве код особа са ПСА (160). Те праксе су операционално дефинисане, утичу на специфичне исходе учења и делују краће време (углавном док се задати циљ не постигне). Изводе се самостално или као један елемент свеобухватних интервенција. Тако се, на пример, подучавање дискриминативним налозима може користити као фокусирана интервенција за неки краткорочни циљ (нпр. разликовање боја, именовање предмета, показивање предмета на налог) или се користи само као једна од стратегија у свеобухватним, бихевиорално оријентисаним програмима, као што је Примењена бихевиорална анализа (*ABA*).

У процесу индивидуалног планирања за поједине особе са ПСА могу се правити и тзв. еклектички програми засновани на комбинацији различитих стратегија и приступа (нпр. *PECS*, подучавање дискриминативним налозима и позитивна бихевиорална подршка). Те интервенције се спроводе са уверењем да индивидуално креирани програми, компоновани од различитих елемената, имају боље ефекте од свеобухватних модела интервенција.

Интервенције засноване на доказима за децу и особе са ПСА

Под интервенцијама заснованим на доказима подразумевамо оне интервенције које су подржане процесу евалуације и за које је доказано да унапређују функционисање детета у специфичним областима које су третиране, као што су социјално, комуникационо и адаптивно понашање. За три деценије, од укупног броја научних радова који се баве ПСА, издвојено је само 13% научних публикација које су проучавале ефекте интервенција, и то углавном фокусираних интервенција (161).

Такође, постоји несразмера у хронолошкој старости испитаника обухваћених истраживањем. За разлику од неколико стотина истраживачких студија које се баве ефектима третмана деце и младих, мали број истраживачких студија бави се ефикасношћу третмана одраслих особа са ПСА (162).

Упркос готово апсолутној сагласности да се у пракси треба одредити за интервенције засноване на доказима, не постоји доследност у операционализацији самог појма такве интервенције (159).

Када се говори о ефикасности неког третмана, треба истаћи да ли су у питању краткорочни, лако мерљиви циљеви, или је реч о дугорочним темељним променама, и у којим се доменима програм може сматрати ефикасним.

Прва опсежна анализа и класификација пракси заснованих на доказима за децу и младе са ПСА објављена је 2010. године (163). Проширивањем и додатном елаборацијом те студије установљено је 27 фокусираних интервенција заснованих на доказима (159). Трећа и за сада последња генерација истраживања у тој области обухвата шири временски оквир анализираних студија (160). Као резултат нових сазнања, промењен је статус одређених интервенција, нарочито оних које припадају категорији интервенција заснованих на доказима.

Не постоји интервенција, ма колико била заснована на доказима, која има ефекте на све особе са ПСА, није интервенција која ће увек бити у истој мери ефикасна у различитим њеним животи.

Приликом одабира одговарајућих интервенција, осим чињенице да је заснована на доказима, требало би узети у обзир и друге елементе. Тим који након свеобухватне процене детета заједно са родитељем израђује ИПП мора да има у виду и мноштво специфичних чињилаца, као што су карактеристике саме особе (пол, узраст, степен интелектуалног функционисања, тежина ПСА, коморбидна стања), њена ограничења и капацитети, али и културолошки оквир у коме се интервенција реализује.

Истраживања показују да постојање доказа о научној заснованости одређене интервенције, па чак и законске регулативе која их промовише, само по себи није довољно да се те интервенције спроводе у пракси. Сваки програм интервенција мора бити социјално валидиран, тако што ће родитељи особа са ПСА бити сагласни са постављеним циљевима, процедуром третмана и његовим исходима. Само у 26,7% радова који се баве интервенцијама заснованим на доказима предочене су директне мере социјалне валидности (164). Према налазима аутора тих радова, три најчешћа индикатора социјалне валидности су: задовољство родитеља, клинички значајне промене у понашању и очекивање да ће конкретна друштвена заједница вредновати промене остварене третманом.

Интеграција испитивачких налаза са клиничким подацима заснива се на клиничкој односно тимској експертизи стручњака који осмишљавају модел интервенције. Тим се, на основу стечених компетенција, искуства и знања, одређује за онај модел интервенција којим ће се постављени циљеви реализовати са највећом могућом вероватноћом.

Отуда се у савременој литератури користи синтагма пракса заснована на доказима, која, осим истраживачких налаза, узима у обзир и карактеристике клијента и његовог окружења и клиничку односно експертизу релевантних стручњака који раде са децом са ПСА (164).

У реализацији модела интервенција обично се ангажују дефектолози (студијски програм Специјална едукација и рехабилитација особа са тешкоћама у менталном развоју), логопеди, психолози и други терапеути и особе оспособљене за помоћ деци и породици са ПСА, који, у највећем броју случајева, морају имати додатне едукације за одређени тип интервенције. За свако дете и младу особу са ПСА прави се ИПП. У осмишљавању и реализацији интервенција учествује тим стручњака. Родитељи су важни чланови тима у одређивању индивидуалних циљева модела интервенција, његове имплементације и евалуације постигнутих ефеката. Приликом конципирања програма интервенција ослањамо се на постојеће капацитете и склоности сваког појединачног детета. Програми ране интервенције обично због специфичности извођења у природном окружењу трају континуирано, уз повремено виђање са примарним пружаоцем услуга (оквирно 2–3 сата недељно). Као и за малу децу, и за старију, њихов интензитет зависи од потреба детета и ефеката изабране интервенције. Програми интервенције могу, када су индиковани да трају и до 20 часова недељно, најмање годину дана, као што је, на пример, случај са бихевиоралним интервенцијама (161). Интензитет интервенција, однос броја стручњака и броја деце са којом се ради, начин обуке и остале појединости значајно варирају од једног до другог модела интервенције.

Интервенције могу да буду и посредоване, тако што их реализују родитељи или вршњаци деце са аутизмом уз претходну обуку и супервизију. Постоји више различитих програма које спроводе родитељи, а који су усмерени на развој социјалне комуникације и других вештина и на минимизирање непожељних облика понашања њихове деце. У нашој средини се примењује CST који су осмислили организација *Autism speaks* и СЗО. Програм обухвата рад с родитељима који имају децу узраста од две до девет година код које су уочене развојне сметње и развојна кашњења, укључујући и ПСА. Програм се састоји од комбинације групних и индивидуалних сесија и дизајниран је као пакет с различитим модулима који се могу прилагодити потребама различитих породица. Програм изводе претходно обучени стручњаци (специјализовани и неспецијализовани – здравствени радници и сарадници, наставници, васпитачи, али и родитељи) који касније организују сусрете с родитељима којима је обука потребна како у виду

групних активности (пролаз кроз дефинисане модуле тренинга), тако и у кућним посетама како би се породицама пружила помоћ у постављању специфичних циљева и обезбеђивању тренинга на лицу места током интеракције између родитеља и детета. Програм подразумева употребу специфичних пратећих материјала у току едукације. Пилот студија реализована у Србији указује на позитивне ефекте тог програма у области комуникације, здравља и понашања деце са ПСА (165).

Интервенције које спроводе родитељи неизоставне су у раном узрасту детета и морају бити комплементарне сваком другом препорученом моделу у тој доби уколико је други облик потребан.

Показало се да је веома делотворно укључивање вршњака из опште популације у реализацију програма интервенције. Иако вршњаци представљају позитиван социјални модел, само њихово присуство у непосредном окружењу не обезбеђује очекиване развојне исходе. Побољшање социјалних интеракција и други ефекти интервенција остварују се адекватном обуком вршњака који се затим на осмишљен начин укључују у забавне активности са децом са ПСА, делујући подстицајно на њихов развој. Рандомизоване контролисане студије указују на супериорност вршњачки посредованих интервенција у односу на третмане које су спроводиле одрасле особе (166).

Фокусиране интервенције засноване на доказима

Фокусиране интервенције усмерене су на развој појединачних вештина особа са ПСА. Имају широку примену у клиничкој пракси и едукативном окружењу. По својој природи могу бити бихевиоралне, развојне или едукативне.

Бихевиоралне интервенције спадају у најбоље проучене и научно верификоване приступе третману особа са ПСА. У највећем броју случајева засноване су на принципима методе АВА, иако се у неким савременим бихевиоралним приступима у програм интервенције укључују и елементи развојних приступа. Бихевиоралним интервенцијама се утиче на развој социјалних вештина и комуникације, регулисање социјално неприхватљивих облика понашања, усвајање школских знања и слично, али се некада користе и за врло специфичне циљеве као што су регулација спавања или поремећаја у исхрани, изоловано или у комбинацији са другим методама. С обзиром на ограничену могућност уопштавања стечених знања, процес генерализације мора се пажљиво програмирати. Испољавање наученог понашања само у одређеним околностима и роботизовано реаговање на одређење стимулуса јасан су индикатор да интервенција није спроведена на адекватан начин.

Развојно оријентисани програми полазе од иницијалног понашања детета које усмерава читаву интервенцију. Терапеут прати дететово понашање и прикладним поступцима обликује и подстиче одређене обрасце реаговања. Родитељи у тим програмима имају значајну сарадничку улогу. У развојно оријентисаним приступима не постоје протоколи којих се родитељ мора строго придржавати, тако да се план интервенције лако прилагођава актуелном понашању. Креативност у раду и разноврсност приступа чине те програме мање интрузивним од класичних бихевиоралних процедура. Међутим, управо због нестандардизоване процедуре, као и због чињенице да се развојно оријентисане интервенције у пракси готово увек комбинују са другим облицима третмана, тешко је утврдити стварну ефикасност развојно оријентисаних интервенција. Због тога највећи број развојно оријентисаних приступа спада у групу интервенција за чију ефикасност нема довољно доказа.

Едукативно оријентисани програми доминантно су усмерени на постизање индивидуално дефинисаних образовних циљева у школском окружењу. Подела интервенција на бихевиоралне, развојне и едукативне само је условна, јер у пракси неретко долази до њиховог преклапања.

У овом тренутку 28 програма третмана сврстано је у категорију фокусираних интервенција заснованих на доказима (160). Тој групи у првом реду припадају бихевиоралне интервенције које су већ годинама препознате као добро проучени и ефикасни облици третмана: поткрепљивање, диференцијално поткрепљивање, подстицање, гашење, моделовање и видео-моделовање, визуелна подршка, анализа задатка, временско одлагање, социјалне приче и сл. Те интервенције

су детаљно описане и у домаћој литератури (167, 168). Посебно су значајне натуралистичке интервенције за чију се реализацију користе природно окружење и свакодневне рутине како би се подстакао развој одређених вештина и понашања деце са ПСА.

Дигиталне технологије имају широку примену у различитим областима третмана и подучавања особа са ПСА. Оне се могу користити за ублажавање потешкоћа у области социјалне комуникације и стереотипних активности, за развој одређених вештина и способности, за учење, адекватно коришћење слободног времена, припрему за медицинске интервенције, професионално и радно оспособљавање, али и за самозаступање и друге аспекте дигиталне инклузије особа са ПСА (169). Иако су интервенције засноване на употреби савремених технологија у принципу веома ефикасне, појединачни приступи и модели третмана захтевају додатну валидацију.

Интервенције које се заснивају на вежбању, специфичним моторичким вештинама и техникама и промишљеним покретима како би се остварио утицај на циљана понашања такође припадају групи интервенција заснованих на доказима. У нашој средини често се користи редукација психомоторике као терапијска метода која се развила у оквиру дечје психијатрије француског говорног подручја. Као својеврстан облик неуропсихолошке рехабилитације, наша је широку примену у третману хиперкинетичког поремећаја, диспраксије, дисгнозије, поремећаја тонуса, тикова, анксиозних стања итд. Савремени аутори који пишу на француском, шпанском или португалском језику тај облик третмана називају *психомоторичка интервенција*. У англосаксонској литератури користи се термин *психомоторичка интервенција*, који је, у односу на психомоторичке интервенције, концептуално удаљенији од оригиналног редукативног приступа. Позитивни ефекти психомоторичких интервенција на децу са ПСА уочавају се у областима моторичког и социјалног развоја, односа са вршњацима и комуникације (170). Имајући у виду да се интервенције засноване на вежбању и покрету у мањој или већој мери разликују од редукације психомоторике, потребна су додатна истраживања како би се утврдила стварна ефикасност те методе у раду са особама са ПСА.

Недавно спроведена истраживања довела су до промене у категоризацији одређених пракси и облика третмана (160). Тако су различите технике аугментативне и алтернативне комуникације и музиком посредованих интервенција пребачене из групе тзв. интервенција у продору (са нешто нижим степеном доказане ефикасности) у категорију интервенција заснованих на доказима. Аугментативна и алтернативна комуникација се углавном користе за невербалну или минимално вербалну децу са ПСА, било да је реч о једноставним, некомпјутерским системима комуникације заснованим на размени сличица или о употреби комуникатора или електронских уређаја за генерисање говора.

Употреба средстава аугментативне и алтернативне комуникације не омета развој говора деце са ПСА.

Музикотерапија је психотерапијска техника у којој се музика или звук користе у дијагностичке и терапијске сврхе. Примена музикотерапије захтева специјализовану обуку. Осим музикотерапије, у музиком посредоване интервенције спадају и друге технике које користе ритам, мелодију и песме у развоју вештина, учењу и регулисању понашања особа са ПСА.

Сензорна интеграција обухвата низ различитих техника чији је заједнички циљ интеграција сензорних информација из властитог тела и окружења како би се остварила прикладна реакција на сензорне инпуте. Интервенције засноване на сензорној интеграцији углавном су оспораване и често се могло чути да је сензорна интеграција псеудонаучна интервенција. У студијама два независна тима истраживача (159, 163) сензорна интеграција је сврстана у категорију третмана који су доказано неефикасни. Међутим, према налазима савремених студија, сензорна интеграција се ипак може сматрати препорученом техником, заснованом на доказима, али само под условом да се примењује оригинална варијанта тог приступа (171). Све накнадне модификације и даље припадају категорији интервенција без потврђене ефикасности.

Фокусиране интервенције утичу на више различитих области функционисања. Највећи број тих интервенција има позитиван утицај на адаптивно функционисање, комуникацију, социјалне релације, проблематично понашање, игру, спремност за школу и едукативна постигнућа деце са ПСА. Значајно мањи број третмана има доказану ефикасност у области когнитивног функционисања, заједничке пажње, моторичких функција, менталног здравља и професионалног оспособљавања, док само три интервенције имају потврђену ефикасност у подстицању самоодређења деце и младих са ПСА.

Процедурално дефинисане интервенције засноване на доказима

Тој групи третмана припадају интервенције које, осим општих карактеристика пракси заснованих на доказима, имају и нека специфична обележја и строго дефинисане процедуре имплементације, одређене приручницима или одговарајућим софтверима. Најпознатије интервенције из те поткатеорије су систем комуникације путем размене сличица познат по енглеском акрониму *PECS*, натуралистичке интервенције као што су *JASPER*, учење у окружењу и третман кључних одговора, социјалне приче, читање ума итд. (134).

Интервенције с ниским степеном заснованости на доказима

У овом тренутку идентификовано је 11 различитих модела третмана за које постоје одређене назнаке да су ефикасне, али се они још увек не могу сврстати у групу интервенција заснованих на доказима зато што нема довољно студија одговарајућег методолошког дизајна које потврђују њихову ефикасност или су оне рађене на малим узорцима, понекад од само једног истраживачког тима. У интервенције тог типа спадају тренинг аудиторне интеграције, различити облици третмана уз помоћ животиња, масажа, планирање усмерено на особу, сензорна дијета итд. (134).

У табели 8 дат је приказ различитих интервенција за децу и младе са ПСА, класификованих у четири групе. С обзиром на то да се у опсежним списковима интервенција за децу са ПСА наводи више од хиљаду различитих техника и модела третмана, од којих већина није никада озбиљно изучавана, у табели 8 су дати само илустративни примери интервенција из различитих категорија.

Табела 8. Класификација интервенција за децу са ПСА према степену доказане ефикасности

Интервенције засноване на доказима		Интервенције са мало доказа о ефикасности	Интервенције без доказа о ефикасности
Фокусиране интервенције	Процедурално дефинисане интервенције		
Анализа задатка ^{с,к}	Читање ума	<i>COMPASS</i>	Акупунктура
Аугментативна и алтернативна комуникација ^{с,к,п}	<i>JASPER</i>	Интервенције уз помоћ животиња	Ароматерапија
Бихевиорални момент ^{с,к,п}	<i>PECS</i> [®]	Излагање	<i>Brain Gym</i>
Диференцијално поткрепљивање ^{с,к,п}	<i>PEERS</i> [®]	Масажа	Фацилитирана комуникација
Директно подучавање ^к	Пројекат <i>ImPACT</i>	Матрикс тренинг	<i>Floor-time</i>
Функционално-комуникациони тренинг ^{с,к,п}	Социјалне приче	Планирање усмерено на особу	Хелација
Гашење ^{с,к,п}	Третман кључних одговора	Сензорна дијета	Хипербарична оксигенација
Интервенције које спроводе родитељи ^{с,к,п}	Учење у окружењу	Тренинг аудиторне интеграције	Холдинг терапија
Интервенције које спроводе вршњаци ^{с,к,п}			Хомеопатија
Интервенције засноване на манипулисању антецедентима ^{с,к,п}			Краниосакрална терапија

Интервенције засноване на доказима		Интервенције са мало доказа о ефикасности	Интервенције без доказа о ефикасности
Фокусиране интервенције	Процедурално дефинисане интервенције		
Моделовање ^{с,к,п}			Рестриktivне дијете
Натуралистичке интервенције ^{с,к,п}			<i>Son-Rise</i>
Подстицање ^{с,к,п}			Томатис
Подучавање дискриминативним налозима ^{с,к,п}			Витамински суплементи
Подучавање и интервенције помоћу технологије ^{с,к,п}			
Поткрепљивање ^{с,к,п}			
Прекидање одговора и преусмеравање ^{с,к,п}			
Процена функције понашања ^{к,п}			
Самоусмеравање ^{к,п}			
Сензорна интеграција (само оригинални приступ) ^{с,к,п}			
Социјални наратив ^{с,к,п}			
Тренинг социјалних вештина ^{с,к,п}			
Вежбање и покрет ^{с,к,п}			
Видео-моделовање ^{с,к,п}			
Визуелна подршка ^{с,к,п}			
Временско одлагање ^{с,к,п}			

с – третман има утицај на социјалне релације; к – третман има утицај на комуникацију; п – третманом се позитивно утиче на понашање детета са ПСА

Општи принципи терапијског рада са одраслим особама са ПСА

Приликом одабира адекватних интервенција и праћења одраслих особа са ПСА важно је узети у обзир:

- њихово искуство, односно одговор на претходно примењене интервенције, уколико их је било;
- карактеристике и тежину клиничке слике њиховог ПСА;
- израженост удружених функционалних оштећења;
- постојање придруженог поремећаја учења, менталног или телесног поремећаја;
- социјалне или личне факторе који утичу на проблеме функционисања;
- факторе који, уколико се не предупреду, могу довести до кризе.

Свакој интервенцији коју планирамо да применимо на особу са аутизмом мора да претходи адекватна припрема. Особе са ПСА, посебно високофункционалним, могу имати високу анксиозност повезану са доношењем одлука. Осим тога, важно је имати на уму да ли постоји хипосензитивност или хиперсензитивност на надражаје – у складу са тим треба проценити да ли је интер-

венција адекватна или не, као и начин и време примене. Важно је колико је интервенција јасна, колико је предвидљива и да се организује у форми чврсте структуре и предвидљивости (172).

Интервенције могу бити усмерене на побољшање функционалности, односно на превладавање ограничења у функционисању које је проистекло из самих карактеристика ПСА. С друге стране, интервенције могу бити усмерене на додатне проблеме у понашању. Пре него што се приступи примени интервенција, важно је да се утврди да ли постоје фактори који могу допринети таквим бихевиоралним проблемима:

- адекватна нега за соматска стања (на пример, гастроинтестинални проблеми или бол);
- лечење психијатријског коморбидитета уколико постоји;
- интервенције за промену физичке или социјалне средине, уколико је то могуће;
- савети породици или неговатељу;
- прилагођавање средине у којој особа борави (172).

Свака специјалистичка служба за рад са одраслим особама са ПСА требало би да има мултидисциплинарни професионални тим, који ће тесно сарађивати и значајно укључивати особе са ПСА и њихове породице/неговатеље. Сваки тим би требало да се састоји од клиничког психолога, медицинске сестре, радног терапеута, психијатра, социјалног радника, дефектолога и особља за подршку (на пример, особље које је задужено за помоћ у решавању стамбени питања, питања образовања и запослења, за финансијске савете).

Ти тимови треба да буду задужени не само за дијагностику и лечење већ и за остваривање помоћи одраслим особама са ПСА у образовању, самосталном становању и запослењу, односно да буду центар путем којег одрасли са ПСА могу да ступе у контакт са службама задуженим за помоћ у свакодневном животу.

Интервенције за ПСА код одраслих

Највећи број истраживачких студија које се баве проценом ефикасности различитих интервенција код особа са аутизмом обухвата испитанике млађе од 22 године. Ипак, постоје одређени докази о ефикасности појединих нефармаколошких терапијских опција.

Бихевиоралне интервенције

Оскудна истраживања на популацији одраслих особа са ПСА указују на ефикасност бихевиоралних интервенција. Оне се заснивају на манипулисању антецедентима, односно на модификацији околности које доводе до циљаног понашања или, што је још чешће, на управљању консеквенцама понашања, односно начину на који окружење реагује на испољено понашање. Те интервенције се најчешће користе за подстицање комуникације, личне одговорности и саморегулације одраслих особа са ПСА, као и за редукцију неприкладних облика понашања (173).

Когнитивно-бихевиорална терапија

Когнитивно-бихевиоралне интервенције (КБТ) сматрају се врло обећавајућим приступом за побољшање расположења, редукцију симптома анксиозности и опсесивно-компулзивних симптома код одраслих са ПСА. До сада је та врста интервенција у овој популацији испитивана у седам студија, од чега су три *RCT* (174, 175). Ефекат је био већи када су независни процењивачи одређивали ниво редукције опсесивно-компулзивних симптома него на инструментима самопроцене. КБТ је примењивана групно или индивидуално, просечан број сати терапије био је 18,5 и ниједна студија није пријавила нежељене ефекте. Циљ КБТ је да омогући контролу начина доживљавања околине. Све процењене студије имале су модификовани облик КБТ за младе особе са ПСА, са циљем прилагођавања приступа, и за савладавање одређених вештина и за излагање. За сада су докази недовољно поткрепљени, па су неопходне даље студије са униформисаним протоколима и дужим периодима праћења (174).

Према препорукама *NICE*, КБТ се може сматрати методом са позитивним деловањем, али уз то да треба размотрити дужину трајања сесија, укључивање породица, опрез у модификацији метода. Такође, наглашено је да би се требало усмерити пре на бихевиоралне него когнитивне елементе те врсте интервенција (172).

Уколико су КБТ технике усмерене на коморбидна стања као што су депресија и анксиозност, препоручује се да особа која примењује технике потпуно разуме основне симптоме аутизма и њихов потенцијални утицај на третман. Приликом прилагођавања третмана треба пратити следеће препоруке:

- приступ треба да буде конкретнији и више структурисан, са већом употребом писмених или визуелних информација (радни листови, слике);
- требало би више пажње усмерити на промену понашања него мишљења;
- требало би користити понашање као почетну тачку за интервенцију;
- користити јасна правила;
- користити јасан језик, са што мање метафора, нејасних значења и хипотетичких ситуација;
- укључити члана породице или другог сарадника као подршку имплементацији интервенције;
- обратити пажњу на потребе особе, у смислу пауза, размотрити укључивање омиљених активности (нпр. рад за компјутером).

Терапија „mindfulness“

Адекватан превод назива ове врсте терапије би можда био „свесност“ или „присутност“. Особе са ПСА технике „mindfulness“ виде као ефикасне за смањивање стреса, анксиозности, руминација (понављајућих, стереотипних мисли), беса и агресивности (174). Имплементатори методе сматрају да утиче на емоционалну регулацију (ЕР) која је отежана код особа са ПСА, а заједно са когнитивном нефлексибилношћу потенцијално доводи до повишеног ризика за развој психијатријског коморбидитета (176). За разлику од КБТ, која се усмерава на препознавање и промену маладаптивних мисли и емоција, „mindfulness“ технике су усмерене на промену односа особе према сопственим мислима и емоцијама, уз издвајање себе у односу на њих, а самим тим и бољу регулацију (176).

Ефикасност те методе за одрасле са ПСА доказана је у једној рандомизованој студији и једној студији са квазиексперименталним дизајном (174). У студији из 2017. године упоређена је ефикасност КБТ-а и методе „mindfulness“ за редукацију стреса (*mindfulness based stress reduction – MBSR*), оба протокола прилагођена за одрасле особе са ПСА. Показано је да обе методе имају ефекат на симптоме депресивности и анксиозности (177). *MBSR* је обично примењиван једном недељно, у сесији која траје 1,5–2,5 сати, 9–12 недеља.

И у случају КБТ и *MBSR*, методе су примењене на одрасле особе са ПСА које су вербалне и без интелектуалне ометености. Такође, обе те методе су превасходно усмерене на редукацију пратећих, а не основних симптома ПСА, односно на редукацију депресивности и анксиозности (174). С обзиром на показане резултате и изостанак нежељених ефеката, аутори прегледног рада *Venevides* и сарадници из 2020. године сматрају да су те две методе задовољавајуће за ове индикације и за субпопулацију особа са ПСА (174).

Учење социјалних вештина

PEERS

Једна од скорије развијених интервенција за особе са ПСА усмерена је на побољшање социјалних вештина. Програм за едукацију и развијање вештина у односима (*Program for the Education and Enrichment of Relational Skills – PEERS*) јесте интервенција усмерена на социјалне вештине која траје 14 недеља (178). Првобитно је била усмерена на особе са ПСА од 11 до 16 година, али је касније модификована за рад са млађим одраслим – од 18 до 23 године. Модифи-

кована верзија се такође показала као ефикасна, према процени родитеља и самопроцени младих одраслих особа са ПСА (178). Ипак, Benevedes i saradnici наглашавају да је неопходан изузетан опрез приликом рада на социјалним вештинама старијих особа са ПСА, односно указују на велики значај повратне информације о одређеним интервенцијама са њихове стране. Наиме, неке особе са ПСА сматрају да одређене интервенције усмерене на социјалне вештине заправо представљају учење „камуфлаже”, односно скривања сопственог идентитета, која је повезана са суицидношћу те популације. Такође, одређене интервенције усмерене на социјално функционисање могу указивати на то да су одређена понашања у ПСА негативна или погрешна, самим тим индукујући осећање стида (174).

Осим описаног метода *PEERS*, који броји највише укључених учесника, постоји неколико других метода које су испитиване углавном на малом броју особа са ПСА (величина узорка око 5–10), које укључују комбинацију индивидуалних, малих групних и компјутерски примењених интервенција (179). Препоруке *NICE* подржавају примену интервенција које су усмерене на побољшање социјалних вештина (172).

Интервенције приликом запослења

Показало се да одређени број интервенција, односно програма за такозвано асистирано запошљавање омогућава значајно бољи квалитет живота особама са ПСА (180). Истраживања су показала да су такви програми супериорни у односу на специјализоване радионице – подразумевају боље плате, ширу социјалну интерграцију, веће задовољство радника, већу независност и мање оптерећење породица (180).

Интервенција приликом запослења би требало да укључује:

- помоћ у писању *CV-a* и пријаве за посао, припрему за разговор;
- тренинг за улогу радника;
- пажљиво прилагођавање посла самој особи са ПСА;
- континуирану подршку особи са ПСА након почетка посла;
- подршку послодавцу, која укључује и тренинг свести о аутизму (172).

Организација слободног времена

Две студије су се за сада бавиле програмима организације слободног времена особа са ПСА. Те интервенције су се састојале од организованог времена у трајању од два сата дневно, сваког радног дана, и укључивале су активности као што су слушање музике, физичка активност, играње друштвених игара, одлазак на одређене догађаје. Показан је задовољавајући ефекат и значајно побољшање квалитета живота особа са ПСА (181). На основу само те две студије, препоручено је коришћење таквих програма за одрасле са ПСА (182). У одабиру активности битно је да је разумљива, структурисана, флексибилна, да постоји јасна визуелна презентација инструкција (182).

Интервенције подршке за родитеље/неговатеље

Иако постоје студије које се баве испитивањем квалитета живота родитеља/неговатеља деце са аутизмом, врло мали број студија се бави родитељима/неговатељима одраслих особа са ПСА. Ретке студије показују да родитељи имају одређене групе подршке у детињству, али да те врсте активности престају у одраслом добу, а то је управо и доба када особа са ПСА излази из школског система, односно система континуираног праћења (182).

Упркос томе што постоји само једна студија у којој је упоређена психоедукативна група за родитеље одраслих особа са ПСА са стандардним третманом, и то са минималним ефектом, препорука је да рад са одраслим особама са ПСА увек подразумева психоедукативни део усмерен на родитеље, укључивање и информисање родитеља у све облике интервенција које се примењују на њихову децу (172).

Фармаколошке интервенције за децу и младе

Општи принципи фармакотерапије деце и младих

Примена фармакотерапије за децу и младе је у сваком смислу изазов за клиничара који мора да поседује знање и вештине за примену, али и спремност да их континуирано унапређује. Деца и млади су сензитивнији на нежељене ефекте фармакотерапије у односу на одрасле (158), због чега је иницијација третмана врло важна. Кад год је могуће, препоручује се да се почне са врло малом дозом лекова, уз постепено повећање дозе у периоду од неколико дана до неколико недеља. Мада је метаболизам деце и младих бржи него одраслих (због чега влада мишљење да су потребне и више дозе), генерално гледано, више дозе не показују бољу ефикасност, осим појединих лекова (183, 184).

Такође је важно напоменути да су готово сви медикаменти који се примењују за децу и младе, а то се највише односи на психофармаке, ван индикационих подручја датих упутством о леку, због чега је важно обавестити родитеље/старатеља, али и децу и адолесценте уколико то њихов развојни ниво дозвољава. Објашњење подразумева да није препоручено да дате лекове примењују деца, али да су неопходни у третману и да представљају лек избора. Због тога се врло често каже да деца користе лиценциране лекове за нелиценцирану индикацију, због чега је врло важна процедура информисане сагласности родитеља односно старатеља.

Општи принципи фармаколошких интервенција за децу/младе са ПСА

Примена лекова код деце и младих са ПСА не представља каузално решење (лекови не лече ПСА) већ симптоматско и увек се примењује у комбинацији с другим третманима (183). Не постоје контролисане, дуготрајне студије праћења које би показале да фармаколошке интервенције утичу на основне симптоме поремећаја; такође, врло су оскудне студије у којима се пореди ефикасност фармаколошких и нефармаколошких интервенција за децу и младе са ПСА (10, 185).

Најчешће фармаколошке интервенције за децу са ПСА примењују се у стањима када постоје придружени симптоми односно када постоји потреба за контролом придружених психијатријских или неуроразвојних стања код особа са ПСА. Уобичајени симптоми деце са аутизмом који се могу третирати лековима су: хиперактивност (висок интензитет), слаба пажња, импулсивно понашање, раздражљивост, узрујаност, агресивност, самоповређивање, напади беса, понављајуће мисли, интересовања и понашања, проблеми са спавањем, анксиозност, депресија, проблеми са расположењем, тикови.

Примена фармаколошких интервенција може бити оправдана као краткотрајно или средње дугорочно решење за специфичне и обично тешке симптоме који се удружено јављају код деце и младих са ПСА (10, 186). Фармаколошке интервенције које се јављају с другим медицинским стањима, као што је, на пример, епилепсија, неће бити описиване у овим смерницама јер се њихов третман спроводи по протоколима за лечење тих специфичних стања. Процена потребе за применом лека подразумева и процену околности из дететове средине (дом и школа) и дечјих дневних рутина (спавање, дневне активности, оброци и сл.).

Примена лекова и доношење одлуке о њиховом избору у рукама је пре свега лекара, а давање било каквих фармаколошких препарата од нестручних особа може бити узрок озбиљних последица по здравље и безбедност детета.

Навешћемо групе психофармака које се најчешће препоручују за третман појединих симптома у ПСА као што су анксиозност, иритабилност, проблеми спавања, проблеми пажње и концентрације (*ADHD* симптоми), изражена репетитивност и стереотипност и др.

Антидепресиви

Селективни инхибијори преузимања серотонина (SSRI)

SSRI и други антидепресиви често су прописивани лекови за особе са ПСА (187), иако не постоје добро контролисане студије које су испитивале улогу SSRI у третману поремећаја расположења код деце са ПСА. Услед недостатка валидних доказа за употребу SSRI код ПСА, упо-

треба SSRI за лечење депресије заснована је на клиничким студијама одраслих пацијената без ПСА (188). Када је реч о ефикасности у третирању репетитивних и стереотипних образаца понашања, скорашња метаанализа је показала да нема значајног клиничког ефекта примене SSRI, а постоји само једна студија која је показала задовољавајући терапијски ефекат примене флувоксамина (189). У додатно разматрање треба узети и доказ о повишеној склоности деце са ПСА нежељеним ефектима (190). Због свега тога, препоручујемо употребу SSRI у малим дозама, са титрирањем доза и континуираним праћењем пацијентовог стања са циљем детектовања могућих нежељених ефекта терапије.

Општи закључак је да није утврђена ефикасност лекова SSRI за децу са ПСА.

У Србији је одобрена употреба *fluoksetina* за децу старију од осам година у третману депресије, али га Агенција за лекове и медицинска средства не препоручује за лечење других стања. *Sertralin* је одобрен за лечење опсесивно-компулзивног поремећаја код деце старије од шест година и за млађе од 18 година за друге индикације уколико је процењено да је то у пацијентовом интересу.

Трициклични антидепресиви

Трициклични антидепресиви онемогућавају пресинаптичко преузимање норадреналина и серотонина у неуронским спојницама (синапсама), али њихова неселективност у односу на друге неуротрансмитерске системе резултује нежељеним ефектима. *Klotipramin* је показао одређену супериорност у односу на плацебо у редукцији раздражљивости, стереотипних, ритуалних и компулзивних радњи код деце са ПСА (191, 192). У случају давања *klotipramina* препоручује се појачан мониторинг појаве значајних нежељених ефеката, али не постоји опште слагање о препоруци коришћења за децу са ПСА.

У Србији је одобрена употреба klotipramina у третману депресије, поремећаја расположења, опсесивно-компулзивног поремећаја, паничних стања и фобија, али га Агенција за лекове и медицинска средства не препоручује за децу и адолесценције.

Антипсихотици

Антипсихотици прве генерације

Та група лекова делује као блокатор допаминских рецептора, проузрокујући осим пожељних антипсихотичких и значајне нежељене ефекте (првенствено симптоме дисфункције екстрапирамидалног система, метаболичке дисбалансе и седацију). Плацебо контролисане дупло слепо студије су показале супериорност *haloperidola* у смањењу психомоторне узнемирености, агресивног понашања и стереотипија код деце са ПСА, уз испољавање значајних нежељених ефеката који се могу контролисати титрацијом дозе (193–197) иако скорашња метаанализа указује на то да постоје докази о ефикасности, али су непрецизни и недовољни (198).

У Србији је одобрена употреба haloperidola за децу у третману тешких поремећаја понашања (посебно удружених са појачаном активностима и агесијом), Gilles de la Tourette-овој синдромом и шизофренијом.

Атипични антипсихотици

Атипични антипсихотици или антипсихотици друге генерације своје дејство испољавају са мањим антагонистичким дејством према допаминским, а већим према серотонинским рецепторима. Ти антипсихотици узрокују значајно мање симптоме екстрапирамидалне дисфункције и хиперпролактинемije у односу на антипсихотике прве генерације, али уз већи ризик од појаве метаболичких поремећаја праћених инсулинском резистенцијом, дислипидемијом, хипергликемијом и повећањем телесне тежине, због чега је обавезан мониторинг телесне тежине и нивоа гликемије. *Risperidon* је у добро контролисаним студијама показао ефикасност и добру подношљивост у краткорочном (шест недеља) и средњорочном третману агресивности, ирита-

билности, самоповређујућег понашања и стереотипија код деце старије од пет година са ПСА (198–202). Примена *risperidona* има предност у односу на друге антипсихотике прве генерације. *Aripiprazol* је у поређењу са *risperidonom* показао сличну терапијску ефикасност. Сматрало се да је испољавање метаболичких нежељених ефеката мање, али то није доказано када су у питању деца са ПСА (198, 203). *Olanzapin* је у недовољно контролисаним студијама показао ефикасност у општем функционисању деце са ПСА (204), уз добро позната и значајна метаболичка нежељена дејства праћена повећањем телесне тежине. Истраживање из 2019. године које је подразумевало испитивање родитеља деце са ПСА указало је на то да *olanzapin* има већи ризик него корист, мада аутори наводе да су одговори врло индивидуални, те препоручују да се увек примењује од случаја до случаја (205).

Не постоји довољно евиденције о ефикасности и подношљивости *kvetiapina*, *ziprazidona*, *asenapina* и *klozapina* код деце са ПСА. *Lurazidon* и *ziprazidon* се испитују у великим добро контролисаним студијама са оптимистичким подацима о значајном смањењу метаболичких нежељених ефеката (175, 206).

У Србији је одобрена употреба risperidona у краткорочном лечењу дуготрајне аиреције деце старије од пет година са интелектуалним способностима испод просечних и адолесцената са поремећајем понашања.

У лечењу иријабилности повезане са аутистичним поремећајем Агенција за лекове у Србији до сада није прецизирала препоруку aripiprazola. Olanzapin се у Србији не препоручује деци и адолесцентима млађим од 18 година услед недостига података о безбедности и ефикасности.

Психостимуланси и други лекови за третман хиперактивности, проблема пажње и концентрације

Metilfenidat

Metilfenidat се показао ефикасним у третману симптома хиперкинетског поремећаја код деце са ПСА (185). Ипак, проценат деце која реагују на терапију је нижи, а проценат оних који прекину терапију због нежељених ефеката је виши у поређењу са децом која имају хиперкинетски поремећај. Најучесталији нежељени ефекти су били пад апетита, несаница и емоционална нестабилност (10, 158, 185). Новија студија дуготрајног праћења деце са *ADHD* и ПСА показала је да је ефикасност ипак једнака оној код деце само са *ADHD* и да није било значајних нежељених ефеката (207).

У Србији је *metilfenidat* са продуженим ослобађањем (*Concerta^R*) доступан и одобрен за употребу деце и младих узраста од шест до 18 година са дијагнозом хиперкинетског поремећаја.

Metilfenidat могу да користе деца са хиперкинетским поремећајем и ПСА, мада је ефикасност терапије мања него ефикасност код деце са хиперкинетским поремећајем без ПСА.

Atomoksetin

Истраживања су показала ефикасност тог лека у третману хиперкинетског поремећаја код деце са ПСА (84, 208). Лек се добро толерише, а најучесталији нежељени ефекти лека су били умор, мучнина и пад апетита. За максимални ефекат *atomoksetina* је потребно дуже време, понекад и до шест месеци континуиране терапије тим леком (88, 209).

Atomoksetin је лек који тренутно није реинсториран у Србији. Може се примењивати у третману хиперкинетског поремећаја код деце са ПСА.

Klonidin u guanfacin

Алфа-адренергични агонисти који се користе у третману хипертензије у неким земљама су одобрени и за третман хиперкинетског поремећаја (185).

У Србији није одобрена употреба klonidina ни guanfacina за тирејман хиперкинетској поремећаја.

Остали лекови

Naltrekson

Употреба *naltreksona* код младих са аутизмом има ефекат на хиперактивност и иритабилност, али не постоји довољно доказа о утицају на кључне симптоме аутизма (88, 97). Скорашњи приказ случаја показао је значајно смањење компулзивног сексуалног понашања адолесцента са ПСА већ две недеље по почетку примене налтрексона (210).

Naltrekson је у Србији рејисџрован и одобрен једино за тирејман зависности од опијата.

Sekretin

Ово је једна од највише истраживаних супстанци у третману ПСА. И поред великог броја истраживања није доказана ефикасност *sekretina* у третману ПСА (10, 88, 97, 211).

Sekretin се не препоручује за тирејман симптома ПСА код деце и младих.

Oksitocin

Познато је да је окситоцински систем повезан са социјалним понашањем и неколико мањих пилот студија је дало обећавајуће резултате утицаја окситоцина на контакт очима и емоционално препознавање деце са ПСА (10, 185). Скорашња студија која је испитивала ефекат интраназалног *oksitocina* на децу и адолесценте са ПСА током 24 недеље показала је да нема разлике у ефикасности у односу на плацебо (212).

Melatonin

Природни хормон који је важан за регулацију циркадијалног ритма биолошких функција, укључујући спавање. Постоји више студија о корисности *melatonina* за децу и младе са ПСА који имају проблеме спавања (158, 185). Ни у једној студији нису се показали статистички значајни нежељени ефекти због употребе *melatonina* (185, 213).

За децу и младе са проблемима спавања који нису решени бихевиоралним интервенцијама треба размислити увођење melatonina како би се побољшало спавање.

Употреба melatonina треба да буде у договору са педијатром или психијатром који је искусан у збрињавању проблема спавања деце и ПСА и увек повезана са бихевиоралним интервенцијама.

Пре увођења *melatonina* треба водити дневник спавања. Наставити са мерама хигијене сна (устајање и одлазак на спавање у исто време, избегавање спавања преко дана) и вођењем дневника спавања. *Melatonin* је у Србији у слободној продаји и набавља се без рецепта, али нема препоруке да га употребљавају млађи од 18 година.

Антиепилептични лекови

Неки антиконвулзивни лекови као што су *valproat*, *lamotrigin* и *karbamazepin* користе се у третману поремећаја расположења, али и симптоматски за третман импулсивности и агресивности (185, 214). Према информацијама добијеним од родитеља у скорашњем истраживању, *lamotrigin* је имао око двоструко више користи него нежељених ефеката (205).

Не постоји довољно доказа да би се препоручила употреба антиепилептичних лекова за децу која имају само ПСА, па су потребне даље студије на већем броју деце.

Глушаматерички и GABA-ерџиќи ајенси

Иако су претклинички подаци били обећавајући, у RDSPK студијама за већину тих супстанци (*amantadin*, *riluzol*, *memantin*) није показано да су ефикасни у третману ПСА (185). Међутим, новија истраживања *amantadina* показују одређену ефикасност у социјалној респонсивности (215), док се на основу истраживања *memantina* предлаже евентуална примена тог лека са циљем побољшања когнитивних функција које могу побољшати ефекат, на пример, едукативних интервенција за децу са ПСА (216). Новија истраживања се фокусирају на испитивање ефикасности тих лекова у комбинацији са *risperidonom*, али је потребна репликација резултата у већим студијама.

Још увек не постоји задовољавајући број доказа из клиничких студија да би се показала јасна ефикасност употребе било које фармаколошке интервенције у рутинском лечењу кључних симптома ПСА.

*Постоје одређени број доказа који подржавају употребу *risperidona* и *aripiprazola* за лечење рејативних образаца понашања.*

Међутим, узимајући у обзир опортунитетне нежељене ефекте тих лекова, они не би требало да се користе за рутинско лечење рејативних симптома.

Уколико се ипак клиничари одлуче за такав корак, врло је битна евалуација односа ризика и користи од тој тјерији.

Melatonin је доказано ефикасан и добро подношљив лек за лечење проблема са спавањем деце са ПСА.

*Постоје задовољавајући број доказа ефикасности *metilfenidata* у лечењу ADHD код деце са ПСА. *Atomoxetine* може бити разматран као добра алтернатива *metilfenidatu*. Одређене студије указују на то да би у лечењу тој тјерији симптома од помоћи могле бити и *risperidon* и *aripiprazol*.*

Марко, 14 година

Марко има 14 година и живи са родитељима и старијим браћом у мањем граду. Мајка је одржавала трудну, порођај је био уредан. Годину и по дана пре његовог рођења мајка је имала намерни прекид трудноће у 23. недељи због налаза кариоטיפа (транслокација *de novo*). Марко је био мирна беба, више је волео да седи у колицима или у кревету, него да се узме и носи у рукама. Са девет месеци је имао ујалу илућа због чега је био у болници, након чега су родитељи имали хиперопективан став према њему. Није имао друге теже телесне болести, операције, повреде, алергије на лекове и храну. Старији браћо је имао сторији развој говора, али по изговарању првих речи врло брзо је говорио. Мајка је бринула јер није говорио, није имао контакт очима, није имао телесну комуникацију, није усмеравао поглед на оно што му се покаже, ушисак је био да није ни разумео налоге, умео је бурно да реагује на осујећење, није се одазивао на име, имао је стереотипна интересовања и радње. После другог рођендана се јављају психолошки који оставља сумњу на дисхармоничан развој и савремене инјензиван дефектолошки и логопедски интервенције који је одмах и зајочет. Са три године је остављена дијагноза првобитног развојног поремећаја након клиничког испитивања по три дневне болнице. Говорио је са 3,5 године, најрегован је у разумевању и комуникацији са окружењем, перзистира склоност ка рејативним и рејативним интересовањима и активностима. Врло рано показује интересовање за вештине, воли да их проучава, слуша како раде, када мора да буде присутан тишина у кући како би се чуо звук вештине, воли све што се тиче прања веша, сортирања, цело процес. Изузетно осетљив на звуке, смећа му музика која се чује у суседној просторији, звук ТВ-а, лавеза, инсистира да се прога нас за којом је браћо врло везан, због тога се често свађа са укућанима. Уписао је редовну школу уз ИОП и лично праћење, друга деца су га прихватила, у нижим разредима су покушавала да му се приближе и да му помажу у учењу, али он није показивао интересовање за интеракцију са њима. Са 13 година се јављају дејем психијатрија јер је имао учешће рајтуса беса праћене

аїресижом ірема сїварима. Тага му је у ішерайіу уведен аїїїїични анїїїїсихойїїк rispolept у ниским дозама (до 1 mg/дан). Добро је одреаїовао на ішерайіу, значајно је мање раздражљив, наїади беса су мноїо реїи. Родїїїеїи се брину іїїа их чека након завршеїїка основне школе, імаїу броїне недоумїце и іїїїїања у вези са Марковом будуїїношїу.

Фармаколошке интервенције за одрасле особе са ПСА

Емоционални и бихевиорални проблеми су чести и код одраслих особа са ПСА, те се мора размотрити и примена лекова, посебно онда када психосоцијалне и нефармаколошке интервенције немају ефекта.

Када увести фармакотерапију?

Врло је важно детаљно размотрити и анализирати симптоме који се код особе опсервирају – испољавање тегоба и поремећаја може бити значајно измењено у односу на општу популацију. И депресија и анксиозност могу се, на пример, приказати као погоршање основних бихевиоралних проблема (50). Поремећај пажње је тешко разликовати од недостатка могућности да се са неким дели пажња због поремећаја социјалне интеракције. Такође, уколико је особа са ПСА невербална и трпи болове, они ће се манифестовати погоршањем бихевиоралних проблема. Осим тога, појачање стереотипија или репетитивних понашања може подједнако бити знак позитивног узбуђења и радости колико и знак узнемирења (50).

Које лекове применити?

Осим дијагностичких изазова, проблем је и чињеница да је врло мало лекова испитано у студијама са особама са ПСА. Додатно, особе са ПСА могу имати врло специфичне, непредвидљиве реакције на примену фармакотерапије. Због свега тога, свакој особи са ПСА мора се приступати индивидуализовано и врло опрезно пратити позитивне и негативне ефекте.

Такође, као што је већ наведено, не постоје лекови који могу третирати основне симптоме поремећаја аутизма. Из тога недвосмислено следи да не треба примењивати никакве методе „усмерене на лечење аутизма”, као што су неурофидбек, посебне дијете, хипербарична комора и томе слично (172).

Иако су *risperidon* и *aripiprazol* одобрени од FDA (*Food and Drug Administration*) за третман удружених бихевиоралних проблема деце, ти лекови нису регистровани и за одрасле са ПСА. Такође, ниједно фармаколошко средство није одобрено за лечење аутизма одраслих у Великој Британији (172).

У већини студија је испитиван ефекат лекова на децу и адолесценте, али су малобројне студије у којима је испитивана примена психофармака код одраслих особа са ПСА. Нема доказа да би ефекат лекова на децу и адолесценте био исти код одраслих – разлике су у метаболизму, али и коморбидитету (учесталост депресије повећава се са годинама у популацији особа са ПСА) (172).

Ипак, с обзиром на мали број рандомизованих плацебо-контролисаних студија примене фармакотерапије код одраслих са ПСА, аутори NICE смерница сматрају адекватним екстраполацију резултата на одрасле особе са аутизмом.

Који се лекови још увек испитују?

У последњих десет година испитиван је ефекат различитих супстанци на одрасле са ПСА. У питању су обично студије чији се резултати касније нису потврђивали на већим узорцима, те се за сада не могу препоручити за лечење те групе поремећаја.

На пример, у студији из 2021. године на 150 пацијената са ПСА од 5 до 21 године испитиван је ефекат примене канабиноида у односу на плацебо, 12 недеља, са периодом четири недеље праћења и потом 12 недеља „cross-over-а”. Аутори студије за сада потврђују високу безбедност

примене те терапије, док се ограђују од тврдњи о ефикасности (иако је била већа у експерименталној групи), због велике хетерогености узорка (217).

Oksitocin као терапијска опција у ПСА, иако са обећавајућим почетним резултатима, није се јасно показала ефикасном у низу досадашњих студија. Један од новијих радова указује на двофазно деловање *oksitocina* – позитиван ефекат на социјалне интеракције током прве две недеље примене, који потом од друге до четврте недеље значајно опада. Тај образац деловања окситоцина током времена потенцијално има везе са нивоом *N-N-dimetilglicina* који уз *glutamat* делује на *NMDA* рецепторе. Аутори постављају хипотезу да би се *oksitocin* могао давати дуготрајно, у комбинацији са неким од модулатора тих рецептора (218). Ипак, досадашњи ниво доказа није довољан да би постојала јасна препорука за примену *oksitocina* за особе са ПСА.

У студији која је такође била оријентисана на функцију глутаматергичког система у ПСА испитиван је ефекат *dekstrometorfana* – некопетитивног *NMDA* антагониста, и инхибитора преузимања серотонина и норадреналина у ПСА. У тој студији *dekstrometorfan* је био примењен са *kvinidinom* – инхибитором цитохрома *P450 2D6*, који повећава биорасположивост *dekstrometorfana*, односно продужава му полувреме елиминације (219). Ова комбинација је одобрена за лечење емоционалне дисрегулације код неуролошких синдрома, те је показана добра подношљивост, без значајних нежељених ефеката. *Chez i saradnici* су у својој студији показали да примена *dekstrometorfana/kvinidina* води значајној редукцији иритабилности и поремећаја понашања одраслих са ПСА (219). У питању је једна *RCT* студија, те се не може рећи да постоји довољно доказа за препоруку примене те комбинације за лечење одраслих особа са ПСА.

Неке од студија још увек нису испитиване у клиничком већ само експерименталном смислу – на пример, у студији је испитиван ефекат антидепресива – *tianeptina* на мождану активност током одређених задатака (220). *Tianeptin* је антидепресив за који је показано да, осим антидепресивног дејства, значајно побољшава когнитивне функције особа са депресивним поремећајем (221). Наиме, у поменутом испитивању рађена је функционална магнетна резонанца мозга одраслих особа са ПСА и контрола. Приликом давања одређеног задатка, показана је смањена активност медијалног темпоралног кортекса особа са ПСА у односу на здраве контроле. По администрацији једне дозе тианептина те разлике су се губиле. Аутори јасно указују на чињеницу да је у питању једна доза лека и да су у питању експериментални услови, те се тек очекује даље испитивање потенцијалног ефекта *tianeptina* код одраслих са ПСА (220).

Шта можемо применити у свакодневној пракси?

Као закључак, може се рећи да фармакотерапију не треба примењивати ради третирања основних симптома аутизма већ искључиво за придружене проблеме у понашању и коморбидитет. С обзиром на то да постоји врло мало студија које се баве применом фармакотерапије за лечење придружених симптома ПСА одраслих особа, све што је речено за дечју популацију може се применити и на одраслу.

Већ је речено да је неопходна детаљна анализа погоршања у понашању. Пре свега, треба утврдити да ли постоји физички или психички коморбидитет који је довео до одређене промене/погоршања. Код особа са аутизмом са годинама се повећава вероватноћа појаве психијатријских коморбидитета, али и оболевања од телесних обољења чије симптоме особе са ПСА доживљавају на специфичан начин, те је и реакција на те симптоме врло често другачија и тешко препознатљива. Као што је већ речено, проблем се јавља и у описивању, односно могућности вербализације психичких или телесних сметњи.

За сваки уведени лек неопходно је детаљно пратити и потенцијалне нежељене ефекте и жељене ефекте. Препоручује се детаљна евалуација ефеката након 3–4 недеље примене и искључивање након шест недеља уколико се процени да нема клинички значајног побољшања.

Комплементарне и алтернативне методе третмана (КАМ)

КАМ су облици третмана који се не темеље на научним стандардима, а према дефиницији Националног центра за комплементарну и алтернативну медицину (*National Center for Complementary and Alternative Medicine*), КАМ је „скуп различитих медицинских и здравствених система, пракси и производа који не припадају конвенционалној медицини“. Скоро једна

трећина деце са постављеном сумњом на ПСА имала је још пре формалне дијагнозе неку врсту примене КАМ, а у једној студији је чак 92% родитеља средње класе деце са ПСА одговорило позитивно на питање да ли су примењивали КАМ интервенције (222). Иако су такве интервенције веома разнолике, оне имају неке заједничке карактеристике.

- Као доказ ефикасности третмана углавном се наводе анегдотска запажања, сведочанства чланова породице, а некада и резултати истраживања у којима није примењена одговарајућа методологија. Наводе се анегдотска запажања о видљивим променама у понашању врло брзо након отпочињања интервенције (193, 194).
- Аутори псеудонаучних концепција на супротна мишљења обично реагују догматским ставовима или модификацијама постојеће „теорије”.

КАМ интервенције које се примењују за ПСА могу се поделити на „небиолошке” и „биолошке”. У прве спадају интервенције као што су АИТ (тренинг аудитивне интеграције), оптометрија понашања, краниосакрална манипулација, интервенције засноване на терапијској улози животиња, фасилитирана комуникација. У биолошке спадају, на пример, имунорегулаторне интервенције (дијета која искључује намирнице које могу да буду алергени, примена имуноглобулина или антивирусних средстава), детоксикационе терапије (нпр. хелација), гастроинтестинални третмани (нпр. примена дигестивних ензима, антимикотичне терапије, пробиотика, дијете без глутена и казеина, квасца, примена *Vancomycina*) и примена дијететских суплемената за које се претпоставља да делују на неуротрансмисију, путем имунолошког система или епигенетичких механизма (нпр. витамини А, С, В6 и Mg, фолна киселина, витамин В12, *dimetilglicin* и *trimetilglici*, *karnozin*, *omega-3* масне киселине, *inosizitol*, различити минерали итд.). Већина познатих КАМ интервенција дата је у табели 9.

Табела 9. Комплементарне и алтернативне методе третмана

Група КАМ	Врсте КАМ
КАМ са недовољним и нејасним доказима ефикасности	Примена аминокиселина и суплемената Интервенције базиране на примени животиња Оптометрија понашања Експресивна психотерапија Дијета без глутена и казеина Терапије звуком (нпр. „ <i>samonas sound therapy</i> “ и „ <i>listening programme</i> “) Масажа и друге интервенције на сензоричкој основи Примена <i>omega-3</i> масних киселина
КАМ са доказаном неефикасношћу чија примена не може да се препоручи	Примена <i>dimetilglicina</i> Група интервенција заснованих на теорији о постојању можданог оштећења код деце са ПСА, као што су „ <i>Doman-Delecatо</i> ” или „ <i>Glenn Doman program</i> ”
КАМ које се не препоручују јер носе здравствене ризике по дете	Примена антибиотика и антимикотичних лекова Акупунктура Примена великих доза витамина С Хелација Киропракса Краниосакрална терапија Дигитална манипулација Дигестивни ензими Примена фолата <i> Holding</i> терапија Хипербарична комора Интравенозна примена имуноглобулина Примена секретина Примена витамина В6-Mg Примена цинка

С обзиром на раширену примену тих метода и могуће неповољне ефекте, стручњаци који помажу деци и родитељима треба да буду отворени за разговор на тему употребе КАМ. Треба добити информације о ранијој и садашњој примени, разлозима за примену, дати избалансиране одговоре и савете, установити могуће ризике и потенцијалне штетне ефекте. Са родитељима је важно разговарати о принципима научног доказивања ефикасности интервенција, дати одговарајуће информације о процени квалитета информација и препознавању псеудонаучних тврдњи и указати на то да истраживања КАМ морају да задовоље исте критеријуме као и друга клиничка истраживања.

Одлука о примени КАМ треба да се заснива на процени:

1. на који начин примењене КАМ интервенције делују додатно повољно на прихваћене интервенције које се примењују;
2. ефеката инвестирања ограничених средстава (нпр. време, новац, људски ангажман) на интервенције које не дају очекиване резултате, а удаљавају родитеље од интервенција заснованих на доказима;
3. могуће здравствене штете по дете, посебно дете млађег узраста са вулнерабилнијим неуролошким и физиолошким системима.

Здравствени радници и сарадници који брину о деци са ПСА треба да саветују родитеље да примењују релевантне, сигурне и делотворне интервенције и терапије без обзира на то да ли су у њиховом прихваћеном „mainstream” или КАМ интервенције. Одлука о примени одговарајуће интервенције треба да се темељи на поузданим доказима и да укључи процену могуће користи и ризика по дете и породицу. Актуелно, ни за једну од КАМ метода нема валидних научних доказа о ефикасности на основу чега би могла да се препоручи њена стандардна примена.

Интервенције усмерене на регулисање придружених проблема

Особе са ПСА могу имати разноврсне проблеме у области исхране, успављивања и специфичног реаговања на сензорне дражи. Анксиозност, агресија и самоповређивање чешћи су него у општој популацији, иако та стања нису кључне клиничке карактеристике ПСА. Ради регулисања придружених проблема креирају се ИПП.

Најчешће потешкоће у исхрани су селективност (узимање само одређене категорије намирница или хране одређене текстуре), одбијање уноса течности, задржавање хране у устима и сувише брзо узимање хране. Преваленција потешкоћа у исхрани деце са ПСА креће се у распону од 46% до 89%, зависно од типа студије. Када се искључе одређена медицинска стања која би могла да буду у основи неких поремећаја исхране (пре свега задржавање хране у устима), најнефикасније бихевиоралне интервенције за регулисање проблема исхране јесу трансфер стимулусне контроле (нпр. родитељи постепено преузимају терапеутску улогу), гашење и диференцијално поткрепљивање (223).

Касно успављивање, честа буђења ноћу и мања дужина сна најчешћи су проблеми спавања особа са ПСА, који битно утичу на погоршање клиничке слике у будном стању, иритабилност те појаву агресивних и аутоагресивних облика понашања. У третману најпре треба осигурати хигијену спавања (обезбедити умирујући простор за спавање изолован од буке; установити ритуал успављивања у приближно исто време; око сат времена пре одласка у кревет укључити дете са ПСА у релаксирајуће активности, без употребе техничких уређаја; ускратити унос намирница које садрже кофеин у вечерњим часовима итд.). У регулисању проблема спавања користе се бихевиоралне технике, изоловано или у комбинацији са мелатонином (224). Утицај ароматерапије на поремећај спавања није доказан (225).

У регулисању сензорне преосетљивости и других проблема сензорног процесирања креира се специфично образовно окружење, усаглашено са потребама сваког појединачног детета. Одговарајућа упутства за прилагођавање простора и постепено навикавање на сензорне дражи

треба дати и родитељима. У регулисању сензорне преосетљивости сензорна интеграција се ипак може сматрати препорученом техником, заснованом на доказима, али само под условом да се примењује оригинална варијанта тог приступа, док третмани у мултисензорном окружењу и фокусиране интервенције засноване на употреби сензорне опреме (терапијске лопте, четкице за масажу, прслуци са оптерећењем, посебна седишта, глодалице и сл.) не спадају у третмане засноване на доказима (226).

Постоје докази о ефикасности КБТ у смањењу анксиозности особа са ПСА (227), али се добијени подаци односе на селекционисану групу испитаника са високофункционалним аутизмом.

Агресија и самоповређивање су најчешће социјално посредовани облици проблематичног понашања и они се, након пажљиво спроведене функционалне анализе, регулишу бихевиоралним техникама (225).



ОБЕЗБЕЂИВАЊЕ СЕРВИСА ПОДРШКЕ ДЕТЕТУ И ПОРОДИЦИ

ПСА је доживотни поремећај и особе са ПСА имају различите потребе (образовне, здравствене, социјалне и др.) у вези са тим поремећајем читавог живота. Како би се обезбедило да особе са ПСА живе што самосталније, неопходно је да службе подршке омогуће разноврсне приступе и стратегије засноване на доказима и dobrim праксама. Неопходна је мултисекторска сарадња у којој сваки од система треба да омогући планирање, дизајнирање и пружање подршке уз добру сарадњу с другим системима. Актуелно се дешава да родитељи „лутају” у тражењу система подршке. Могуће је консултовање више лекара и здравствених радника (или стручних радника у социјалној заштити и образовно-васпитном систему) при чему се налази на различите стратешке приступе у односу на ПСА. Чести су и неповезаност између система и различити нивои међусобне подршке. Остваривање координисане сарадње између система омогућило би свеобухватну подршку деци са ПСА и њиховим породицама.

Едукација професионалаца

Упркос све чешћој појави ПСА код деце, повећању свести о том проблему и интересовању стручне и шире јавности, и даље постоји проблем недовољне информисаности пре свега стручњака који се баве децом и младима о ПСА. То је врло често и разлог кашњења у започињању раних интервенција и програма подршке и помоћи (228, 229), односно релативно слабе сарадње између служби за пружање подршке и самих родитеља. О значају едукације професионалаца говоре и резултати истраживања који су показали да скрининг програми усмерени на специфичну детекцију аутизма у раном узрасту немају оправдање уколико не постоји подршка у примарној здравственој заштити у виду упућивања на специјализоване службе. Због недовољне сензибилизације и едукације у службама примарне здравствене заштите, али и дугих листа чекања у специјалистичким службама, та деца чекају и по две године да би коначно добила дијагнозу и поред правовремене родитељске бриге (50).

Због тога је неопходно континуирано радити на едукацији свих пружалаца услуга деци и породици (здравствених, социјалних радника и сарадника и запослених у образовно-васпитном систему), а пре свега педијатара и васпитача, патронажних сестара, односно медицинских сестара-васпитача запослених у јаслицама, како би на време препознали знаке и упућивали децу на специфичну дијагностику односно третман (230). Осим тога, педијатри, патронажне сестре, васпитачи/наставници (и евентуално социјални радници) као пружаоци услуга који су најраније и најчешће у контакту са дететом и породицом имају веома важну улогу у информисању, усмеравању и подржавању родитеља детета са ПСА, због чега је њихова едукација још важнија.

Подједнако је важно да клиничари који постављају и саопштавају дијагнозу буду едуковани о начину на који се дијагноза аутизма саопштава родитељима.

Неојходно је да сви запослени у службама за подршку и помоћ деци (у здравственом, социјалном и образовном систему) редовно преиспитују своја знања и вештине, како би их унапредили и ускладили са савременим сазнањима и тиме боље преиспознали, али и темељније радили из домена својих струка с њом децом и њиховим породицама.

Подршка у сусрет потребама

Чланови породица које се старају о детету са ПСА често су изложени великом стресу који је последица комплексне бриге о детету и неретко суочавања са отежаним функционисањем детета, што захтева дуготрајну подршку и помоћ (231, 232). ПСА је велика препрека у остваривању пуне родитељске улоге и извор константног стреса за родитеље како због тешкоћа у комуникацији тако и због слабије адаптивности деце са ПСА. Кривица и осећај неефикасности у родитељској улози, средински стресори, однос са партнером, однос са широм породицом, однос са пријатељима, финансијска ситуација најчешћи су извори незадовољства родитеља. Истакнуто је да се родитељи деце са ПСА сусрећу са израженијим психосоцијалним и економским стресорима него родитељи деце која имају други облик развојних сметњи и инвалидитета (233, 234).

Тешкоће, неизвесности, потреба континуираности адаптације, погођеност целе породице захтевају константо разумевање, подршку и едукативни рад свих професионалаца који се баве децом са тим проблемом и њиховим породицама. У том смислу облик саветовања ради бољег психосоцијалног прилагођавања потребан је свакој породици тј. свим родитељима. Често су, због бављења децом, стручњаци занемаривали родитеље, а они су ти који преузимају одговорност и спроводе највећи део третмана, и физичког и психолошког, тако да се релативно мало може урадити за дете без сарадње са родитељима. Због тога треба мотивисати родитеље да препознају потенцијале и могућности своје деце, уместо да акценат стављају на недостатке и дефиците, како би им омогућили да се развијају у правцу што веће независности.

Осим пружања информација уско повезаних са природом и манифестацијом ПСА код детета, било би потребно омогућити информације, односно изворе у којима се до њих може доћи, о расположивим интервенцијама и мерама неопходним за свеобухватну подршку деци и породици (услуге из система социјалне заштите и образовања) (235, 236). Приликом пружања информација неопходно је водити рачуна о узрасту детета са ПСА, али и о културолошком и едукативном нивоу породице. Преведене брошуре које пружају додатне информације родитељима доступне су на <http://deaps.org/saradnja-autism.html>.

Многобројне студије се баве питањем оснаживања породица за учествовање у доношењу одлука у вези са њиховим дететом и јачањем утиска да је њихово мишљење у том процесу вредновано (237–239).

Када је у питању брига о породици са дететом са ПСА, важно је имати на уму и другу децу у породици. Већина деце и младих не извештава да је имати брата или сестру са неком врстом неспособности негативно искуство; ипак они су изложени ризику од појачаног стреса и последичних емоционалних проблема. Друга деца у породици могу бити укључена преурањено у бригу о брату или сестри која има ПСА или имати недовољно породичне пажње и ресурса. Неопходно је да постоји довољно подршке и за родитеље и за браћу и сестре особа са ПСА (47).

Трејман ПСА у децјем добу укључује породично оријентисан ириситиу и сагледавање потреба породице у целини, а не само дејетта са ПСА.

Родиитељи и старатоци треба да буду охрабрани да износе своје потребе за конкретном емоционалном подршком. То захтева да имају доситиуине информације, обезбеђене услуге и разрађен систем ујућивања у уситанове вишег нивоа.

Родиитеље деце са ПСА требало би оснажити знањем и вештинама за иревазилажење ситреса.

Осим информативне подршке, родиитељи треба да добију и исихолошку подршку кроз групе подршке/сусрећања, односно да здравствени радници који раде са децом, у итервенцију укључе и родиитеље, њих обуче за слично иоситиуање у кући и са родиитељима раде на иревазилажењу иоситојећих личних ипроблема/дилема односно да раде на оснаживању родиитеља.

Бриа о родиитељу је бриа за деите.

Информације које се обезбеђују родиитељима треба да буду лако доситиуине за кориштење и иредсављене у разумливом формату.

Обезбеђивање информација

Родитељима и старатељима детета са ПСА треба обезбедити континуирано информисање и помоћ у разумевању дијагнозе и оснаживање у процесу доношења одлука приликом избора итервенција.

Обезбеђивање информација мора се посматрати као двосмерна активност. С једне стране, на сва питања и недоумице које имају родитељи деце са ПСА требало би одговорити већ током процене или што је пре могуће. С друге стране, након постављања дијагнозе неопходно је пружати континуирано подршку и информације о могућностима збрињавања. Бројна истраживања показују да су родитељи били задовољнији онда када су тражене информације о стању свога детета добили на време, то јест ако су током процеса процене и дијагностике, а поготово након постављања дијагнозе, имали могућности да поставе питања тиму стручњака, односно да добију писани материјал са додатним неопходним информацијама (111, 240, 241).

У време постављања дијагнозе

Најкритичнији период за пружање информације јесте период процене, због чега је неопходна сарадња између служби (пре свега између примарне здравствене заштите и специјализованих установа), што код нас још увек није случај већ сами родитељи преносе информације између нивоа здравствене заштите.

Такође су значајне комуникационе вештине самих стручњака који **саопштавају дијагнозу**, јер негативна искуства у том раном периоду суочавања са ПСА неминовно утичу на општи став породице према проблему (229–232, 242). Родитељи никада не заборављају сусрет на коме им је саопштена дијагноза и за многе од њих је то моменат „преласка линије” између сумње да је њихово дете другачије и суочавања да дете има званичну дијагнозу. Нека од питања која себи постављају су: Да ли ће моје дете имати нормалан живот? Да ли је то моја кривица? Како ћемо то саопштити пријатељима и рођацима? Шта нам носи будућност? Шта сада да радимо?

Клиничар треба да усвоји стратегије које су у складу са њеним/његовим личним стилем, али које у исто време треба да задовољавају потребе породице са којом ради. Без обзира на

стил, две компоненте су кључне за оптимално саопштавање дијагнозе ПСА: 1) лична повезаност с породицом, осећај да је лекару заиста стало, 2) отвореност и искреност лекара (239).

Здравствени професионалци морају бити свесни чињенице да недовољно јасна терминологија и неизвесност која прати успостављање дијагнозе представљају тешкоћу за родитеље. У случајевима кад је дијагноза јасна, важно је користити јасну терминологију у комуникацији са родитељима. Када пак постоји дилема у успостављању дијагнозе (нпр. гранична ситуација у односу на критеријуме за дијагностику), здравствени професионалац је у обавези да то објасни родитељима. Посебно су осетљива она стања у којима постоји коморбидитет између ПСА и других здравствених тегоба, али не само здравствених већ и социјалних услова, односно искуства у образовном систему.

Такође, врло је важно да стручњаци који родитељима или другим члановима породице саопштавају дијагнозу буду свесни могућности да период адаптације на њу може бити различите дужине и тежине, те да неки родитељи могу имати проблем да се прилагоде и различите емоционалне реакције (229–232, 242).

Принципи добре праксе сугеришу да се у време постављања дијагнозе родитељи упуте на родитељске групе подршке, које могу бити локалног карактера или ширег, путем онлајн мреже подршке (243).

Посебно је важно упознати родитеље, али и децу и особе са ПСА о могућим компликацијама самог стања, као и системским, не би ли на тај начин предупредили додатни терет које само то стање носи собом (пре свега то се односи на краткотрајне и дуготрајне последице живота са ПСА). Помоћ клиничарима у периоду постављања дијагнозе може бити брошура *Autism Speak Autism Treatment Network-a* која се може преузети на <https://www.autismspeaks.org/tool-kit/atnairp-guide-providing-feedback-families-affected-autism>).

Од чланова породице се очекује да преузму различите улоге у време успостављања дијагнозе укључујући улогу котерапеута и онога ко заговара у име детета. Подршка породици у том периоду има круцијални значај и може утицати на успешност интервенција надале.

Умена и њисмена комуникација са њородицом у време њостављања дијагнозе мора бити квалификирана, уз укључивање њисмених извештаја о исходима различитињих њроцена које се користе њриликом дијагноскиковања.

Професионалци који су укључени у њроцес њостављања дијагнозе морају бити ситално едуковани.

Деци, особама и њиховим родитељима њтреба рутински достављати њисмене информације. То се односи и на којије дојиса који су ујућивани различитињим њрофесионалцима њриликом њроцене ситања дејетиа.

Треба оснаживати децу, особе и њихове родитеље да континуирано уче о ПСА и корисним интервенцијама и начинима њодршке.

Подршка за време транзиције

Процес проласка кроз различите животне фазе – од предшколског периода до стања зрелости, препознат је као посебан изазов за децу и младе људе који живе са ПСА. Иако су доступни извори са доказима такве тврдње веома ограничени (244), познато је да је појачан контакт са службама подршке у томе периоду веома значајан.

Професионалци који се баве дететом са ПСА морају бити свесни да тешкоће приликом проласка детета кроз транзициони период могу настати највећим делом због тога што није била уважена потреба за подршком породици пре уласка у период транзиције. Преиспивање потреба за подршком и њихово планирање унапред, пре уласка у период транзиције, обезбеђују да се

адекватне мере примене у право време, када су и најделотворније. Иако индивидуалне потребе за подршком могу варирати, неки основни аспекти подршке могу бити генерално примењени.

Породице и одговарајуће службе за лечење и подршку требало би унапред да донесу план мера подршке како би уочицај транзиције кроз одређене животиње фазе дејства са ПСА био регулисан.

Подршка из система социјалне заштите са породицима деце са ПСА треба да буде посебно интензивана у време транзиције, а уколико није уочицај усвојена, врло је важно да се у том периоду усвојави.

Клуб младих

Групни рад са младим и одраслим особама са ПСА. У групном раду са младим и одраслим особама са ПСА могу се унапређивати њихове социјалне вештине, ниво самоприхватања, самопоштовања, али се уједно може деловати и на ублажавање осећања усамљености и могућности појаве придружених поремећаја расположења. Групни сусрети се могу реализовати уживо или у виртуелном простору, у тачно одређеним терминима. Водитељи радионица су најчешће професионалци који имају искуства у раду са младим и одраслим особама са ПСА.

О Клубу младих у Србији. Клуб младих особа са аутизмом оформљен је 2019. године на Факултету за специјалну едукацију и рехабилитацију. Учесници Клуба су студенти завршних година студијског програма Специјална едукација и рехабилитација особа с тешкоћама у менталном развоју, наставници са Факултета и младе особе са високофункционалним аутизмом (број учесника са ПСА се током година по групама кретао од шест до осам). Клуб је формиран ради унапређења социјалних вештина младих с високофункционалним аутизмом. Клуб ради током школске године, сваке недеље у истом термину. Осим групног недељног сусрета, учесници Клуба са ПСА се са својим вршњацима-менторима (студентима) виђају сваке седмице у природном окружењу (стан, кафић, биоскоп, тржни центар итд.) ради провежбавања социјалних вештина које се уче на групним сусретима Клуба. На почетном сусрету Клуба учесници се упознају између себе и са својим менторима-вршњацима, усвајају заједничка правила за даљи рад и размењују своја очекивања у вези са радом Клуба. Сваки следећи групни сусрет има јасно дефинисану тему која се обрађује помоћу различитих научно заснованих техника (нпр. подстицање, поткрепљивање, директна инструкција, моделовање, играње улога, социјалне приче, визуелна подршка итд.). Теме се унапред бирају на основу преференција учесника са ПСА (нпр. „Како пронаћи посао?“, „Вештине ћаскања“, „Другарство“, „Љубавне везе“, „Безбедност на интернету“ итд.).

О учесницима Клуба младих у Србији. Досадашњи учесници са ПСА имали су између 15 и 30 година, сви су имали високофункционални аутизам и живели су у својим примарним породицама. Родитељи учесника су пријављивали да нису могли да пронађу адекватну подршку за своју децу, односно место на коме ће се они виђати са својим вршњацима, склапати пријатељства и унаређивати своје социјалне вештине. До сада су у Клубу учествовале само две особе женског пола, сви остали учесници су били мушкарци. Само један учесник је био радно ангажован, четворо је похађало средње школе, док су два учесника по завршетку средњег образовања била незапослена. Интересовања учесника су била специфична и различита (нпр. црне рупе, свемир, музика, сликарство, биологија, животињски свет, мобилни телефони, књижевност, језици, писање прича и песама итд.), а проблеми са којима су се сретали најчешће су се односили на усамљеност, одбаченост, исмевање од школских другара, предуго елаборирање тема, импулсивно реаговање, изражено испољавање анксиозности у друштву, отежано иницирање комуникације, тихо и неразговорно говорење, наивност у социјалним релацијама итд. Учесници су уредно похађали сусрете Клуба, као и сусрете са својим менторима-вршњацима. Сви учесници са ПСА сматрају да су активности Клуба корисне и пожељне (245).

Едукација родитеља

Едукација родитеља је процес систематичног обезбеђивања неопходних информација родитељима и старатељима детета, које ће им пружити специфична знања и вештине за бригу о деци и помоћи им да подстичу дечји развој и компетентност (239).

Родитељима деце која су недавно добила дијагнозу ПСА едукација и овладавање специфичним вештинама значајно поправљају ментално здравље и процес прилагођавања новонасталим условима (228, 232). Едукација родитеља позитивно утиче на: а) унапређење социјалних и комуникационих вештина детета; б) изазива позитиван ефекат на социјално понашање детета и његову комуникацију и на успешније родитељство и унапређење односа родитељ – дете (234, 240). Један од најпризнатијих програма едукација родитеља у свету јесте *CST* тренинг родитељских вештина. Тај програм едукације је намењен родитељима чија деца имају проблеме у развоју, а развиле су га организација *Autism Speaks* и Светска здравствена организација.

*Родитељима и старатељима деце предшколској узраста са ПСА
препоручује се да похађају CST програм.*



СИСТЕМИ ПОДРШКЕ

Подршка у образовном систему

Укључивање у систем образовања и планирање транзиције

Деца са ПСА имају право на квалитетно инклузивно образовање на свим нивоима образовања (246) које је усмерено на обезбеђивање добробити и подршку целовитом развоју детета и ученика (247). Професионалци из различитих система који су у контакту са породицом треба да подстакну и подрже породицу да се дете правовремено укључи у образовни систем.

Деца са ПСА похађају редовне вртиће и школе заједно са својим вршњацима, а само када је то у најбољем интересу детета, на основу мишљења Интерресорне комисије за процену потреба за пружањем додатне образовне, здравствене или социјалне подршке (ИРК) и уз сагласност родитеља, односно другог законског заступника, могу се образовати у развојној групи предшколске установе или школи за образовање ученика са сметњама у развоју и инвалидитетом (Анекс 5) (247).

Врло је важно да се дете са ПСА укључи у програм васпитно-образовног рада у предшколској установи. Тиме се, уз све остале подршке ван образовног система, додатно пружа подршка породици и подржавају целовит развој и добробит детета стварањем услова и подстицаја у вртићу да дете развија своје капацитете, проширује искуства и изграђује сазнања о себи, другим људима и свету (248). Укључивање у вртић је важно, посебно ако се има у виду немерљив значај искустава, могућности и потенцијала периода од рођења до поласка у школу, периода у коме се развој и учење одвијају зависно од искустава које дете доживљава и квалитета односа које гради са вршњацима, одраслима, материјалима и окружењем (249). Похађањем предшколског програма стварају се предуслови за лакши прелаз детета у следећи ниво образовања и остваривање континуитета у васпитно-образовном процесу.

Родитељима на располагању стоје државне (јавне) и приватне предшколске установе. Предшколска установа у складу са својим могућностима и исказаним потребама породица за различитим програмима предшколског васпитања и образовања (у полудневном и целодневном

трајању и другим различитим облицима и програмима), на захтев родитеља, односно другог законског заступника, уписује децу предшколског узраста. Према критеријумима за утврђивање приоритета за упис, деца са ПСА имају приоритет приликом уписа у ПУ (250). Похађање предшколског програма је бесплатно за децу са ПСА и финансирано је из буџета Републике Србије (248).

Припремни предшколски програм је обавезан за сву децу, укључујући и децу са ПСА, у години пред полазак у школу и родитељ, односно други законски заступник детета, дужан је да упише дете у предшколску установу или основну школу (ОШ) која остварује припремни предшколски програм ради похађања припремног предшколског програма (248).

У први разред ОШ уписује се свако дете које до почетка школске године има најмање шест и по, а највише седам и по година. Изузетно, детету може да се одгоди упис у први разред за годину дана, у складу са посебним законом. ОШ има обавезу да прими свако дете које по месту становања припада територији школе (247). Информације од значаја за избор школе родитељи могу добити од запослених у школи или прегледом интернет презентација школа.

Током похађања програма образовања и васпитања у предшколској установи или школи, развој и процес учења детета и ученика са ПСА тимски се прати у областима вештине за учење, социјалне и комуникацијске вештине, самосталност и брига о себи. За то је задужен тим за пружање додатне подршке детету/ученику који чине: родитељ, васпитачи/наставници, стручни сарадник, а у складу са потребама детета и лични пратилац/педагошки асистент (Анекс 7). На предлог родитеља, члан тима може бити и стручњак ван установе који добро познаје дете/ученика. Уколико се током похађања програма, као резултат праћења, утврди да је детету или ученику са ПСА потребна додатна подршка у образовању и васпитању, установа обезбеђује отклањање физичких и комуникацијских препрека, врши разумна прилагођавања простора и услова у којима се остварује програм, у ПУ обезбеђује индивидуализован приступ раду са дететом, у школи прилагођавање начина остваривања школског програма и, ако је потребно, обезбеђује израду, доношење и остваривање ИОП (Анекс 4; Анекс 6) (247, 248, 251, 252)

Циљ додатне подршке у предшколском васпитању јесу учешће и добробит за дете, али и подршка породици у пружању подршке детету кроз препознавање њених снага и потреба. Осим обезбеђеног приступа (отклоњених баријера укључивању и учешћу), то значи и додатну подршку за активно учешће у игри и другим активностима и ситуацијама са вршњацима и одраслима (253). Циљ додатне подршке у основном и средњем образовању и васпитању јесте постизање оптималног укључивања ученика у редован образовно-васпитни рад, осамостаљивање у вршњачком колективу и његово напредовање (251, 254).

Тим за пружање додатне подршке детету/ученику (чији је родитељ члан) може покренути и иницијативу за доношење ИОП. Тај тим на основу педагошког профила израђује ИОП, прати и вреднује његово остваривање. Када је детету потребна подршка која захтева и додатна финансијска средства, може се покренути поступак пред ИРК за процену потреба за додатном образовном, здравственом и социјалном подршком детету (Анекс 3) (255). Школа је обавезна да поступак покрене пре доношења индивидуалног образовног плана по измењеном програму – ИОП2 (256).

Оптимално је да се тим за пружање додатне подршке детету/ученику са ПСА окупи онда када започне процес укључивања детета у систем образовања или када се на основу праћења уписаног детета установи да постоји потреба за додатном подршком. Тај тим има вишеструку улогу: учествује у креирању плана транзиције (транзиција из породице у вртић, из развојне групе у васпитну групу, из вртића у школу, из једне установе у другу), креира план адаптације за дете, планира подршку на основу мапирања ресурса у предшколској установи/основној школи и у локалној заједници; комуницира и повезује се са пружаоцима подршке детету/ученику и породици ван предшколске установе/основне школе током планирања и реализације подршке за дете/ученика и породицу; креира план подршке детету/ученику и породици; координира и усклађује облике подршке детету/ученику које у вртићу/ОШ пружају различити практичари изван вртића (за децу којој је то неопходно); прати имплементацију плана подршке и реализацију циљева у оквиру плана подршке детету/ученику и породици; спроводи евалуацију плана подршке (249).

Ученицима са ПСА пружа се подршка и приликом полагања завршног испита. Прилагођавање завршног испита за ученике којима је потребна додатна подршка врши се у складу са врстом потребне додатне подршке (247). Ученик са ПСА се уписује у средњу школу после обављеног завршног испита у посебној процедури и на основу упута окружне уписне комисије, као мере за постизање пуне равноправности у остваривању права на образовање. Ученик са ПСА полаже завршне испите у средњој школи у условима који обезбеђују превазилажење физичких и комуникацијских препрека, а може да буде ослобођен полагања дела испита из предмета за које су му током образовања прилагођавани стандарди постигнућа или тај део може да полаже у складу са ИОП-ом, о чему одлуку доносе тим за инклузивно образовање и тим за пружање додатне подршке ученицима. Млади са ПСА имају право на подршку и приликом уписа на факултет.

Транзиција

За свако дете/ученика са ПСА који остварује право на додатну подршку, установа креира план транзиције, који укључује различите облике подршке детету и породици, као и планирање и спровођење мера за припрему детета/ученика за прелазак у нови циклус, односно ниво образовања, или прелазак у другу установу, као и мере за припрему образовне установе у коју се укључује дете/ученик (255). Планирање транзиције за дете/ученика и породицу креира се при свакој промени облика рада или подршке детету/ученику која укључује другачије учешће детета/ученика у програму, са циљем да се обезбеде континуитет и кохерентност искустава подршке и окружења за учење и развој детета (249). Приликом преласка детета/ученика са ПСА из установе у установу или на следећи ниво образовања, ради припреме установе и остваривања континуитета подршке коју добија дете, ученик и одрасли, тим установе коју похађа дете/ученик има обавезу да најмање три месеца пре преласка детета, ученика, односно одраслог успостави сарадњу са тимом установе у којој дете/ученик наставља да стиче образовање. Сарадња установе траје најмање још три месеца од тренутка укључивања детета у другу васпитно-образовну установу (255).



ПОДРШКА У СИСТЕМУ СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ

Сваки појединац и породица којима је неопходна друштвена помоћ и подршка ради савладавања социјалних и животињних тешкоћа и стварања услова за задовољење основних животињних потреба имају право на социјалну заштиту.

Права на социјалну заштиту обезбеђују се уружањем услуга социјалне заштите и различитим врстама материјалне подршке (257).

Циљ материјалне подршке је да се обезбеди минимум материјалне егзистенције и да се побољшају услови за социјалну укљученост, док су услуге социјалне заштите активности пружања подршке и помоћи појединцу и породици ради побољшања, односно очувања квалитета живота, отклањања или ублажавања ризика неповољних животних околности и стварања могућности да самостално живе у друштву. Услуге у социјалној заштити подељене су у пет група: услуге процене и планирања, дневне услуге у заједници, услуге подршке за самосталан живот, саветодавно-терапијске и социјално-едукативне услуге и услуге смештаја (258).

Деца са сметњама у развоју су корисници услуга социјалне заштите ако имају сметње у развоју (телесне, интелектуалне, менталне, сензорне, говорно-језичке, социоемоционалне, вештеструке) а њихове потребе за негом и материјалном сигурношћу превазилазе могућности породице (259).

Пунолетне особе са инвалидитетом су корисници услуга социјалне заштите ако имају телесне, интелектуалне, сензорне или менталне тешкоће или тешкоће у комуникацији и када се услед друштвених и других препрека сусрећу са функционалним ограничењима у једној или више области живота (259).

Деца и пунолетни са ПСА имају право на све мере и услуге у систему социјалне заштите које су намењене деци са сметњама у развоју и пунолетним особама са инвалидитетом и њиховим породицама.

У складу са актуелном парадигмом подршке у социјалној заштити односно преласком на породични модел, у којем је фокус у раду померен са подршке и заштите искључиво детета, односно појединца, на подршку породици да се оснажи и буде довољно добра за дете и све своје чланове, социјална заштита породици сагледава као јединицу свог рада. Стога, породице са де-

цом са сметњама у развоју или са пунолетним чланом који има инвалидитет припадају посебно осетљивој корисничкој групи у систему социјалне заштите. Потребне тих породица за подршком су сложене и дуготрајне и захтевају континуирану подршку, засновану на координацији различитих ресора, услуга, институција и организација.

Сам процес адаптације породице на сметње детета је врло сложен и захтеван процес (260). Због сложених и бројних потреба за поједине породице процес прилагођавања може бити врло захтеван, са високим ризиком од исцрпљивања и сагоревања родитеља. Породице неретко трпе због истовремено више незадовољених потреба, односно тешкоћа које их ометају, отежавају им или онемогућавају да родитељи на одговоран начин реализују своју родитељску улогу и омогуће сигуран и безбедан развој деце у породици. Сходно томе, међу тим породицама постоје значајне разлике које указују на сложеност и мултидимензионални карактер њихових проблема, као и на потребу за индивидуализованим, прилагођеним и флексибилним приступом приликом пружања помоћи и подршке (261).

Уколико те породице немају доступне сервисе подршке или су суочене са сиромаштвом, незапосленосту или лошим стамбеним условима, деца са тешкоћама у развоју, пунолетне особе са инвалидитетом и њихове породице посебно су изложени ризику од социјалне изолације. С друге стране, исте те породице некада имају проблем да одрже, односно често нису у стању да користе услуге које им јесу доступне у другим системима (систем образовања, здравства и др.) па им је потребна додатна подршка како би се оснажиле и растеретиле да би биле способне да остале услуге сврсисходно користе. Управо ту врсту подршке и оснаживања те породице могу добити у систему социјалне заштите.

О коришћењу права и услуга у систему социјалне заштите одлучује Центар за социјални рад (ЦСР) (Анекс 8). ЦСР је *установна социјалне заштите* која има кључну улогу у остваривању права грађана на социјалну, породичноправну и старатељску заштиту и представља упутни орган при коришћењу услуга социјалне заштите. ЦСР процењује стање, потребе, снаге и ризике корисника. На основу обављене процене планира се коришћење услуга и одређују се мере заштите у систему социјалне заштите, али се препознају и потребе за додатном подршком у другим системима. Три кључна закона из којих се црпе различити видови подршке и којима се дефинише мандат социјалне заштите су: Закон о социјалној заштити (262), Породични закон (263) и Закон о финансијској подршци породици с децом (264).

У ЦСР родитељи и старатељи деце са сметњама у развоју, пунолетне особе са инвалидитетом и њихови сродници могу добити све информације о правима и услугама из надлежности самог ЦСР, али и о онима које пружају други органи или организације у систему социјалне заштите.

Ради холистичког сагледавања и задовољавања потреба корисника у ЦСР примењује се метод *вођења случаја*. Водитељ случаја је стручњак задужен за конкретан случај који процењује и координира поступак процене потреба корисника, сачињава план услуга, предузима мере и координира предузимање мера у заштити и подршци кориснику, користећи потенцијале центра и других служби и ресурса у локалној заједници (265). У стручном раду професионалци у ЦСР, као и код пружалаца услуга, дужни су да се руководе начелом најбољег интереса корисника.

Према Закону о социјалној заштити, деца са сметњама у развоју, њихове породице и пунолетне особе са инвалидитетом могу остварити различите видове материјалне подршке, пре свега додаток и увећани додаток за помоћ и негу другог лица, посебну новчану надокнаду и помоћ за оспособљавање за рад, затим новчану социјалну помоћ, једнократну помоћ и друге врсте помоћи које јединице локалне самоуправе могу предвидети за кориснике који живе на територији њихове локалне самоуправе (Анекс 9).

Породице са децом са сметњама у развоју могу остварити различита права која су дефинисана Законом о финансијској подршци породици са децом (Анекс 9). Међутим, постоји сет права која само породице са децом са сметњама у развоју могу остварити: (увећани) дечји додаток, накнада зараде односно накнада плате за време одсуства ради посебне неге детета, остале накнаде по основу рођења и посебне неге детета, право на накнаду трошкова боравка у ПУ за децу са сметњама у развоју и инвалидитетом.

Осим материјалне подршке, деци са сметњама у развоју, њиховим породицама и пунолетним особама са инвалидитетом потребни су и други видови подршке како би очували и унапредили своје функционисање. Након процене ЦСР сачињава план услуга и координира даље коришћење услуга у систему социјалне заштите. Услуге социјалне заштите могу се пружати привремено, повремено и континуирано, у складу са потребама и најбољим интересом корисника.

Услуге које су у функцији подршке деци са сметњама у развоју и њиховим породицама јесу лични пратилац детета, дневни боравак, предах смештај, помоћ у кући за породице са децом са сметњама у развоју и становање уз подршку. Такође, уколико из неког разлога не постоји могућност да дете са сметњама у развоју остане у породици или је дете без родитељског старања, тој корисничкој групи су доступне и услуге смештаја (домски, породични и прихватилиште).

Са циљем да се подржи боравак пунолетних особа са инвалидитетом у породици или непосредном окружењу, у систему социјалне заштите постоје услуге дневног боравка, помоћи у кући, становања уз подршку и персоналне асистенције. Услуге смештаја у установу социјалне заштите, породичног смештаја и смештаја у прихватилиште или предах смештај такође су доступне тој корисничкој групи.

Актуелно је снажан фокус на развијању нових услуга које јачају читаву породицу, подржавају останак детета у породици и поспешују социјално укључивање детета са сметњама у развоју или пунолетног са инвалидитетом. Подршка родитељима и родитељству експлицитно је прихваћена као један од задатака групе саветодавно-терапијских и социоедукативних услуга социјалне заштите. У протеклом периоду су посебно пилотиране и осмишљаване интензивне услуге подршке породици у кризи, попут услуга породични сарадник и јачање породице.

Према пунолетним особама са инвалидитетом примењују се мере *старатељске заштите* уколико су лишене пословне способности, а одлуку доноси орган старатељства, односно центар за социјални рад (под старатељство се ставља дете без родитељског старања – малолетништићеник или пунолетно лице које је лишено пословне способности – пунолетништићеник) (266).

Продужење родитељског права се спроводи после пунолетства детета, ако дете због болести или сметњи у психофизичком развоју није способно да се само стара о себи и заштити својих права и интереса или ако својим поступцима угрожава сопствена права и интересе (267).

У Закону о социјалној заштити јасно се истиче да се, зависно од потреба корисника, услуге социјалне заштите могу пружати истовремено и комбиновано са услугама које пружају образовне, здравствене и друге установе и да се та сарадња у пружању услуга социјалне заштите остварује првенствено у оквирима и на начин утврђен споразумима о сарадњи са другим системима (268, 269). У складу са тим, важно је да системи међусобно познају мандате служби и институција у сарадничким системима како би правовремено реаговали пружањем адекватне подршке.

АНЕКСИ

АНЕКС 1.

ДИЈАГНОСТИЧКИ КРИТЕРИЈУМИ

МКБ-10

F84 Первазивни развојни поремећаји

Ту групу поремећаја карактерише квалитативно оштећење реципрочних социјалних интеракција и образаца комуникације те оскудан, стереотипан, репетитивни репертоар интересовања и активности. Те квалитативне абнормалности представљају первазивне карактеристике функционисања личности у свим ситуацијама, мада степен њихове изражености може да варира. У већини случајева развој је измењен од најранијег детињства и, уз ретке изузетке, стање постаје изражено током првих пет година живота. Уобичајено је, али не и обавезно, да постоји извесно опште когнитивно оштећење, али се поремећај дефинише у терминима понашања које је измењено у односу на ментални узраст особе (било да постоји интелектуална ометеност или не). Постоје извесна неслагања у подели те опште групе первазивних развојних поремећаја.

У извесном броју случајева поремећаји су повезани или се претпоставља да су последица извесних медицинских стања, од којих су најчешћи инфантилни спазми, конгенитална рубеола, туберозна склероза, церебрална липоидоза и хромозомска аномалија – фрагилно X. У сваком случају, поремећај треба дијагностиковати на основу понашања, без обзира на постојање или непостојање било ког удруженог медицинског стања; свако такво удружено стање мора се посебно шифрирати. Пошто интелектуална ометеност није општа карактеристика первазивних развојних поремећаја, неопходно је да се посебно шифрира у случају када постоји, под F70–F79.

F84.0 Дечји аутизам

Первазивни развојни поремећај који се дефинише постојањем абнормалног и/или оштећеног развоја који се манифестује пре узраста од три године, карактеристичним обликом патолошког функционисања у све три области социјалних интеракција и обрасцима комуникације те скученим, репетитивним понашањем. Поремећај се јавља три до четири пута чешће код дечака него код девојчица.

Дијагностичка ујуисџва

Обично не постоји период неспорно типичног развоја, али и када постоји, абнормалности постају уочљиве пре узраста од три године. Увек постоје квалитативна оштећења реципрочних социјалних интеракција. Оне се одвијају у виду неадекватног схватања социоемоционалних порука, што се препознаје по недостатку одговора на емоције других људи и/или по недостатку модулације понашања у складу са социјалним контекстом, по сиромашној употреби социјалних сигнала, слабој интеграцији социјалног, емоционалног и комуникативног понашања, а нарочито по изостанку социоемоционалног реципроцитета. Слично томе, квалитативна оштећења у комуникацији су општа. Појављују се у облику: а) недостатка социјалне употребе говорних способности које постоје, поремећаја у фантазматској и социјалној имитативној игри, б) лоше синхронизације и недостатка узвраћања током конверзације, в) лоше флексибилности у говорној експресији и релативном недостатку емоционалног одговора на вербалне и невербалне поруке других људи, г) оштећене употребе варијација тона или наглашавања као начина одржавања мо-

дулације у комуникацији те д) сиромаштва пратећих гестова који обезбеђују наглашавање или потпомажу разјашњавање у говорној комуникацији.

Стање такође карактеришу оскудни, репетитивни и стереотипни обрасци понашања, интересовања и активности. Они имају тенденцију наметања ригидности и рутине широком спектру свакодневног функционисања; обично се то односи на нове активности, али и на старе навике и обрасце у игри. Нарочито у раном детињству може да постоји специфична приврженост према необичним, обично чврстим предметима. Деца могу да инсистирају на обављању одређених ритуала који немају функционални карактер, могу да постоје стереотипне преокупације интересовањима као што су датуми, путеви и редови вожње; честе су моторне стереотипије и специфична заинтересованост за нефункционалне особине објекта (као што је њихов мирис или осећај при додиру); такође, може да постоји отпор променама у рутини или појединостима у животној средини (нпр. према померању украса или намештаја у кући).

Осим тих специфичних дијагностичких карактеристика, деца са ПСА имају и бројне неспецифичне проблеме, као што су страхови/фобије, поремећаји спавања и исхране, напади беса и агресивности. Самоповређивање је уобичајено (нпр. грижење ручја), нарочито када је поремећај удружен са тешком интелектуалном ометеношћу. Већини особа са ПСА недостају спонтаност, иницијатива и креативност у организовању слободног времена, а имају и тешкоћа у примени концептуализације у одлучивању при раду (чак и када су задаци сасвим у оквиру њихових могућности). Специфичне манифестације дефицита карактеристичних за аутизам мењају се како деца одрастају, али дефицит постоји и током одраслог доба, углавном са сличним проблемима у социјализацији, комуникацији и интересовањима. Развојне абнормалности морају се јавити прве три године живота да би се поставила дијагноза, али се синдром може дијагностиковати у свим старосним групама.

Сви нивои IQ могу бити удружени са аутизмом, а значајна интелектуална ометеност постоји у три четвртине случајева.

Укључује се: аутистични поремећај, инфантилни аутизам, инфантилна психоза, Канеров синдром.

Диференцијална дијагноза. Осим осталих варијетета первазивних поремећаја, важно је узети у обзир: специфични развојни поремећај рецептивног говора (F80.2) са секундарним социјално-емоционалним проблемима; реактивни (F94.1) или дезинхибисани поремећај везивања (F94.2); интелектуалну ометеност (F70-Ф79) са неким удруженим емоционалним/бихевиоралним поремећајем; шизофренију (F20.-) са неуобичајено раним почетком; Ретов синдром (F84.2).

Искључује се: аутистична психопатија (F84.5)

F84.1 Атипични аутизам

Первазивни развојни поремећај који се разликује од аутизма или по узрасту када почиње или по томе што нису испуњена сва три успостављена дијагностичка критеријума. Тако абнормалан и/или оштећен развој постаје манифестан први пут тек после треће године живота и/или постоји недостатак довољно очигледних абнормалности у једној, две или три области психопатолошких испољавања неопходних за постављање дијагнозе аутизма (а то су: реципрочне социјалне интеракције, комуникација и оскудно, стереотипно и репетитивно понашање) упркос томе што постоје карактеристичне абнормалности у другим областима. Атипичан аутизам се најчешће развија код особа са дубоком интелектуалном ометеношћу, чији низак ниво функционисања не даје довољно могућности за испољавање специфично измењеног понашања, које је неопходно за постављање дијагнозе аутизма; јавља се и код особа са тешким специфичним поремећајем развоја рецептивног говора. Атипични аутизам је због тога стање које се разликује од аутизма.

Укључује се: атипична дечја психоза, интелектуална ометеност са аутистичним елементима.

F84.2 *Syndroma Rett* (Ретов синдром)

Стање непознатог узрока, до сада откривено само код девојчица, које је посебно издвојено на основу карактеристичног почетка, тока и врсте симптоматологије. Типично, нормалан или скоро нормалан рани развој праћен је делимичним или потпуним губитком стечених вештина

шака и говора, заједно са успореним растом главе, обично са почетком између седмог и 24. месеца живота. Нарочито су карактеристичне стереотипије у виду кршења шаке, хипервентилација и губитак сврсисходних покрета шака. Социјални развој и развој игре успорени су током прве две или три године, али се социјални интерес одржава. У нешто каснијем детињству развијају се атаксија трупа и апраксија, удружене са сколиозом или кифосколиозом, а понекад постоје и хореоатетозни покрети. Увек се развија тежак ментални хендикеп. Напади често настају током раног или нешто каснијег детињства.

Дијагностичка ујујсїва

У већини случајева почетак је између седмог и 24. месеца живота. Најкарактеристичнија појава је губитак сврсисходних покрета шака и стечених финих моторних манипулативних вештина. То је праћено губитком, делимичним губитком или изостанком развоја говора; карактеристичним стереотипним покретима кршења или „прања шака”, са рукама флектираним испред груди или браде; стереотипним влажењем шака пљувачком; немогућношћу исправног жвакања хране; често епизодама хипервентилације, скоро увек неуспостављеном контролом сфинктера; често израженим баљењем и протрузијом језика; губитком социјалних интереса. Типично, деца задржавају врсту „социјалног осмеха”, гледања у или „кроз” људе, али без социјалних интеракција са њима (мада се социјална интеракција често развија касније). Ход постаје на широј основи, мишићи су хипотонични, покрети трупа постају лоше координисани и обично се развијају сколиоза или кифосколиоза. Спиналне атрофије са тешким моторним оштећењима развијају се током адолесценције или одраслог животног доба у око половине случајева. Касније, спастичитет може постати изражен, обично више на доњим него на горњим екстремитетима. Епилептички напади се јављају у већини случајева, обично у облику мањег напада и са почетком обично пре узраста од осам година. Насупрот аутизму, ретко се јављају намерна самоповређивања и разне стереотипне преокупације.

Диференцијална дијагноза. Ретов синдром се примарно диференцира на основу губитка сврсисходности покрета шака, успореног раста главе, атаксије, стереотипних покрета „прања руку“ и немогућности доброг жвакања. Ток поремећаја са прогресивним моторним пропадањем потврђује дијагнозу.

F 84.3 Други дезинтегративни поремећај у детињству

Первазивни развојни поремећај (другачији од Ретовог синдрома) који се дефинише постојањем периода типичног развоја пре настанка поремећаја и дефинитивним губитком, током неколико месеци, раније стечених способности у најмање неколико области развоја, заједно са почетком карактеристичних абнормалности социјалног и комуникативног функционисања и понашања. Често постоји продромални период у виду нејасне болести; дете постаје немирно, раздражљиво, анксиозно и хиперактивно. То је праћено осиромашењем, а потом губитком језика и говора, уз дезинтеграцију понашања. У неким случајевима губитак способности је трајно прогресиван (обично када је поремећај удружен са прогресивним неуролошким обољењем које се може дијагностиковати), али је чешће пропадање током неколико месеци праћено платоом, а затим извесним побољшањем. Прогноза је обично веома лоша за највећи број појединаца, који остају на нивоу тешке интелектуалне ометености. Неизвесно је до које мере се тај поремећај разликује од аутизма. У неким случајевима можда ће се показати да је поремећај проузрокован неком удруженом енцефалопатијом, али дијагнозу треба поставити на основу карактеристика понашања. Било које удружено неуролошко стање треба посебно шифрирати.

Дијагностичка ујујсїва

Дијагноза се поставља на основу очигледно нормалног развоја до узраста од најмање две године, који је праћен дефинитивним губитком раније стечених способности; то је праћено квалитативно измењеним социјалним функционисањем. Уобичајено је да постоје дубока регресија или губитак говора, регресија у области игре, социјалних способности и адаптивног понашања те често губитак контроле сфинктера, понекад уз погоршану моторну контролу. Типично, то

је праћено губитком интересовања за околинду, стереотипним, репетитивним моторним манирима и поремећајима у социјалним интеракцијама и комуникацијама сличним онима у аутизму. У неким аспектима поремећај је сличан деменцији у одраслом животном добу, али се од ње разликује у три кључна аспекта: обично не постоје подаци о било којој органској болести или оштећењу које се може идентификовати (иако је обично у питању неки вид органске дисфункције мозга); губитак способности може бити праћен извесним степеном опоравка; оштећење социјализације и комуникације има измењене карактеристике, сличније аутизму него паду интелектуалног функционисања. Због свега тога синдром се укључује пре у ову групу него у групу F00–F09.

Укључује се: деменција инфантилис, дезинтегративна психоза, Хелеров синдром, симбиотска психоза.

Искључује се: стечена афазија са епилепсијом (F80.3), селективни мутизам (F 94.0), шизофренија (F20.-), Ретов синдром (F84.2).

F84.4 Хиперкинетички поремећај удружен са менталном ретардацијом и стереотипним покретима

То је лоше дефинисан поремећај несигурне нозолошке вредности. Категорија је овде укључена због података да деца са тешком интелектуалном ометеношћу (*IQ* испод 50), која имају изражене проблеме хиперактивности и пажње, често испољавају и стереотипно понашање; у тим ситуацијама деца немају користи од употребе стимулативних лекова (за разлику од деце са типичним *IQ*) и могу да испоље озбиљне дисфоричне реакције (понекад са психомоторном успореношћу) када им се дају стимуланси; у адолесценцији хиперактивност има тенденцију да буде замењена сниженом активношћу (образац који није уобичајен за хиперкинетичку децу нормалне интелигенције). Такође је уобичајено да синдром буде удружен са бројним развојним застојима, специфичним или глобалним.

Није познато до ког опсега је облик понашања функција ниског *IQ* или органског можданог оштећења. Такође је нејасно да ли је у случају деце са лако интелектуалном ометеношћу која испољавају хиперкинетички синдром овај поремећај боље класификовати овде или под F90.- (у овом тренутку се укључује у категорију F90.-).

Дијагностичка ујујсїва

Дијагноза зависи од комбинације развојно непримерене тешке хиперактивности, моторних стереотипија и тешке интелектуалне ометености; морају постојати сва три критеријума да би се поставила дијагноза. Ако су задовољени дијагностички критеријуми за F84.0, F84.1 или F84.2, то стање треба дијагностиковати уместо овог.

F84.5 Аспергеров синдром

Поремећај несигурне нозолошке вредности, карактерисан истим типом квалитативних оштећења реципрочних социјалних интеракција која карактеришу и аутизам, уз скучен, стереотипни, репетитивни репертоар интересовања и активности. Основна разлика у односу на аутизам састоји се у томе што не постоји опште кашњење или кашњење говора или когнитивног развоја. Највећи број појединаца је нормалних интелектуалних способности, али су често изразито трапави. Стање се већином јавља код дечака (у односу од око осам дечака према једној девојчици). Веома је вероватно да бар неки случајеви представљају благе варијетете аутизма, али је неизвесно да ли се то односи на све. Постоји изражена тенденција абнормалности током адолесценције и одраслог животног доба и изгледа да то представља индивидуалне карактеристике на које околина нема много утицаја. Током раног одраслог доба повремено се јављају психотичне епизоде.

Дијагностичка ујусиџа

Дијагноза се заснива на комбинацији изостанка клинички значајног општег застоја у развоју говора или когнитивних способности, уз постојање (као у аутизму) квалитативног оштећења реципрочних социјалних интеракција и скучених, репетитивних и стереотипних облика понашања, интересовања и активности. Могу, али не морају да постоје проблеми у комуникацији слични онима у аутизму, док значајно кашњење говора искључује ту дијагнозу.

Укључује се: аутистична психопатија, схизоидни поремећај у детињству.

Искључује се: ананкастични поремећај личности (F60.5), поремећај везивања у детињству (F94.1, F94.2), опсесивно-компулзивни поремећај (F42.-), схизотипски поремећај (F21), проста схизофренија (F20.6).

F84.8 Други первазивни развојни поремећаји

F 84.9 Первазивни развојни поремећај, неспецификован

Резидуална дијагностичка категорија коју треба користити за поремећаје који одговарају општем опису первазивних развојних поремећаја, али за које недостају адекватне информације или постоје контрадикторни налази, што значи да критеријуми не одговарају ниједној другој шифри из групе F84.

F88 Други поремећаји психичког развоја

Укључује се: развојна агнозија.

F89 Неспецификован поремећај психичког развоја

Укључује се: развојни поремећај који није означен на други начин.

DSM-5 – дијагностички критеријуми

- А** Континуирани дефицити у социјалној комуникацији и социјалним интеракцијама у различитим контекстима, манифестовано као (сва три критеријума): неспособност социоемоционалног реципроцитета – неадекватни социјални приступи, неспособност реципрочне комуникације, смањење жеља за разменом интересовања, искустава, емоција;
- дефицит у остваривању невербалне комуникације ради успостављања социјалних интеракција (контакт очима, слаба интеграција вербалне и невербалне комуникације, недостатак мимичне експресије);
 - немогућност развијања, одржавања и разумевања релација (проблеми у остваривању пријатељства, имагинативној игри, недостатак интересовања за децу).
- Б** Рестриктивни, репетитивни облици понашања, интересовања, активности, који се манифестују као најмање два од понуђена четири критеријума: стереотипни или репетитивни моторни покрети, употреба објеката, говора; ређање играчака у линију, ехолалија, идиосинкратске фразе;
- потреба за одржавањем једнообразности, нефлексибилност у дневним рутинама, постојање ритуала (узнемиреност приликом и минималних промена, ригидан мисаони ток);
 - високорестриктивна и фиксирана интересовања, израженог интензитета (снажна повезаност с необичним објектима, циркускриптна или персевартивна интересовања);
 - хиперреактивност или хипореактивност према сензорним стимулусима (бол, температура, звукови, текстура, њушкање, додиривање, светлост итд.).

- В** Симптоми се морају јавити у раном развојном периоду (али се могу потпуно манифестовати тек када се успоставе јасни социјални захтеви, као што могу бити маскирани касније у животу наученим обрасцима).
- Г** Симптоми узрокују клинички значајну немогућност социјалног, радног функционисања.
- Д** Таква стања нису последица интелектуалног заостајања.

МКБ-11 дијагностички критеријуми

6A02 Поремећај из спектра аутизма

Опис

ПСА карактеришу перзистентни дефицити у способности успостављања и одржавања узајамне социјалне интеракције и социјалне комуникације и низ ограничених, понављајућих и нефлексибилних образаца понашања, интересовања или активности које су јасно атипичне или претеране за узраст појединца и социокултурни контекст. Поремећај настаје током развојног периода, типично у раном детињству, али симптоми се могу потпуно манифестовати тек касније, када социјални захтеви превазиђу ограничене капацитете. Дефицити су довољно тешки да изазову оштећења у личним, породичним, социјалним, образовним, професионалним или другим важним областима функционисања и обично су прожимајућа карактеристика функционисања појединца уочљива у свим окружењима, иако могу варирати зависно од социјалног, образовног или другог аспекта. Појединци дуж спектра показују читав распон интелектуалног функционисања и језичких способности.

Укључује: аутистични поремећај.

Искључује: Ретов синдром (LD90.4).

Дијагностички критеријуми

Главне (неоходне) карактеристике

Перзистентни дефицити у способности успостављања и одржавања социјалне комуникације и узајамних социјалних интеракција које су изван очекиваног опсега типичног функционисања с обзиром на старост појединца и ниво интелектуалног развоја. Специфичне манифестације тих дефицита варирају зависно од хронолошког узраста, вербалних и интелектуалних способности и тежине поремећаја. Манифестације могу укључивати следећа ограничења:

- разумевање, заинтересованост или неадекватне реакције на вербалну или невербалну социјалну комуникацију других особа;
- интеграција говорног језика са типичним комплементарним невербалним знацима, као што су контакт очима, гестови, изрази лица и говор тела. Та невербална понашања могу бити и смањене учесталости или интензитета;
- разумевање и употреба језика у социјалним контекстима и способност успостављања и одржавања узајамних социјалних конверзација;
- социјална свест, која води понашању које није модулирано у складу са друштвеним контекстом;
- способност имагинације и реаговања на осећања, емоционална стања и ставове других;
- међусобно дељење интересовања;
- способност стварања и одржавања вршњачких односа.

Перзистентни ограничени, понављајући и нефлексибилни обрасци понашања, интересовања или активности које су јасно атипичне или претеране за узраст појединца и социокултурални контекст. То могу да буду:

- недостатак адаптабилности на нова искуства и околности, са придруженим дистресом, који може бити изазван тривијалним променама у познатом окружењу или као одговор на непридвигане догађаје;
- нефлексибилно придржавање одређених рутина; на пример, оне могу бити географске, као што је праћење познатих рута, или се могу односити на захтевање прецизног времена када је у питању време обедовања или превоза;
- претерано придржавање правила (нпр. приликом играња игрица);
- претерани и перзистентни ритуализовани обрасци понашања (нпр. преокупација ређањем или сортирањем предмета на одређени начин) који не служе никаквој очигледној спољној сврси;
- репетитивни и стереотипни моторички покрети, као што су покрети целог тела (нпр. љуљање), атипичан ход (нпр. ходање на врховима прстију), необични покрети руку и прстију и држање. Таква понашања су нарочито честа у раном детињству;
- перзистентна заокупљеност једним или већим бројем посебних интересовања, деловима предмета или специфичним врстама стимулуса (укључујући медије) или необично јака везаност за одређене објекте (искључујући типичне видове утехе);
- доживотна прекомерна и перзистентна хиперсензитивност или хипосензитивност на сензорни стимулус или необично интересовање за сензорни стимулус, који могу укључивати стварне или очекиване звукове, светлост, текстуре (посебно одећу и храну), мирисе и укусе, топлоту, хладноћу или бол;
- поремећај настаје у развојном периоду, типично у раном детињству, али се симптоми могу потпуно манифестовати тек касније, када социјални захтеви превазиђу ограничене капацитете;
- симптоми резултирају значајним оштећењима у личним, породичним, социјалним, образовним, професионалним или другим важним областима функционисања. Неке особе са поремећајем из спектра аутизма у стању су да функционишу адекватно у многим аспектима, улажући изузетне напоре, тако да њихови дефицити не морају бити очигледни другима. Дијагноза поремећаја из спектра аутизма је и даље одговарајућа у таквим случајевима.

Спецификације за карактеристичне особине у спектру аутизма

Те спецификације омогућавају идентификацију истовремених ограничења у интелектуалним и функционалним језичким способностима, која су битни фактори у одговарајућој индивидуализацији подршке, одабиру интервенција и планирању третмана за особе са поремећајем из спектра аутизма. Квалификатор је такође обезбеђен за губитак претходно стечених вештина, што је особина развојне историје малог процента особа са ПСА.

Истовремено јављање са поремећајем интелектуалног развоја

Особе са ПСА могу имати ограничења у интелектуалним способностима. Уколико она постоје, треба доделити посебну дијагнозу поремећаја интелектуалног развоја, користећи одговарајућу категорију за означавање тежине (тј. благ, умерен, тежак, дубок, привремен). Пошто су социјални дефицити кључна карактеристика ПСА, у процени адаптивног понашања као дела дијагнозе поремећаја интелектуалног развоја који се истовремено јавља требало би да се више нагласе интелектуални, концептуални и практични домени адаптивног функционисања него социјалне вештине.

Ако не постоји истовремена дијагноза поремећаја интелектуалног развоја, треба применити поменути квалификатор за дијагнозу ПСА: Без поремећаја интелектуалног развоја.

Ако постоји истовремена дијагноза поремећаја интелектуалног развоја, треба применити наведени квалификатор за дијагнозу ПСА, осим одговарајуће дијагностичке шифре за поремећај интелектуалног развоја који се јавља истовремено са поремећајем интелектуалног развоја.

Степен оштећења функционалног језика

Степен оштећења функционалног језика (говорног или писаног) треба означити другим квалификатором. Функционални језик се односи на способност појединца да користи језик у

инструменталне сврхе (нпр. за изражавање личних потреба и жеља). Превасходни циљ овог квалификатора је да одражава вербалне и невербалне експресивне језичке дефиците који постоје код неких особа са ПСА, а не прагматичне језичке дефиците који су суштинска карактеристика ПСА.

Наведени квалификатор треба применити да би се указало на степен оштећења функционалног језика (говорног или писаног) у односу на старост појединца:

- са благим оштећењем или без оштећења функционалног језика;
- са оштећењем функционалног језика (није у стању да користи више од појединачних речи или једноставних фраза);
- са потпуним или скоро потпуним изостанком функционалног језика.

Табела 10. Дијагностичке шифре за ПСА

	Са благим оштећењем или без оштећења функционалног језика	Са оштећењем функционалног језика	Са потпуним или скоро потпуним изостанком функционалног језика
Без поремећаја интелектуалног развоја	6A02.0	6A02.2	_____
Са поремећајем интелектуалног развоја	6A02.1	6A02.3	6A02.5

6A02.Y Други специфични поремећај из спектра аутизма може се користити уколико наведени параметри не важе.

6A02.Z Поремећај из спектра аутизма, неозначен, може се користити уколико су наведени параметри непознати.

Губитак претходно стечених вештина

Мали број особа са ПСА може изгубити претходно стечене вештине. Та регресија се обично јавља током друге године живота и најчешће укључује употребу језика и социјалну емпатију. Губитак претходно стечених вештина ретко се примећује након треће године живота. Ако се јави после треће године, већа је вероватноћа да ће бити изгубљене и когнитивне и адаптивне вештине (нпр. губитак контроле над цревима и бешиком, поремећај спавања), да ће уследити регресија језичких и социјалних способности и све веће емоционалне и бихевиоралне сметње.

Постоје две алтернативне спецификације које означавају да ли је губитак претходно стечених вештина део историје болести, где *x* одговара последњој цифри приказаној у табели 10:

- 6A02.x0 без губитка претходно стечених вештина,
- 6A02.x1 са губитком претходно стечених вештина.

Додатне клиничке карактеристике

Уобичајени симптоми ПСА код мале деце су забринутост родитеља или старатеља због интелектуалних или других кашњења у развоју (нпр. проблеми у језичкој и моторичкој координацији). Када нема значајнијег оштећења интелектуалног функционисања, стручна помоћ се може потражити тек касније (нпр. због понашања или социјалних проблема приликом поласка у школу). У средњем детињству могу бити изражени симптоми анксиозности, укључујући социјални анксиозни поремећај, одбијање школе и специфичну фобију. Током адолесценције и одраслог доба депресивни поремећаји су чести.

- Истовремена појава ПСА са другим менталним, бихевиоралним или неуроразвојним поремећајима уобичајена је током животног века. У знатном броју случајева, превасходно у адолесценцији и одраслом добу, клиничку пажњу прво привуче поремећај који се истовремено јавља са поремећајем из спектра аутизма.
- Прагматичне језичке тешкоће могу се манифестовати као превише дословно разумевање говора других, као говор који нема нормалну прозодију и емоционални тон и због тога делује монотono, недостатак свести о прикладности њиховог језичког избора у одређеним социјалним оквирима или педантна прецизност у употреби језика.
- Због социјалне наивности, посебно у адолесценцији, може да се догоди да их други експлоатишу, а тај ризик се може повећати употребом друштвених медија без адекватног надзора.
- Профили специфичних когнитивних вештина код ПСА, мерени стандардизованим проценама, могу показати упадљиве и необичне обрасце снага и слабости које су веома варијабилне од појединца до појединца. Ти дефицити могу да утичу на учење и адаптивно функционисање у већој мери него што би се могло предвидети на основу укупних резултата мерених на скалама вербалне и невербалне интелигенције.
- Самоповређујућа понашања (нпр. ударање по лицу, ударање главом) чешће се јављају код особа са истовременим поремећајем интелектуалног развоја.
- Неке младе особе са ПСА, посебно оне са истовременим поремећајем интелектуалног развоја, добију епилепсију или нападе у раном детињству, са секундарним повећањем преваленције у адолесценцији. Кататона стања су такође описана. Бројни медицински поремећаји, као што су туберозна склероза, хромозомске аберације, укључујући синдромм фрагилног X хромозома, церебрална парализа, епилептичка енцефалопатија са раним почетком и неурофиброматоза, повезани су са ПСА са истовременим поремећајем интелектуалног развоја или без њега. Геномске делеције, дупликације и друге генетске абнормалности све више се описују код особа са поремећајем из спектра аутизма, од којих неки могу бити важни за генетско саветовање. Пренатална изложеност валпроатима је такође повезана са повећаним ризиком од ПСА.
- Неке особе са ПСА су способне да адекватно функционишу тако што улажу изузетне напоре да компензују своје симптоме током детињства, адолесценције или одраслог доба. Такав континуиран напор, који је можда типичнији за жене са тим поремећајем, може имати штетан утицај на ментално здравље и добробит.

Граница са нормалношћу (праг)

- Вештине социјалне интеракције. Појединци са типичним развојем разликују се по темпу и обиму стицања и овладавања вештинама узајамне социјалне интеракције и социјалне комуникације. Дијагнозу ПСА треба разматрати само уколико постоји изражено и перзистентно одступање од очекиваног опсега способности и понашања у тим доменима с обзиром на старост појединца, ниво интелектуалног функционисања и социокултурни контекст. Неки појединци могу испољити ограничену социјалну интеракцију због стидљивости (тј. осећања неспретности или страха у непознатим ситуацијама или са непознатим људима) или инхибираног понашања (тј. споро приближавање или „загревање” за нове људе или ситуације). Ограничене социјалне интеракције у случају стидљивости или инхибираног понашања деце, адолесцената и одраслих не указују на поремећај из спектра аутизма. Стидљивост се разликује од ПСА доказима о адекватном социјално-комуникацијском понашању у познатим ситуацијама.
- Вештине социјалне комуникације. Деца се веома разликују по узрасту у коме први пут усвајају говорни језик и темпу којим се њихов говор и језик чврсто успостављају. Већина деце са раним кашњењем у говору на крају стиче сличне језичке вештине као и њихови вршњаци. Само рано кашњење у говору није снажна индикација за ПСА осим ако не постоје докази о ограниченој мотивацији за социјалну комуникацију и ограничене вештине интеракције. Суштинска карактеристика ПСА је перзистентно оштећење способности разумевања и употребе језика на одговарајући начин за социјалну комуникацију.

- Понављајућа и стереотипна понашања. Многа деца пролазе кроз фазе репетитивне игре и високофокусираних интересовања као дела нормалног развоја. Уколико не постоје докази о поремећеној узајамној социјалној интеракцији и социјалној комуникацији, обрасци понашања које карактерише репетиција, рутина или ограничени интереси сами по себи не указују на ПСА.

Карактеристике тока

- Иако се ПСА може клинички манифестовати у свим узрастима, укључујући и одрасло доба, то је доживотни поремећај чије манифестације и утицај варирају зависно од узраста, интелектуалних и језичких способности, придружених стања и фактора животне средине.
- Ограничено и репетитивно понашање перзистирају током времена. Конкретно, понављајућа сензомоторна понашања су уобичајена, доследна и потенцијално озбиљна. У школском узрасту и адолесценцији, интензитет и број тих репетитивних сензомоторних понашања почиње да се смањује. Инсистирање на истовестности, које је мање распрострањено, развија се у предшколском узрасту и погоршава се током времена.

Развојне презентације

- Рано детињство. Специфичне карактеристике се могу појавити код деце у раном детињству, иако могу бити препознате ретроспективно као индикативне за поремећај из спектра аутизма. Обично је могуће поставити дијагнозу ПСА у предшколском узрасту (до четврте године), посебно код деце која показују опште заостајање у развоју. Достицање платоа у социјалној комуникацији и језичким вештинама и неуспех у њиховом напредовању нису неуобичајени. Губитак рано научених речи и социјалне реакције, то јест права регресија са почетком између прве и друге године, неуобичајен је, али значајан и ретко се појављује након треће године живота. У тим случајевима треба применити квалификатор „са губитком претходно стечених вештина”.
- Предшколски узраст. За децу предшколског узраста индикатори дијагнозе ПСА често су избегавање међусобног контакта очима, отпор према физичкој наклоности, недостатак друштвене имагинарне игре, језик који је одложен у почетку или се прерано јавља, али се не користи у сврху социјалне комуникације; социјално повлачење, опсесивне или понављајуће преокупације и недостатак социјалне интеракције са вршњацима који карактерише паралелна игра или незаинтересованост. Сензорна осетљивост на свакодневне звукове или на храну може засенити основне дефиците социјалне комуникације.
- Средње детињство. За децу са ПСА без поремећаја интелектуалног развоја тешкоће социјалног прилагођавања ван куће можда неће бити откривене све до поласка у школу или адолесценције, када проблеми у социјалној комуникацији доводе до социјалне изолације од вршњака. Типични су отпор према упуштању у непозната искуства и изражене реакције чак и на мање промене у рутинама. Штавише, могу бити значајни претерана усредсређеност на детаље и ригидност у понашању и размишљању. Симптоми анксиозности могу постати очигледни у овој фази развоја.
- Адолесценција. У адолесценцији је капацитет за суочавање са све већом социјалном сложености у односима са вршњацима у време све захтевнијих образовних очекивања често преоптерећујући. Код неких особа са ПСА основни дефицити социјалне комуникације могу бити засењени симптомима истовремених менталних поремећаја и поремећаја понашања. Депресивни симптоми су честа карактеристика.
- Одрасло доба. У одраслом добу способност особа са ПСА да се носе са социјалним односима постаје све изазовнија, а клиничка манифестација се може појавити када социјални захтеви надјачају капацитет компензације. Иницијални симптом за јављање лекару у одраслом добу може да буде реакција на социјалну изолацију или социјалне последице неприкладног понашања. Стратегије компензације могу бити довољне за одржавање дијадичних односа, али су обично неадекватне у друштвеним групама. Посебна интересовања и усмерена пажња могу користити неким појединцима у образовању и запошљавању. Радно окружење ће можда морати да буде прилагођено капацитетима појединца. Постављање дијагнозе у одраслом добу може бити преципитирано

прекидом у породичном или пословном односу. Код ПСА увек постоји историја тешкоћа у социјалној комуникацији и интеракцији у раном детињству, иако то може бити очигледно тек у ретроспективи.

Карактеристике повезане са културом

Културне варијације постоје у нормама социјалне комуникације, узајамним социјалним интеракцијама, интересовањима и активностима. Стога се знаци тешкоћа у функционисању могу разликовати зависно од културног контекста. На пример, у неким друштвима може бити нормативно да деца избегавају контакт очима из поштовања, што не би требало погрешно тумачити као оштећење социјалне интеракције.

Полне и/или родне карактеристике

Мушкарци имају четири пута већу вероватноћу да добију дијагнозу ПСА него жене.

Женама са дијагнозом ПСА чешће се дијагностикује истовремени поремећај интелектуалног развоја, што сугерише да мање тешке манифестације могу остати неоткривене у поређењу са мушкарцима. Жене имају тенденцију да показују мање ограничених, понављајућих интересовања и понашања него мушкарци.

У средњем детињству, полне разлике у манифестацији различито утичу на функционисање. Дечаци могу имати реактивну агресију или друге бихевиоралне симптоме када су изазвани или фрустрирани. Девојчице су склоне друштвеном повлачењу и томе да реагују емоционалним променама на своје потешкоће у социјалном прилагођавању.

6A02.0 Поремећај из спектра аутизма без поремећаја интелектуалног развоја и са благим или без функционалног оштећења језика

Испуњени су сви дефиницијски критеријуми за ПСА, интелектуално функционисање и адаптивно понашање су најмање у просечном опсегу (приближно већи од 2,3 перцентила) и постоји само благо или никакво оштећење способности појединца да користи функционални језик (говорни или писани) у инструменталне сврхе, као што је изражавање личних потреба и жеља.

6A02.1 Поремећај из спектра аутизма са поремећајем интелектуалног развоја и са благим или без функционалног оштећења језика

Испуњени су сви дефиницијски критеријуми за ПСА и поремећај интелектуалног развоја и постоји само благо или никакво оштећење способности појединца да користи функционални језик (говорни или писани) у инструменталне сврхе, као што је изражавање личних потреба и жеља.

6A02.2 Поремећај из спектра аутизма без поремећаја интелектуалног развоја и са оштећењем функционалног језика

Испуњени су сви дефиницијски критеријуми за ПСА, интелектуално функционисање и адаптивно понашање су најмање у просечном опсегу (приближно већи од 2,3 перцентила) и постоји изражено оштећење функционалног језика (говорног или писаног) у односу на узраст појединца, при чему појединац није у стању да користи више од појединачних речи или једнос-тавних фраза у инструменталне сврхе, као што је изражавање личних потреба и жеља.

6A02.3 Поремећај из спектра аутизма са поремећајем интелектуалног развоја и са оштећењем функционалног језика

Испуњени су сви дефиницијски критеријуми за ПСА и поремећај интелектуалног развоја и постоји изражено оштећење функционалног језика (говорног или писаног) у односу на узраст појединца, при чему појединац није у стању да користи више од појединачних речи или једнос-тавних фраза у инструменталне сврхе, као што је изражавање личних потреба и жеља.

6A02.5 Поремећај из спектра аутизма са поремећајем интелектуалног развоја и са одсуством функционалног језика

Испуњени су сви дефиницијски критеријуми за ПСА и поремећај интелектуалног развоја и постоји потпуна или скоро потпуна неспособност коришћења функционалног језика (говорног или писаног) у односу на узраст појединца, у инструменталне сврхе, као што је изражавање личних потреба и жеља.

6A02.Y Други специфични поремећај из спектра аутизма

Категорија „други специфични“ је преостала категорија.

6A02.Z Поремећај из спектра аутизма, неозначен

Категорија „неозначени“ је преостала категорија.

АНЕКС 2. ЗНАЦИ УПОЗОРЕЊА ЗА ПСА

Знаци упозорења (*Red Flags*, 2007) за аутизам односе се на испољавање било ког од следећих понашања.

Узраст 1–2 године (23)

Неадекватне социјалне интеракције	Неадекватна комуникација	Репетитивна понашања и ограничена интересовања
<ul style="list-style-type: none"> – Изостанак адекватног контакта очима – Изостанак топлине и веселости у емоционалном изразу – Дете не дели са другима интересовање или радост – Не одазива се на дозивање по имену 	<ul style="list-style-type: none"> – Непостојање показног геста – Неусклађеност невербалне комуникације – Неуобичајена прозодија (мало варијација током говора, необична интонација, ирегуларан ритам говора, неуобичајен квалитет гласа) 	<ul style="list-style-type: none"> – Репетитивно коришћење објеката (преокупираност) – Репетитивни несврсисходни покрети или став тела, руку, шака или прстију

Узраст 1–3 године (модификовани водич NAPS)

Неадекватне социјалне интеракције	Неадекватна комуникација	Репетитивна понашања и ограничена интересовања
<ul style="list-style-type: none"> – Не осмежује се другим особама – Кашњење или непостојање креативне игре (нема спонтане креативне употребе играчки или је ретка – изостанак спонтане игре у којој дете, у секвенцама, за игру користи материјале чија је намена другачија) – Радије се игра само, без интересовања или са смањеним интересовањем за другу децу – Игра је сиромашна у интеракцијама са другом децом или особама – Лош контакт очима, нема уобичајену социјалну компоненту започињања и одржавања комуникације (не подразумева се да нема контакта очима) – Изостанак или ретко показивање прстом, давање предмета другима, дељење или усмеравање пажње других у односу на оно што се очекује за узраст – Ретко тражи помоћ других – Неадекватност, необичност или непоздрављање других – Било какав губитак социјалних вештина у било ком узрасту (регресија) 	<ul style="list-style-type: none"> – Успорен развој говора или се говор код детета уопште не развија – Неконзистентно реаговање или нереаговање на дозивање или давање инструкција – Необичности у употреби говора и језика – понављање фраза из филмова, реклама, непосредног говора других људи, понављање фраза, необична интонација – Смањена способност да се гестовима компензује успорен развој говора – Лоше разумевање језика (речи и гестова) – Било какав губитак стечених језичких способности у било ком узрасту, посебно између 15. и 24. месеца – Немогућност одржавања конверзације 	<ul style="list-style-type: none"> – Инсистирање на истоветности и/или неподношење промена, посебно у неструктурисаном окружењу – Репетитивно коришћење играчака (нпр. ређање објеката у правилан ред или укључивање/искључивање прекидача без обзира на грдњу) – Претерано обраћање пажње на визуелне детаље (нпр. фасцинација окретањем точкића) – Репетитивни моторни маниризми (нпр. лепршање рукама) – Недостатак флексибилне, кооперативне, имагинативне игре или креативности – Тешкоће у организовању сопствене активности у неструктурисаном простору (нпр. обухватање периферије игралишта или просторије)

Узраст 4–8 године (модификовани водич NAPS):

Неадекватне социјалне интеракције	Неадекватна комуникација	Репетитивна понашања и ограничена интересовања
<ul style="list-style-type: none"> – Неспособност придруживања игри друге деце или неадекватни покушаји придруживања игри (може се манифестовати агресивним или реметилачким понашањем) – Неразумевање правила понашања у учioniци (критиковање учитеља; неучествовање у школским активностима; неспособност разумевања или праћења трендова, нпр. у вези са стилем облачења, говора или интересовањима друге деце) – Лако буду преплављени друштвеним или другим стимулусима – Неспособност успостављања адекватних односа са одраслима (потпуна немогућност успостављања било каквих односа или претерано интензивни односи) – Екстремне реакције на повреду „личног простора“ и екстреман отпор кад их „пожурују“ 	<ul style="list-style-type: none"> – Абнормалности у развоју језика, укључујући мутизам, необичну или неадекватну интонацију, перзистентну ехоталију; када говоре о себи употребљавају заменицу „ти“ или „он/она“; неуобичајен речник за узраст / социјалну групу – Ограничено коришћење језика у комуникацијске сврхе и/или обичај да слободно говоре само о одређеним темама 	<ul style="list-style-type: none"> – Изостанак флексибилне, кооперативне, имагинативне игре или креативности (мада се одређени изоловани сценарио, нпр. претходно виђен на неком видео-снимку или у цртаном филму, може репетитивно изводити) – Тешкоће у организовању сопствене активности у неструктурисаном простору (нпр. обухватање периферије игралишта или просторије) – Лоше толерисање промена или недовољно структурисаних ситуација, чак и оних у којима иначе деца уживају (нпр. школске екскурзије) – Преокупација рестриктивним интересовањима која су неадекватна по интензитету или фокусу; преокупираност деловима објеката

Остали знаци који иду у прилог дијагнози ПСА

- Претерана или снижена сензорна осетљивост на звучне стимулусе (нпр. имају проблем да истрају на задатку уколико постоји бука у позадини, негативно реагују на неочекиване/гласне звуке), додир (нпр. нелагодност током шишања, избегавање да се запрљају, избирљивост у одабиру хране, посебно у односу на одређене текстуре), покрет (нпр. постају напети или узнемирени када им се стопала одвоје од подлоге или се често током дана окрећу око себе / клате телом), визуелне стимулусе (нпр. више воле мрак, избегавају јаку светлост), мирисе (нпр. циљано испитују одређене мирисе).
- Необичне вештине/недостаци (нпр. слабо развијене социјалне и моторне вештине, док генерални инвентар знања, читање и богатство речника могу бити значајно изнад година / менталног узраста детета).
- Неуобичајени покрети (нпр. ходање на прстима, „лепршање“ рукама).
- Неуобичајен одговор на бол (нпр. смањен праг бола).
- Подаци о значајном губитку претходно стечених вештина.

АНЕКС 3.

ИНДИВИДУАЛНИ ОБРАЗОВНИ ПЛАН

Према Закону о основама система образовања и васпитања (Сл. *иласник РС* 88/2017, 27/2018 – др. закон, 10/2019, 27/2018 – др. закон, 6/2020 и 129/2021) и Правилнику о ближим упутствима за утврђивање права на ИОП, његову примену и вредновање (Сл. *иласник РС* 74/2018) детету и ученику и одраслом коме је услед социјалне ускраћености, сметњи у развоју, инвалидитета, тешкоћа у учењу, ризика од раног напуштања школовања и других разлога потребна додатна подршка у образовању и васпитању, установа обезбеђује отклањање физичких и комуникацијских препрека, прилагођавање начина остваривања школског програма и израду, доношење и остваривање индивидуалног образовног плана.

Ученику који постиже резултате који превазилазе очекивани ниво образовних постигнућа установа обезбеђује прилагођавање начина остваривања школског програма и израду, доношење и остваривање ИОП.

ИОП је посебан акт који се доноси са циљем оптималног развоја детета и ученика и остваривања исхода образовања и васпитања, у складу са прописаним циљевима и принципима, односно задовољавања образовно-васпитних потреба детета и ученика.

ИОП израђује тим за додатну подршку детету, односно ученику на основу претходно остварених, евидентираних и вреднованих мера индивидуализације и израђеног педагошког профила детета, ученика и одраслог, а остварује се након добијања сагласности родитеља, односно другог законског заступника.

Уколико родитељ, односно други законски заступник, неоправдано одбије да учествује у изради или да да сагласност на ИОП, установа је дужна да о томе обавести надлежну установу социјалне заштите ради заштите најбољег интереса детета, односно ученика.

Врсте ИОП-а

- 1) ИОП1 – прилагођавање начина рада и услова у којима се изводи образовно-васпитни рад; учење језика на коме се одвија образовно-васпитни рад.
- 2) ИОП2 – прилагођавање циљева садржаја и начина остваривања програма наставе и учења и исхода образовно-васпитног рада.
- 3) ИОП3 – проширивање и продубљивање садржаја образовно-васпитног рада за ученика са изузетним способностима.

ИОП доноси педагошки колегијум установе, на предлог тима за инклузивно образовање, односно тима за пружање додатне подршке детету и ученику. Тим за пружање додатне подршке детету у предшколској установи чине васпитач, стручни сарадник, сарадник, родитељ, односно други законски заступник, а у складу са потребама детета и педагошки асистент, односно лични пратилац детета, на предлог родитеља, односно другог законског заступника.

Тим за пружање додатне подршке ученику у школи чине наставник разредне наставе, односно наставник предметне наставе, одељењски старешина, стручни сарадник, родитељ, односно други законски заступник, а у складу са потребама ученика и педагошки асистент, односно лични пратилац ученика, на предлог родитеља, односно другог законског заступника.

Доношењу ИОП-а 2 претходе доношење, примена и вредновање ИОП-а 1, а обавезно је прибављање мишљења Интерресорне комисије за процену потреба за додатном образовном, здравственом и социјалном подршком детету и ученику.

У мишљењу ИРК за процену потреба за додатном образовном, здравственом и социјалном подршком детету и ученику може да се предвиди и измена плана наставе и учења.

У првој години рада по ИОП-у, ИОП се вреднује тромесечно, а у свакој наредној години два пута у току радне, односно школске године.

Спровођење ИОП-а прати Министарство просвете у складу са овим законом.

Податак да је образовање стечено у складу са ставом б. тач. 2) и 3) овог става уноси се у одговарајући део обрасца јавне исправе.

АНЕКС 4.

ВРСТЕ ПОДРШКЕ У ОБРАЗОВАЊУ (11)

1. Прилагођавање метода, материјала и учила (мере индивидуализације)

Предавање – увођење нове лекције:

- обезбедити визуелна помагала, велика слова, филмове, шеме, графичке приказе;
- предавати на начин који ангажује више чула (визуелно, аудиторно, кинестетичко), уз коришћење адекватног материјала за учење (нпр. слике, постери, шарени папир, пластелин, дрвени предмети и сл.);
- дозволити ученику да снима лекције како би их прегледао касније;
- поновити упутства ученику пошто су дата одељењу, затим тражити од њега да их понови и објасни упутства наставнику;
- написати кључне ставке на табли и/или дати адекватан преглед лекције са главним појмовима;
- тражити од ученика да писмено или усмено да преглед кључних ставки;
- осим усмених, дати и писмена упутства како би дете могло поново да их погледа касније;
- дати пример како би се помогло ученицима, поставити пример тако да могу често да га погледају;
- користити подвлачење, истицање за налажење главних идеја/детаља у тексту;
- поделити дужа предавања на краће делове;
- додатна прилагођавања (нпр. поделити ученике у парове да контролишу рад, обезбедити ученика који помаже у учењу и сл.).

Задаци:

- дати додатно време за завршавање задатака;
- поједноставити сложена упутства;
- смањити ниво штива у задацима;
- тражити мање тачних одговора за завршавање (квалитет наспрам квантитета);
- скратити задатке поделом рада на мање делове;
- дозволити компјутерски одштампане задатке које припреми ученик или које је диктирао ученик а припремио неко други;
- користити контролне листе, шеме, картице за подсећање итд.;
- смањити број домаћих задатака, посебно задатке који захтевају много читања;
- дозволити штампана уместо писаних слова у изради задатака;
- пратити задатке чију динамику одређује сам ученик (дневна, недељна, двонедељна);
- организовати да ученик оде кући са јасним, концизним упутствима за израду домаћих задатака;
- признати и наградити усмено учешће ученика на часу;
- додатна прилагођавања (нпр. обезбедити обуку из вештина учења / стратегија за учење).

Провера знања:

- дозволити контролне вежбе / тестове са отвореним књигама;
- дати усмене тестове;

- дати тестове који се раде код куће;
- користити објективнија питања (нпр. мање одговора који траже дуже писање);
- дозволити ученику да даје одговоре на питања из теста на магнетофону;
- правити честе кратке квизове, а не дуге тестове;
- дати додатно време за тест;
- прочитати ученику питања из теста;
- писати одговоре на питања из теста уместо ученика;
- избегавати притисак на ученика у смислу времена или конкуренције;
- додатна прилагођавања.

Организација учења:

- обезбедити помоћ у организацији учења;
- одредити један систем за повезивање бележака и задатака;
- припремити унапред распоред учења/задатака са учеником;
- омогућити ученику да држи књиге у школи и да има још један комплет код куће;
- направити систем награђивања за завршавање рада у школи и домаћих задатака;
- слати кући дневне/недељне извештаје о напредовању;
- додатна прилагођавања (нпр. одредити једног друга добровољца који ће помагати у изради домаћих задатака);
- ставити ученика близу наставника;
- ставити ученика близу позитивног узора;
- стајати близу ученика приликом давања упутстава или предавања лекција;
- избегавати стимулације које одвлаче пажњу (нпр. расхладни систем, области густог саобраћаја);
- организовати више радних група у просторији;
- додатна прилагођавања.

Понашање:

- поједноставити правила у учионици тако да буду јасна и доступна за подсећање;
- користити мераче времена за олакшавање завршавања задатака;
- одредити прелазна/слободна времена (нпр. одмори, прелаз са часа на час, време за ручак);
- похвалити одређена понашања;
- користити стратегије за самоконтролу;
- дати посебне привилегије и позитивне подстицаје; убрзати њихову примену;
- мудро користити негативне последице;
- дозволити кратке одморе између задатака;
- подсећати ученика да не прекида рад на задатку (различитим невербалним сигнаlima);
- оценити тачне одговоре ученика, а не његове грешке;
- спровести систем управљања понашањем у учионици;
- омогућити дозвољено кретање, време када ученик није на свом месту (нпр. послати га да изврши неки налог);
- игнорисати неодговарајуће понашање које није драстично изван граница дозвољеног у учионици;
- направити уговор са учеником (и по потреби са одељењем);
- спровести разумне процедуре паузе;
- додатна прилагођавања.

2. Прилагођавање простора и услова у којима се учење одвија

Отклањање физичких баријера и постављање ознака:

- постављање рампе;
- постављање или уградња дизала и лифтова;
- адаптација тоалета;
- адаптација врата и улаза;
- приступачност клупе, табле и остале школске опреме;
- постављање рукохвата на улазима и по ходницима;
- означавање ивица степеника и ходника (жута или рељефна трака);
- постављање визуелних оријентира и ознака;
- светлосна ознака за школско звоно;
- додатна прилагођавања.

Специфични аранжман и распоред активности:

- могућност допунске наставе за појединачне области или предмете;
- могућност додатне наставе или коришћења продуженог боравка (нпр. менторски рад, консултације и сл.);
- организовање наставе на истом спрату (тј. у лако доступним учионицама);
- могућност учења код куће или путем интернета;
- могућност прилагођеног дневног, недељног или месечног распореда активности;
- осмишљавање асистивне технологије у сарадњи са стручњацима и родитељима (нпр. прављење визуелног/сликовног распореда часова и активности);
- додатна прилагођавања (нпр. коришћење Брајевог писма или лаптопа на часу, употреба знаковног језика и сл.).

3. Измена садржаја учења и стандарда постигнућа

Проширивање садржаја за одређени предмет или групе предмета:

- уводе се напреднији садржаји у оквиру једног предмета (нпр. математика, историја, музичко, српски језик и књижевност, страни језик и сл.);
- уводе се напреднији садржаји у оквиру групе предмета (нпр. математика и физика или група језичких предмета и сл.).

Смањивање садржаја за одређену област, предмет или групу предмета:

- смањују се садржај и захтеви у оквиру једне или више области из једног предмета;
- смањују се садржај и захтеви у оквиру једног предмета;
- смањују се садржај и захтеви у оквиру групе предмета;
- смањују се садржај и захтеви у оквиру већине или свих предмета.

Остале мере подршке

Мере подршке које обезбеђују други (институције система, локална заједница, донатори, родитељи и сл.) на захтев школе:

- материјална, здравствена помоћ,
- асистивне технологије и
- друге мере.

АНЕКС 5.

ИНТЕРРЕСОРНА КОМИСИЈА (ИРК)

Према Закону о основама система образовања и васпитања (*Сл. гласник РС 88/2017*), члан 77, ИРК процењује потребе детета, ученика и одраслог за додатном образовном, здравственом и социјалном подршком.

Додатна подршка се односи на права и услуге које детету обезбеђују да превазиђе физичке и социјалне препреке ради несметаног обављања свакодневних животних активности значајних за укључивање у образовни процес, живот у заједници и напредовање.

ИРК образује орган јединице локалне самоуправе надлежан за послове друштвених делатности на основу споразума о сарадњи између установа система образовања, државне управе и локалне самоуправе, социјалне заштите и здравља. Јединица локалне самоуправе одређује седиште рада, обезбеђује и исплаћује накнаде за рад чланова, обезбеђује техничку и другу подршку за њен рад, обезбеђује средства за финансирање подршке препоручене од ИРК, обезбеђује архивирање и чување документације, прикупља извештаје о раду ИРК, предложеној подршци и њеним ефектима најмање два пута годишње.

ИРК има пет чланова, и то четири стална (педијатар, представник ЦСР, дефектолог одговарајућег профила и психолог запослен у образовању и васпитању) и једног повремениог члана. Повремени члан је лице које добро познаје дете, ученика и одраслог и које је са њим имало дужи контакт и бира се за свако дете појединачно.

ИРК прикупља и обрађује податке о личности у сврху процене потреба за пружањем додатне образовне, здравствене и социјалне подршке детету, ученику и одраслом. Подаци се прикупљају и обрађују уз поштовање начела сврсисходности, сразмерности, обавезе чувања тајне, организационих и техничких мера, обраде података и заштите података о личности деце, ученика и одраслих и чланова њихових породица, у складу са законом којим се уређује заштита података о личности.

ИРК пре прикупљања података о деци и ученицима обавештава родитеља, односно другог законског заступника о обради података о његовом детету, у складу са законом којим се уређује заштита података о личности. Нарочито осетљиви подаци о деци и ученицима из обе збирке података прикупљају се и обрађују на основу сагласности родитеља, односно других законских заступника.

Питања којима се уређује процена потреба за пружањем додатне образовне, здравствене или социјалне подршке детету, ученику и одраслом, састав и начин рада Интерресорне комисије прописују споразумно министар надлежан за послове здравља, министар надлежан за послове социјалне политике, министар надлежан за државну управу и локалну самоуправу и министар просвете.

АНЕКС 6.

ДОДАТНА ПОДРШКА ЗА КОЈУ ЈЕ ПОТРЕБНО МИШЉЕЊЕ ИНТЕРРЕСОРНЕ КОМИСИЈЕ (ИРК)

Додатна подршка за коју је потребно одобрење ИРК регулисана је Правилником о додатној образовној, здравственој и социјалној подршци детету, ученику и одраслом (Сл. *гласник РС* 80 од 24. октобра 2018). Додатна подршка обухвата права, услуге и ресурсе који детету, ученику и одраслом обезбеђују да превазиђу физичке, комуникацијске и социјалне препреке у образовним установама и заједници. Додатна подршка се обезбеђује, без дискриминације по било ком основу, сваком детету, ученику и одраслом са циљем укључивања, учешћа и напредовања по правилу у несегрегисаном образовном окружењу до завршетка средњег образовања и несметаног обављања свакодневних животних активности и квалитетног живота у заједници. Додатна подршка се обезбеђује у систему образовања и васпитања, здравствене и социјалне заштите. За процену потреба за додатном подршком надлежна је Комисија општине, односно града на чијој територији је пребивалиште, односно бораваиште детета, ученика и одраслог.

- I Мере додатне подршке које се, у складу са прописима, реализују на основу мишљења ИРК:
- 1) остваривање субвенција за похађање програма предшколског васпитања и образовања за децу са сметњама у развоју;
 - 2) одгађање уписа у први разред основне школе за годину дана, изузетно и уз додатно образложење, када је то у најбољем интересу детета;
 - 3) доношење ИОП2, који подразумева прилагођавање циљева, садржаја и начина остваривања програма наставе и учења и исхода образовно-васпитног рада, односно измена плана наставе и учења;
 - 4) упућивање детета у развојну групу у ПУ, односно у школу за образовање ученика са сметњама у развоју;
 - 5) ангажовање васпитача, наставника или стручног сарадника, који је запослен у школи за образовање ученика са сметњама у развоју и инвалидитетом као подршку школи у систему редовног образовања и васпитања;
 - 6) остваривање права на увећање дечјег додатка;
- II Препоручене мере додатне подршке на основу процене ИРК:
- 1) обезбеђивање игровних, дидактичких и наставних средстава у приступачним форматама и на приступачним језицима, укључујући и знаковни језик;
 - 2) обезбеђивање прилагођених уџбеника;
 - 3) обезбеђивање асистивних технологија и/или других услуга ресурсног центра за асистивне технологије: алтернативни начини и средства комуникације, прилагођене тастатуре, екрани на додир, прилагођени мишеви, посебни софтвери, тајмери, сатови, диктафони и сл. и обука за њихово коришћење;
 - 4) обезбеђивање обуке, наставника, васпитача и стручних сарадника непосредно ангажованих у васпитно-образовном и образовно-васпитном раду ради стицања конкретних вештина и стратегија за рад са дететом, учеником и одраслим, за коришћење Брајевог писма, знаковног језика, других алтернативних начина комуникације, самостално кретање, коришћење средстава асистивне технологије и сл.;

- 5) обезбеђивање обуке родитељу, односно другом законском заступнику, ради стицања знања, вештина и стратегија за пружање подршке детету и за коришћење асистивних технологија и алтернативних начина комуникације (нпр. знаковни језик, Брајево писмо и др.);
 - 6) прилагођавање окружења потребама детета, ученика и одраслог: прилаза и унутрашњег простора установе чије услуге дете, ученик и одрасли користи постављањем рампе, гелендера, уградњом лифта, прилагођавањем тоалета, прилагођавањем стазе, као помоћи у самосталном кретању; постављањем лампе, табле-путоказа, назива на вратима са симболима, мапом простора, постављањем звучних и светлосних сигнала и сл. – у складу са прописима којима се уређује приступачност јавних простора;
 - 7) обезбеђивање подршке стручњака из одређене области, у складу са потребама детета, ученика и одраслог;
 - 8) обезбеђивање приоритета у остваривању специјалистичког прегледа или третмана; обезбеђивање физиотерапеута и радног терапеута да, у сарадњи са службом кућног лечења, одлази у кућне посете према индикацији;
 - 9) обезбеђивање средстава за финансирање трошкова рекреативне наставе, екскурзија, културних, спортских и других активности које организује установа за дете, ученика и одраслог;
 - 10) обезбеђивање превоза детета, ученика и одраслог који не може да користи средства јавног превоза, а по потреби и његовог пратиоца, за похађање образовања или других услуга социјалне и здравствене заштите, без обзира на удаљеност од места становања;
 - 11) финансирање трошкова исхране у продуженом боравку у матичној или другој школи у локалној заједници за дете и ученика корисника права на новчану социјалну помоћ.
- III Остале мере додатне подршке из система образовања, здравствене и социјалне заштите о којима ИРК информише родитеља, односно другог законског заступника и одраслог и упућује их на надлежне институције:
- 1) обезбеђивање да дете, ученик и одрасли коме језик на коме се изводи настава није матерњи превазиђе језичку баријеру;
 - 2) организовање образовне подршке у случају дужег изостајања из школе, ради надокнађивања пропуштеног, односно обезбеђивања континуитета у образовању ученика и одраслог;
 - 3) обезбеђивање личног пратиоца детету и ученику, односно персоналног асистента одраслом полазнику у складу са прописаним стандардима услуга, под условом да су укључени у васпитно-образовну установу, до краја редовног школовања, укључујући завршетак средње школе;
 - 4) остваривање права на увећање дечјег додатка или увећани додаток за помоћ и негу другог лица;
 - 5) обезбеђивање помагала (кохлеарни имплант, слушни апарат, инвалидска колица, Брајева машина и сл.);
 - 6) обезбеђивање услуга психосоцијалне подршке породици пружањем саветодавно-терапијских и социјално-едукативних и других иновативних услуга у заједници,
 - 7) друга права и услуге.

ИРК на основу сагледаних потреба за подршку детету, ученику и одраслом препоручује и друге видове подршке који нису наведени у Правилнику, а који ће допринети образовној и социјалној инклузији детета, ученика и одраслог.

АНЕКС 7.

ПЕДАГОШКИ И АНДРАГОШКИ АСИСТЕНТ

Према Закону о основама система образовања и васпитања (*Сл. гласник РС 88/2017*), члан 136, педагошки асистент пружа помоћ и додатну подршку групи деце и ученика у установи, у складу са њиховим потребама, и помоћ запосленима са циљем унапређивања њиховог рада. Педагошки асистент у свом раду остварује сарадњу са родитељима, односно другим законским заступницима, органима јединице локалне самоуправе, надлежним установама,

Према том закону, андрагошки асистент пружа подршку одраслима за укључивање у систем образовања и помоћ запосленима у остваривању програма образовања. Андрагошки асистент у свом раду остварује сарадњу са органима јединице локалне самоуправе, надлежним установама, организацијама и удружењима.

АНЕКС 8.

ЈАВНА ОВЛАШЋЕЊА ЦСР

- I У вршењу јавних овлашћења, ЦСР, у складу са законом, одлучује о¹:
- 1) остваривању права на материјално обезбеђење;
 - 2) остваривању права на додатак за помоћ и негу другог лица;
 - 3) остваривању права на помоћ за оспособљавање за рад;
 - 4) остваривању права на смештај у установу социјалне заштите;
 - 5) остваривању права на смештај одраслог лица у другу породицу;
 - 6) хранитељству;
 - 7) усвојењу;
 - 8) старатељству;
 - 9) одређивању и промени личног имена детета;
 - 10) мерама превентивног надзора над вршењем родитељског права;
 - 11) мерама корективног надзора над вршењем родитељског права.
- II У вршењу јавних овлашћења, ЦСР у складу са законом, обавља следеће послове:
- 1) спроводи поступак посредовања – медијације у породичним односима (мирење и нагодба);
 - 2) доставља налаз и стручно мишљење, на захтев суда, у парницама у којима се одлучује о заштити права детета или о вршењу, односно лишењу родитељског права;
 - 3) доставља, на захтев суда, мишљење о сврсисходности мере заштите од насиља у породици коју је тражио други овлашћени тужилац;
 - 4) пружа помоћ у прибављању потребних доказа суду пред којим се води поступак у спору за заштиту од насиља у породици;
 - 5) спроводи поступак процене опште подобности хранитеља, усвојитеља и старатеља;
 - 6) пописује и процењује имовину лица под старатељством;
 - 7) сарађује са јавним тужиоцем, односно судијом за малолетнике у избору и примени васпитних налога;
 - 8) спроводи медијацију између малолетног учиниоца и жртве кривичног дела;
 - 9) подноси извештај о испуњењу васпитног налога јавном тужиоцу, односно судији за малолетнике;
 - 10) присуствује, по одобрењу суда, радњама у припремном поступку против малолетног учиниоца кривичног дела (саслушање малолетног учиниоца кривичног дела, саслушање других лица), ставља предлоге и упућује питања лицима која се саслушавају;
 - 11) доставља мишљење суду пред којим се води кривични поступак против малолетника у погледу чињеница које се односе на узраст малолетника, чињеница потребних за оцену његове зрелости, испитује средину и прилике у којима малолетник живи и друге околности које се тичу његове личности и понашања;
 - 12) присуствује седници већа за малолетнике и главном претресу у кривичном поступку против малолетног учиниоца кривичног дела;

¹ Правилник о организацији, нормативима и стандардима рада центра за социјални рад, *Сл. гласник РС* 59/2008, 37/2010, 39/2011 – др. правилник и 1/2012 – др. правилник, 51/2019, 12/2020 и 83/2022, члан 4.

- 13) обавештава суд надлежан за извршење заводске васпитне мере и орган унутрашњих послова када извршење мере не може да започне или да се настави због одбијања или бекства малолетника;
 - 14) стара се о извршењу васпитних мера посебних обавеза;
 - 15) проверава извршење васпитне мере појачаног надзора од родитеља, усвојитеља или старатеља и указује им помоћ у извршењу мере;
 - 16) проверава извршење васпитне мере појачаног надзора у другој породици и указује помоћ породици у коју је малолетник смештен;
 - 17) спроводи васпитну меру појачаног надзора од стране органа старатељства тако што се брине о школовању малолетника, његовом запослењу, одвајању из средине која на њега штетно утиче, потребном лечењу и сређивању прилика у којима живи;
 - 18) стара се о извршењу васпитне мере појачаног надзора уз обавезу дневног боравака у установи за васпитавање и образовање малолетника;
 - 19) доставља суду и јавном тужиоцу за малолетнике извештај о току извршења васпитних мера о чијем се извршењу стара;
 - 20) предлаже суду доношење одлуке о трошковима извршења васпитних мера;
 - 21) обавља друге послове утврђене законом.
- III Центар за социјални рад у вршењу јавних овлашћења пружа услуге социјалног рада и покреће судске поступке када је законом на то овлашћен.

АНЕКС 9.

МАТЕРИЈАЛНА ПОДРШКА И УСЛУГЕ У СИСТЕМУ СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ

1. Материјална подршка

Законом о социјалној заштити дефинишу се следећи видови материјалне подршке:²³

- **право на додатак за помоћ и негу другог лица** има лице коме је због телесног или сензорног оштећења, интелектуалних потешкоћа или промена у здравственом стању неопходна помоћ и нега другог лица да би задовољило своје основне животне потребе;⁴
- **право на увећани додатак за помоћ и негу другог лица** има лице за које је, на основу прописа о пензијском и инвалидском осигурању, утврђено да има телесно оштећење од 100% по једном основу или да има органски трајни поремећај неуролошког и психичког типа и лице које има више оштећења, с тим да ниво оштећења износи по 70% и више процената по најмање два основа;⁵
- **право на посебну новчану накнаду** има један од родитеља који није у радном односу, а који најмање 15 година непосредно негује своје дете које је остварило право на увећани додатак за помоћ и негу другог лица, у виду доживотног месечног новчаног примања у висини најниже пензије у осигурању запослених, кад наврши општи старосни услов за остваривање пензије према прописима о пензијском и инвалидском осигурању, ако није остварио право на пензију;⁶
- **право на новчану социјалну помоћ** припада појединцу, односно породици који су материјално угрожени и који својим радом, приходима од имовине или из других извора остварују приход мањи од износа новчане социјалне помоћи утврђеног Законом о социјалној заштити;⁷
- **право на увећану новчану социјалну помоћ** има појединац који је неспособан за рад, односно породица чији су сви чланови неспособни за рад и једнородитељска породица;⁸
- **право на помоћ за оспособљавање за рад** је подршка у образовању и оспособљавању за рад за децу и младе са сметњама у развоју и одрасле особе са инвалидитетом, који се, према психофизичким способностима и годинама живота, могу оспособити за одређени рад, а то право не могу да остваре по другом правном основу. То право се остварује у виду трошкова оспособљавања за рад, трошкова смештаја у дом ученика, односно студената или интернат, као и у виду накнаде трошкова превоза;⁹
- **једнократна помоћ** се обезбеђује лицу које се изненада или тренутно нађе у стању социјалне потребе и лицу које се упућује у породични или домски смештај а које нема средстава да обезбеди одећу, обућу и трошкове превоза неопходне за реализацију смештаја. Једнократна помоћ може бити новчана или у природи;¹⁰

2 Закон о социјалној заштити, *Сл. гласник РС* 24/2011, члан 79.

3 Закон о социјалној заштити садржи детаљне податке о условима и начину остваривања тих права.

4 Закон о социјалној заштити, *Сл. гласник РС* 24/2011, члан 92.

5 Закон о социјалној заштити, *Сл. гласник РС* 24/2011, члан 94.

6 Закон о социјалној заштити, *Сл. гласник РС* 24/2011, члан 94.

7 Закон о социјалној заштити, *Сл. гласник РС* 24/2011, члан 81.

8 Закон о социјалној заштити, *Сл. гласник РС* 24/2011, члан 85.

9 Закон о социјалној заштити, *Сл. гласник РС* 24/2011, чл. 108. и 109.

10 Правилник о организацији, нормативима и стандардима рада центра за социјални рад, *Сл. гласник РС* 59/2008, 37/2010, 39/2011 – др. правилник и 1/2012 – др. правилник, 51/2019, 12/2020 и 83/2022, члан 31.

- **друге врсте материјалне подршке** (народне кухиње, субвенције и др.) могу предвидети јединице локалне самоуправе за грађане који живе на њеној територији.¹¹

Законом о финансијској подршци породици с децом дефинишу се следећи видови материјалне подршке:^{12,13}

- накнада зараде, односно накнада плате за време породичног одсуства, одсуства са рада ради неге детета и одсуства са рада ради посебне неге детета;
- остале накнаде по основу рођења и неге детета и посебне неге детета;
- родитељски додатак;
 - а) право на новчана средства за изградњу, учешће у куповини, односно куповину породично-стамбене зграде или стана по основу рођења детета;
 - б) једнократна помоћ за рођење другог и трећег детета;
- дечји додатак;
- накнада трошкова боравка у предшколској установи за децу без родитељског старања;
- накнада трошкова боравка у предшколској установи за децу са сметњама у развоју и децу са инвалидитетом;
- накнада трошкова боравка у предшколској установи за децу корисника новчане социјалне помоћи;
- регресирање трошкова боравка у предшколској установи деце из материјално угрожене породице.

2. Услуге социјалне заштите

Законом о социјалној заштити дефинишу се услуге социјалне заштите као активности пружања подршке и помоћи појединцу и породици ради побољшања, односно очувања квалитета живота, отклањања или ублажавања ризика неповољних животних околности, као и стварање могућности да самостално живе у друштву.¹⁴ Услуге социјалне заштите су подељене у пет група.¹⁵

1. Услуге процене и планирања – обухватају процену стања, потреба, снага и ризика корисника и других лица значајних за корисника, процену старатеља, хранитеља и усвојитеља. Планирањем су обухваћени израда индивидуалног и породичног плана пружања услуга, одређивање мера заштите и других планова и процена.

2. Дневне услуге у заједници – дневни боравак, помоћ у кући, свратиште, лични пратилац детета и друге услуге које подржавају боравак корисника у породици и непосредном окружењу.

Услуге дневног боравака доступне су различитим циљним групама, укључујући децу са сметњама у развоју и пунолетне особе са инвалидитетом, који имају потребу за дневном негом и надзором, подршком у одржању и развијању потенцијала.¹⁶

Услуге помоћи у кући доступне су деци и пунолетнима који имају ограничења физичких и психичких способности услед којих нису у стању да независно живе у својим домовима без редовне помоћи у активностима дневног живота, неге и надзора, при чему је породична подршка недовољна или није расположива.¹⁷

Лични прашилац дејетета доступан је детету са сметњама у развоју коме је потребна подршка за задовољавање основних потреба у свакодневном животу у области кретања, одржавања личне хигијене, храњења, облачења и комуникације са другима, под условом да је укључено у

11 Породични закон, *Сл. гласник РС* 18/2005, 72/2011 – др. закон и 6/2015, чл. 124. и 125.

12 Породични закон, *Сл. гласник РС* 18/2005, 72/2011 – др. закони 6/2015, члан 85.

13 Закон о финансијској подршци породици с децом садржи детаљне податке о условима и начину остваривања наведених права.

14 Закон о социјалној заштити, *Сл. гласник РС* 24/2011, члан 5.

15 Закон о социјалној заштити, *Сл. гласник РС* 24/2011, члан 40.

16 Правилник о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите, *Сл. гласник РС* 42/2013, 89/2018 и 73/2019, члан 68.

17 Правилник о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите, *Сл. гласник РС* 42/2013, 89/2018 и 73/2019, члан 73.

васпитно-образовну установу, односно школу, до краја редовног школовања, укључујући завршетак средње школе.¹⁸

3. Услуге подршке за самосталан живот – становање уз подршку, персонална асистенција, обука за самосталан живот и друге врсте подршке неопходне за активно учешће корисника у друштву. Те услуге се пружају појединцу да би се његове могућности за задовољење основних потреба изједначиле с могућностима осталих чланова друштва, да би се побољшао квалитет његовог живота и омогућио активан и самосталан живот у друштву.¹⁹

4. Саветодавно-терапијске и социјално-едукативне услуге – интензивне услуге подршке породици која је у кризи; саветовање и подршка родитељима, хранитељима и усвојитељима; подршка породици која се стара о свом детету или одраслом члану породице са инвалидитетом; одржавање породичних односа и поновно спајање породице; саветовање и подршка у случајевима насиља; породична терапија; медијација; СОС телефони; активација и друге саветодавне и едукативне услуге и активности. Те услуге се пружају као вид помоћи појединцима и породицама које су у кризи, ради унапређивања породичних односа, превазилажења кризних ситуација и стицања вештина за самосталан и продуктиван живот у друштву.²⁰

У пракси су најпознатији пружаоци те групе услуга *саветодавалишта за брак и породицу*. У протеклом периоду су посебно пилотиране и осмишљаване интензивне услуге подршке породици у кризи, попут услуга породични сарадник и јачање породице.

5. Услуге смештаја – обухватају смештај корисника у сродничку, хранитељску и другу породицу, затим смештај у дом или прихватилиште, предах смештај и друге одговарајуће врсте смештаја.²¹

Пружањем *услуге породичног смештаја деци и младима* се привремено, а најкасније до завршетка школовања, обезбеђују нега, заштита и услови за оптималан развој у породичном окружењу.²² Та услуга обухвата и припрему за повратак родитељима, односно други стални животни аранжман, и припрему за самосталан живот. Заснивањем хранитељства успоставља се однос између детета и хранитеља који одговара односу дете – родитељ. У хранитељској породици деца могу да буду привремено, док се не реши проблем у биолошкој породици, али и дуже, док се не осамостале. Хранитељи преузимају непосредну бригу о детету и имају дужност да се старају о његовом здрављу, развоју, васпитању и образовању, са циљем његовог оспособљавања за самосталан живот и рад или до оснаживања биолошке породице која може адекватно да одговори на потребе детета.

Породичним смештајем се одраслим и старијим особама омогућава одржавање или побољшање квалитета живота.

Повремени породични смештај се реализује као повремено укључивање компетентне хранитељске породице у бригу о детету, у краћим интервалима, који омогућавају предах биолошким родитељима и смањење ризика од раздвајања породице, односно институционализације деце са сметњама у развоју.²³ Сврха услуге је побољшање квалитета живота породицама које брину о деци са сметњама у развоју, проширивање и стицање нових искустава деце, очување породичних снага и породичне заједнице и смањење социјалне изолације.

Смештајем у дом кориснику се обезбеђују становање и задовољење основних животних потреба и здравствена заштита. У оквиру ове услуге, деци се омогућава приступ образовању.²⁴

18 Правилник о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите, *Сл. гласник РС* 42/2013, 89/2018 и 73/2019, члан 83.

19 Закон о социјалној заштити, *Сл. гласник РС* 24/2011, члан 45.

20 Закон о социјалној заштити, *Сл. гласник РС* 24/2011, члан 46.

21 Закон о социјалној заштити, *Сл. гласник РС* 24/2011, члан 47.

22 Закон о социјалној заштити, *Сл. гласник РС* 24/2011, члан 48.

23 Аничих В., Благојевић В., Грујић Д., Миловановић Д., Пилиповић Којић М., Поповић Љ., Ранђеловић Ј., Симендић О., Сорак С., Текић В. *Смернице за повремени породични смештај*. Покрајински завод за социјалну заштиту, 2016.

24 Закон о социјалној заштити, *Сл. гласник РС* 24/2011, члан 51.

Прихваћени је облик краткотрајног смештаја којим се тежи да се кориснику осигурају безбедност, изналажење одрживих решења за кризне ситуације, задовољење основних потреба и приступ другим услугама.²⁵

Предах смештај је краткорочни и поврмени смештај деце са сметњама у развоју од пет година старости и пунолетних са инвалидитетом, којим се обезбеђује дневни, викенд или вишедневни смештај са циљем очувања постојећих потенцијала, унапређења и развијања вештина самосталног живота, стварања могућности за укључивање у заједницу, за развијање, очување и унапређење снага породице.²⁶

Услуга предах смештаја пружа се најдуже 45 дана у току календарске године, с тим што може трајати најдуже 20 дана у континуитету.²⁷

25 Закон о социјалној заштити, *Сл. гласник РС* 24/2011, члан 55.

26 Правилник о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите, *Сл. гласник РС* 42/2013, 89/2018 и 73/2019, члан 28.

27 Правилника о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите, *Сл. гласник РС* 42/2013, 89/2018 и 73/2019, члан 27.

АНЕКС 10.

ПРОФЕСИОНАЛНА РЕХАБИЛИТАЦИЈА И ЗАПОШЉАВАЊЕ ОСОБА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ

Према Закону о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом, *особа са инвалидитетом* је лице са трајним последицама телесног, сензорног, менталног или душевног оштећења или болести које се не могу отклонити лечењем или медицинском рехабилитацијом, које се суочава са социјалним и другим ограничењима од утицаја на радну способност и могућност запослења или одржања запослења и које нема могућности или има смањене могућности да се, под равноправним условима, укључи на тржиште рада и да конкурише за запошљавање са другим лицима. *Незайослена особа са инвалидитетом* је особа са инвалидитетом која има од 15 до 65 година живота, није у радном односу нити је на други начин остварила право на рад, а спремна је да ради или прихвати професионалну рехабилитацију ради запошљавања, активно тражи запослење и води се на евиденцији незапослених лица у организацији надлежној за послове запошљавања.²⁸

У складу са Законом о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом, особа са инвалидитетом може да оствари право на:²⁹

- 1) утврђивање статуса и процену радне способности;
- 2) подстицање запошљавања, радне и социјалне укључености и афирмацију једнаких могућности на тржишту рада;
- 3) мере и активности професионалне рехабилитације;
- 4) запошљавање под општим условима;
- 5) запошљавање под посебним условима;
- 6) мере активне политике запошљавања
- 7) запошљавање у посебним организованим облицима запошљавања и радног ангажовања особа са инвалидитетом;
- 8) друга права у складу са Законом о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом.

Процена радне способности и могућности запослења или одржања запослења врши се сагледавањем медицинских, социјалних и других критеријума којима се утврђују могућности и способности особе са инвалидитетом неопходне за укључивање на тржиште рада и обављање конкретних послова самостално или уз службу подршке, употребу техничких помагала, односно могућности запошљавања под општим или под посебним условима.³⁰ Захтев за процену радне способности подноси се надлежној организационој јединици Националне службе за запошљавање, према пребивалишту.³¹

28 Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом, *Сл. гласник РС* 36/2009, 32/2013 (чл. 11. и 12. нису у пречишћеном тексту) и 14/2022 – др. закон, члан 3.

29 Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом, *Сл. гласник РС* 36/2009, 32/2013 (чл. 11. и 12. нису у пречишћеном тексту) и 14/2022 – др. закон, члан 6.

30 Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом, *Сл. гласник РС* 36/2009, 32/2013 (чл. 11. и 12. нису у пречишћеном тексту) и 14/2022 – др. закон, члан 8.

31 Детаљни подаци о потребној документацији и начину подношења захтева налазе се на: <https://www.nsz.gov.rs/nsz/prosena-radne-sposobnosti-i-mogucnosti-zaposlenja-ili-odrzanja-zaposlenja/4179>.

Подстицање запошљавања, радне и социјалне укључености и афирмација једнаких могућности на тржишту рада подразумевају различите послове с циљем повећања запослености и укључивања особа са инвалидитетом на тржиште рада као што су: афирмација једнаких могућности особа са инвалидитетом на тржишту рада; организовање и спровођење мера и активности професионалне рехабилитације; остваривање права на мере активне политике запошљавања, односно мере за подстицање samozapošljavanja и запошљавања особа са инвалидитетом; обезбеђивање техничке, стручне и финансијске подршке за прилагођавање послова, радног места или послова и радног места, укључујући и техничка и технолошка помагала са циљем повећања могућности запошљавања или одржања запослења особа са инвалидитетом; праћење ефеката радне и социјалне укључености особа са инвалидитетом; сарадња са организацијама и удружењима особа са инвалидитетом, послодавцима и другим органима и организацијама са циљем подстицања запошљавања и укључености особа са инвалидитетом и др.^{32,33}

Професионална рехабилитација особа са инвалидитетом подразумева организовање и спровођење програма мера и активности са циљем оспособљавања за одговарајући посао, запошљавања, одржања запослења, напредовања или промене професионалне каријере.³⁴ Запослена особа са инвалидитетом, за време трајања професионалне рехабилитације, има право на одсуство са рада код послодавца код кога је у радном односу³⁵ и на накнаду зараде.³⁶ Незапослена особа са инвалидитетом за време трајања професионалне рехабилитације не заснива радни однос, али, зависно од конкретних мера и активности у које је укључена, може имати право на одређену новчану помоћ за време трајања програма.³⁷

Особе са инвалидитетом се могу запослити под *оштим или посебним условима*. Запошљавање под општим условима не подразумева прилагођавање послова, радног места или послова и радног места, док запошљавање под посебним условима подразумева прилагођавање услова: радног процеса, радних задатака, простора, средстава за рад, опреме, обезбеђивање стручне помоћи, различите асистенције и др.

Активна политика запошљавања особа са инвалидитетом подразумева различите мере и подстицаје за послодавце усмерене на подизање мотивације за запошљавање и samozapošljavanje особа са инвалидитетом.

Посебни облици запошљавања и радног ангажовања особа са инвалидитетом, чији је циљ запошљавање, односно радно ангажовање и побољшање квалитета живота особа са инвалидитетом, могу бити организовани као предузећа за професионалну рехабилитацију и запошљавање особа са инвалидитетом, радни центри или социјално предузеће и организација.

32 Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом, Сл. гласник РС 36/2009, 32/2013 (чл. 11. и 12. нису у пречишћеном тексту) и 14/2022 – др. закон, члан 11.

33 Национална служба за запошљавање спроводи бројне мере намењене повећању могућности за запошљавање особа са инвалидитетом, односно смањењу њихове незапослености, а детаљне информације о мерама, програмима и актуелним јавним конкурсима подршке запошљавању особа са инвалидитетом налазе се на сајту <https://www.nsz.gov.rs/>.

34 Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом, Сл. гласник РС 36/2009, 32/2013 (чл. 11. и 12. нису у пречишћеном тексту) и 14/2022 – др. закон, члан 12.

35 Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом, Сл. гласник РС 36/2009, 32/2013 (чл. 11. и 12. нису у пречишћеном тексту) и 14/2022 – др. закон, члан 20.

36 Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом, Сл. гласник РС 36/2009, 32/2013 (чл. 11. и 12. нису у пречишћеном тексту) и 14/2022 – др. закон, члан 20.

37 Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом, Сл. гласник РС 36/2009, 32/2013 (чл. 11. и 12. нису у пречишћеном тексту) и 14/2022 – др. закон, члан 21.

АНЕКС 11.

ИНТЕРСЕКТОРСКЕ УСЛУГЕ ПОРОДИЧНО ОРИЈЕНТИСаниХ РАНИХ ИНТЕРВЕНЦИЈА (ПОРИ)

Мрежа подршке за децу узраста до шест година, са развојним ризицима, одступањима и сметњама и њиховим породицама

Стручњаци су једногласни у ставовима о значају прве три, односно првих шест година живота за развој и учење детета. Доказано је да је, захваљујући правовременом укључивању у програм раних интервенција, развој више од 70% деце са развојним ризицима нормализован, док је дугорочна подршка потребна за око 20% деце.

Услуге подршке у виду раних интервенција потребне су за 60.000 деце у Србији. Годишње око 12.000 нове деце и њихових породица треба укључити у услуге раних интервенција, док би те услуге требало пружати дуготрајно за око 5–7% њих (чак и након навршене шесте године). Ситуациона анализа услуга за бебе и малу децу са сметњама у развоју у Републици Србији „Развој услуга везаних за интервенције у раном детињству – могућности и изазови”, која је спроведена у Србији 2017. године, показала је да квалитет постојећих услуга не прати новија научна сазнања. Услуге нису доступне у целој земљи, а због секторски формулисане политике и прописа и недостатка међусекторске сарадње (између сектора здравства, социјалне заштите и образовања) те услуге су расцепкане међу стручњацима, установама и дисциплинама, некоординиране и не пружају породицама и деци ефикасну и свеобухватну подршку у периоду који је најважнији за развој детета.

Када развој у раном узрасту не иде очекиваним токовима, важно је што раније обезбедити додатну подршку за дете и породицу. Важно је да се подршка пружа у најприроднијем окружењу за дете – у породици и у вршњачкој заједници. За такав вид подршке неопходно је да родитељи и стручњаци остваре партнерску САРАДЊУ и да ЗАЈЕДНО трагају за начинима подстицања развоја детета и оснаживања родитељских капацитета (270). Ране интервенције су интегрисан систем услуга намењен деци са развојним тешкоћама, кашњењем и инвалидитетом и њиховим родитељима, како би подржали њихов развој и учење, обезбедили потребну додатну подршку у развоју и учењу да би она могла да остваре свој пуни потенцијал.

Планирање и пружање услуга раних интервенција подразумева препознавање и упућивање деце и породица којима су оне потребне, реализацију интервенција у складу са извршеном функционалном проценом, израду плана подршке за дете и породицу и планирање транзиције.

Осим деце којој је већ дијагностикована одређена сметња, рана интервенција је намењена и деци код које постоје ризик или повећана вероватноћа да ће се јавити одступања у развоју услед различитих биолошких или срединских фактора (превремено рођење, мала тежина на рођењу, потхрањеност, економска угроженост и сл.). Услуге ране интервенције су намењене деци од рођења до три године старости, а могу се пружати и деци до шест година, то јест до поласка у основну школу.

Породично оријентисане ране интервенције (ПОРИ) специфичне су по томе што се подршка породици пружа у природном окружењу детета – приликом кућних посета стручњака из тима за рану интервенцију или приликом посете у вртићу (ако дете похађа вртић). Доказано је да дете најлакше и најбоље учи у окружењу у коме се осећа сигурно, када учи са онима којима највише верује (271, 272). То су пре свега породични дом и вртић као вршњачко окружење. У последњих неколико деценија научно праћење примене породично оријентисане подршке у развијеним и земљама у окружењу (Словенија, Португалија, Украјина, Грузија, Бугарска итд.) показало је високу ефикасност и делотворност тог вида ране интервенције. Код нас се рана ин-

тервенција остварује уз ослонац на већ постојеће системе и интегрише постојеће услуге локалне заједнице у којој породица живи у јединствену мрежу подршке детету и породици. Тај приступ пружању услуга раних интервенција у Србији је развијен уз подршку португалског државног тела за ране интервенције (ANIP) и европске асоцијације (EURLYAID). Породично оријентисан програм раних интервенција усредсређен је на подршку целој породици и пружање услуга у природном окружењу детета – породичном дому, предшколској установи и другим инклузивним окружењима за децу, који се сматрају најпогоднијим за подстицање развоја и функционисања детета.

Модел ПОРИ

Током времена и на основу научно заснованих доказа из САД и других земаља, праксе ПОРИ су се промениле као резултат истраживачких пројеката и на основу захтева родитеља. Данас се препознаје низ основних пракси за подршку неопходних да би се остварили оптимални исходи. Све те праксе би требало да буду:

- 1) индивидуализоване – услуге чији је фокус на јачим странама, интересовањима и мотивацијама детета у контексту свакодневних активности;
- 2) са породицом у средишту – услуге се надграђују на јединствене јаче стране породице, фокусирају се на приоритете породице и уважавају културолошке специфичности;
- 3) засноване на тимском раду – стручњаци и породице раде заједнички како би се решили проблеми и донеле одлуке;
- 4) засноване на доказима – стратегије које се користе да би се постигли функционални исходи засноване су на највишем квалитету постојећих доказа и захтевају координисан и свеобухватан приступ реализацији;
- 5) подстакнуте исходима – услуге су усредсређене на повећавање способности детета да учествује у активностима и рутинама које су прикладне за његов узраст, и то у природним и инклузивним окружењима;
- 6) стављене у контекст – у планирању и реализацији интервенција узима се у обзир где и када ће се нека вештина користити; планирање и реализација одражавају свакодневна окружења и активности са вршњацима и члановима породице.

Праксе ПОРИ прешле су из ситуације у којој пружаоци подршке раде директно са децом на ситуацију где пружаоци подршке обучавају и усмеравају одрасле који проводе највише времена са дететом (нпр. родитељ, васпитачица) (273).

Принципи ПОРИ

- 1) Одојчад и мала деца (до три године) најбоље уче кроз свакодневна искуства и интеракције са познатим особама у познатом окружењу.
- 2) Све породице, уз потребну подршку и ресурсе, могу да побољшају учење и развој своје деце.
- 3) Најважнија улога примарног пружаоца подршке је да ради са члановима породице и неговатељима присутним у животу детета и да их подржи.
- 4) Процес ПОРИ, од првих контаката до транзиције (у образовање), мора да буде динамичан и индивидуализован тако да одражава склоности, стилове учења и културолошка уверења детета и чланова породице.
- 5) Циљеви индивидуализованог плана подршке (ИПП) морају да буду функционални и засновани на потребама и приоритетима деце и породица.
- 6) На приоритете, потребе и интересе породице најпримереније одговара примарни пружалац подршке, који добија подршку тима и заједнице.
- 7) Интервенције са децом млађег узраста и члановима породице морају да се заснивају на научно заснованим начелима, провереним праксама, најбољим расположивим истраживањима и одговарајућим законима и прописима (273).



Слика 5. Главне компоненте ПОРИ

На слици су приказани оквир у коме се одвијају компоненте ПОРИ и њихова међусобна повезаност. Услуге ПОРИ се могу концептуализовати у шест широких компоненти: (1) досезање, скрининг и упућивање, (2) свеобухватна функционална процена снага и потреба породице и детета, (3) индивидуализовано планирање, (4) пружање услуге ПОРИ, (5) праћење напретка и евалуација/вредновање остварености циљева и (6) транзиција. Сваки корак води у наредни корак.

Рано препознавање деце која су изложена ризику да њихов развој одступи од типичног има суштински значај за правовремено пружање одговарајуће подршке. Уколико породицу нешто брине у вези са развојем или понашањем детета у било ком смислу, о томе треба да разговара са изабраним педијатром и/или сарадницима развојног саветовалишта (дефектологом, психологом, логопедом), односно са неким од чланова локалног тима за рану интервенцију.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lord C., Charman T., Havdahl A., Carbone P., Anagnostou E., Boyd B. et al. The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *Lancet*. 2022 Jan 15; 399(10321): 271–334.
2. Kenny L., Hattersley C., Molins B., Buckley C., Povey C., Pellicano E. Which terms should be used to describe autism? Perspectives from the UK autism community. *Autism*. 2016 May 1; 20(4): 442–62.
3. Dunn D. S., Andrews E. E. Person-first and identity-first language: Developing psychologists' cultural competence using disability language. *Am Psychol*. 2015 Apr 1; 70(3): 255–64.
4. Марковић М. *Особе са инвалидитетом у Србији, њихов статус, домаћинство и ситуација 2011. у републици Србији*. Београд: Републички завод за статистику.
5. *Situaciona analiza: Položaj dece sa smetnjama u razvoju i invaliditetom u Republici Srbiji*. Nacionalna organizacija osoba sa invaliditetom Srbije (NOOIS), 2017.
6. Милановић М. *Анализа положаја породица деце са сметњама у развоју*. Београд: Национална организација особа са инвалидитетом, 2017.
7. Republika Srbija, Republički zavod za statistiku i UNICEF. *Istraživanje višestrukih pokazatelja položaja žena i dece*. Београд: Републички завод за статистику, 2014.
8. Пејовић Милованчевић и сар. *Смернице за скрининг, дијагностику и интервенције код деце са поремећајем из спектра аутизма*. Београд: Министарство здравља Републике Србије, 2018.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association, 2013. <http://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
10. Academy of Medicine Singapore – Ministry of Health Clinical Practice Guidelines Workgroup on Autism Spectrum Disorders. Academy of Medicine Singapore – Ministry of Health clinical practice guidelines: Autism Spectrum Disorders in pre-school children. *Singapore Med J*. 2010; 51(3): 255–63.
11. Balasubramanian B., V. Bhatt C., A. Goyel N. Genetic studies in children with intellectual disability and autistic spectrum of disorders. *Indian J Hum Genet*. 2009 Sep; 15(3): 103–7.
12. Autism | Guidance and guidelines | NICE. (cited 20.01.2018). <https://www.nice.org.uk/guidance/qs51>
13. Tonge B. J., Rinehart N. J. Autism and attention deficit/hyperactivity disorder. In: *Neurology and Clinical Neuroscience*. Elsevier, 2007: 129–39.
14. International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11). [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2022 [cited 2022 Aug 18]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F437815624>
15. Kushki A., Anagnostou E., Hammill C., Duez P., Brian J., Iaboni A. et al. Examining overlap and homogeneity in ASD, ADHD, and OCD: a data-driven, diagnosis-agnostic approach. *Transl Psychiatry* 2019 9(1). 2019 Nov 26; 9(1): 1–11.
16. Davignon M. N., Qian Y., Massolo M., Croen L. A. Psychiatric and Medical Conditions in Transition-Aged Individuals With ASD. *Pediatrics*. 2018 Apr 1; 141 (Suppl 4): S335–45.
17. Lai M. C., Kasseh C., Besney R., Bonato S., Hull L., Mandy W. et al. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *The lancet Psychiatry*. 2019 Oct 1; 6(10): 819–29.
18. Woolfenden S., Sarkozy V., Ridley G., Coory M., Williams K. A systematic review of two outcomes in autism spectrum disorder – epilepsy and mortality. *Dev Med Child Neurol*. 2012; 54(4): 306–12.
19. Totsika V., Hastings R. P., Emerson E., Lancaster G. A., Berridge D. M. A population-based investigation of behavioural and emotional problems and maternal mental health: associations with autism spectrum disorder and intellectual disability. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011 Jan; 52(1): 91–9.
20. Mayo J., Chlebowski C., Fein D. A., Eigsti I. M. Age of first words predicts cognitive ability and adaptive skills in children with ASD. *J Autism Dev Disord*. 2013 Feb; 43(2): 253.
21. Paul R., Orlovski S. M., Marcinko H. C., Volkmar F. Conversational Behaviors in Youth with High-functioning ASD and Asperger Syndrome. *J Autism Dev Disord*. 2009 Jan; 39(1): 115.
22. Franz L., Chambers N., von Isenburg M., de Vries P. J. Autism spectrum disorder in sub-saharan africa: A comprehensive scoping review. *Autism Res*. 2017 May 1; 10(5): 723–49.

23. Walker N. Neurodiversity: Some basic terms & definitions • *Neuroqueer* [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 30]. <https://neuroqueer.com/neurodiversity-terms-and-definitions/>
24. Robison J. E. The Limits of Neurodiversity | *Psychology Today* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 30]. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/my-life-aspergers/202003/the-limits-neurodiversity>
25. Pecora L. A., Hancock G. I., Hooley M., Demmer D. H., Attwood T., Mesibov G. B. et al. Gender identity, sexual orientation and adverse sexual experiences in autistic females. *Mol Autism*. 2020 Jul 11; 11(1): 1–16.
26. den Houting J. Neurodiversity: An insider's perspective. *Autism*. 2019 Feb 1; 23(2): 271–3.
27. Sandbank M., Bottema-Beutel K., Crowley S., Cassidy M., Dunham K., Feldman J. I. et al. Project AIM: Autism intervention meta-analysis for studies of young children. *Psychol Bull*. 2020 Jan 1; 146(1): 1–29.
28. Weitlauf A. S., McPheeters M. L., Peters B., Sathe N., Travis R., Aiello R. et al. Therapies for Children With Autism Spectrum Disorder. AHRQ Publ No 14-EHC036-EF Rockville, MD *Agency Healthc Res Qual*. 2014; (137): 120.
29. Fein D., Barton M., Eigsti I. M., Kelley E., Naigles L., Schultz R. T. et al. Optimal outcome in individuals with a history of autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013 Feb; 54(2): 195–205.
30. Zeidan J., Fombonne E., Scora J., Ibrahim A., Durkin M. S., Saxena S. et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res*. 2022 May 1; 15(5): 778–90.
31. Elsabbagh M., Divan G., Koh Y. J., Kim Y. S., Kauchali S., Marcín C. et al. Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Res*. 2012 Jun; 5(3): 160–79.
32. Chiarotti F., Venerosi A. Epidemiology of Autism Spectrum Disorders: A Review of Worldwide Prevalence Estimates Since 2014. *Brain Sci*. 2020 May 1; 10(5).
33. Bougeard C., Picarel-Blanchot F., Schmid R., Campbell R., Buitelaar J. Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Co-morbidities in Children and Adolescents: A Systematic Literature Review. *Front psychiatry*. 2021 Oct 27; 12.
34. Zablotzky B., Black L. I., Maenner M. J., Schieve L. A. *Estimated Prevalence of Autism and Other Developmental Disabilities Following Questionnaire Changes in the 2014 National Health Interview Survey*. 2014; 13.
35. Nevison C. D., Blaxill M. Diagnostic Substitution for Intellectual Disability: A Flawed Explanation for the Rise in Autism. *J Autism Dev Disord* 2017 479. 2017 Jun 6; 47(9): 2733–42.
36. Baio J., Wiggins L., Christensen D. L., Maenner M. J., Daniels J., Warren Z. et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveill Summ*. 2018; 67(6): 1–23.
37. Delobel-Ayoub M., Ehlinger V., Klapouszczak D., Maffre T., Raynaud J. P., Delpierre C. et al. Socioeconomic Disparities and Prevalence of Autism Spectrum Disorders and Intellectual Disability. *PLoS One*. 2015 Nov 5; 10(11).
38. Baron-Cohen S., Scott F. J., Allison C., Williams J., Bolton P., Matthews F. E. et al. Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. *Br J Psychiatry*. 2009 Jun; 194(6): 500–9.
39. Lord C., Elsabbagh M., Baird G., Veenstra-Vanderweele J. Autism spectrum disorder. *Lancet* (London, England). 2018 Aug 11; 392(10146): 508–20.
40. Centers for Disease Control and Prevention. *Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder* | CDC [Internet]. [cited 2022 Sep 24]. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
41. Jariwala-Parikh K., Barnard M., Holmes E. R., West-Strum D., Bentley J. P., Banahan B. et al. Autism Prevalence in the Medicaid Program and Healthcare Utilization and Costs Among Adult Enrollees Diagnosed with Autism. *Adm Policy Ment Health*. 2019 Nov 1; 46(6): 768–76.
42. Raz R., Weisskopf M. G., Davidovitch M., Pinto O., Levine H. Differences in autism spectrum disorders incidence by sub-populations in Israel 1992–2009: a total population study. *J Autism Dev Disord*. 2015 Mar 20; 45(4): 1062–9.
43. *Процене стањановништва, 2020*. [Internet]. Републички завод за статистику. 2021. <https://publikacije.stat.gov.rs/G2021/Pdf/G20211181.pdf>
44. Hansen S. N., Schendel D. E., Parner E. T. Explaining the Increase in the Prevalence of Autism Spectrum Disorders. *JAMA Pediatr*. 2015 Jan; 169(1): 56.
45. Републички завод за статистику и UNICEF. *Istraživanje višestrukih pokazatelja položaja žena i dece u Srbiji i Istraživanje višestrukih pokazatelja položaja žena i dece u romskim naseljima u Srbiji, 2019, Izveštaj o nalazima istraživanja*. Beograd, 2019.
46. Pejovic Milovancevic M., Stankovic M., Mitkovic Voncina M., Rudic N., Grujicic R., Herrera A. S. et al. Perception of support, challenges and needs among parents of children with autism: the Serbian experience. *Psychiatr Danub*. 2018; 30: 354–64.

47. Hyman S. L., Levy S. E., Myers S. M., Kuo D. Z., Apkon C. S., Davidson L. F. et al. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*. 2020 Jan 1; 145(1).
48. Lord C., Elsabbagh M., Baird G., Veenstra-Vanderweele J. Autism spectrum disorder. *Lancet*. 2018 Aug 11; 392(10146): 508–20.
49. Tick B., Bolton P., Happé F., Rutter M., Rijdsdijk F. Heritability of autism spectrum disorders: a meta-analysis of twin studies. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016 May 1; 57(5): 585–95.
50. Fuentes J., Hervás A., Howlin P. ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021 Jun 1; 30(6): 961–84.
51. Whitehouse A., Evans K., Eapen V., Wray J. A National Guideline for the Assessment and Diagnosis of Autism Spectrum Disorders in Australia Summary and Recommendations. *A National Guideline for the Assessment and Diagnosis of Autism Spectrum Disorders in Australia SUMMARY AND RECOMMENDATIONS*. Research Executive Committee. 2018.
52. Li J., Cai T., Jiang Y., Chen H., He X., Chen C. et al. Genes with de novo mutations are shared by four neuropsychiatric disorders discovered from NPdenovo database. *Mol Psychiatry*. 2016 Feb 1; 21(2): 290–7.
53. Bolton P. F., Carcani-Rathwell I., Hutton J., Goode S., Howlin P., Rutter M. Epilepsy in autism: features and correlates. *Br J Psychiatry*. 2011 Apr; 198(4): 289.
54. Liu X., Sun X., Sun C., Zou M., Chen Y., Huang J. et al. Prevalence of epilepsy in autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Autism*. 2022 Jan 1; 26(1): 33–50.
55. Milovanovic M., Radivojevic V., Radosavljev Kircanski J., Grujicic R., Toskovic O., Aleksić Hil O. et al. Epilepsy and interictal epileptiform activity in patients with autism spectrum disorders. *Epilepsy Behav*. 2019 Mar 1; 92: 45–52.
56. Spence S. J., Schneider M. T. The role of epilepsy and epileptiform EEGs in autism spectrum disorders. *Pediatr Res*. 2009; 65(6): 599–606.
57. *Centers for Diseases Control and Prevention. Recommendations & Guidelines | Autism Spectrum Disorder (ASD) | CDC* [Internet]. 2020. [cited 2022 Sep 24]. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/hcp-recommendations.html>
58. Estes M. L., McAllister A. K. Immune mediators in the brain and peripheral tissues in autism spectrum disorder. *Nat Rev Neurosci*. 2015; 16(8): 469–86.
59. Koyama R., Ikegaya Y. Microglia in the pathogenesis of autism spectrum disorders. *Neurosci Res*. 2015 Nov; 100: 1–5.
60. Redcay E., Courchesne E. When Is the Brain Enlarged in Autism? A Meta-Analysis of All Brain Size Reports. *Biol Psychiatry*. 2005; 58(1): 1–9.
61. Schumann C. M., Bloss C. S., Barnes C. C., Wideman G. M., Carper R. A., Akshoomoff N. et al. Longitudinal magnetic resonance imaging study of cortical development through early childhood in autism. *J Neurosci*. 2010; 30(12): 4419–27.
62. Lange N., Travers B. G., Bigler E. D., Prigge M. B. D., Froehlich A. L., Nielsen J. A. et al. Longitudinal volumetric brain changes in autism spectrum disorder ages 6–35 years. *Autism Res*. 2015; 8(1): 82–93.
63. Pasamanick B., Rogers M. E., Lilienfeld A. M. Pregnancy experience and the development of behavior disorders in children. *Am J Psychiatry*. 1956; 112(8): 613–8.
64. Rutter M. Aetiology of autism: findings and questions. *J Intellect Disabil Res*. 2005 Apr; 49(Pt 4): 231–8.
65. Ashwood P., Krakowiak P., Hertz-Picciotto I., Hansen R, Pessah I., Van de Water J. Elevated plasma cytokines in autism spectrum disorders provide evidence of immune dysfunction and are associated with impaired behavioral outcome. *Brain Behav Immun*. 2011; 25(1).
66. Wu S., Wu F., Ding Y., Hou J., Bi J., Zhang Z. Advanced parental age and autism risk in children: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2017 Jan 1; 135(1): 29–41.
67. Conde-Agudelo A., Rosas-Bermudez A., Norton M. H. Birth Spacing and Risk of Autism and Other Neurodevelopmental Disabilities: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2016 May 1; 137(5).
68. Kalkbrenner A. E., Schmidt R. J., Penlesky A. C. Environmental chemical exposures and autism spectrum disorders: a review of the epidemiological evidence. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2014 Nov 1; 44(10): 277–318.
69. Rossignol D. A., Genuis S. J., Frye R. E. Environmental toxicants and autism spectrum disorders: a systematic review. *Transl Psychiatry*. 2014 Jan 1; 4(2).
70. Gialloreti L. E., Mazzone L., Benvenuto A., Fasano A., Alcon A. G., Kraneveld A. et al. Risk and Protective Environmental Factors Associated with Autism Spectrum Disorder: Evidence-Based Principles and Recommendations. *J Clin Med*. 2019; 8(2).

71. Liu L., Gao J., He X., Cai Y., Wang L., Fan X. Association between assisted reproductive technology and the risk of autism spectrum disorders in the offspring: a meta-analysis. *Sci Rep.* 2017 Apr; 7: 46207.
72. Gong T., Dalman C., Wicks S., Dal H., Magnusson C., Lundholm C. et al. Perinatal Exposure to Traffic-Related Air Pollution and Autism Spectrum Disorders. *Environ Health Perspect.* 2017 Jan 1; 125(1): 119–26.
73. Maramba L. A., He W., Ming X. Pre- and perinatal risk factors for autism spectrum disorder in a New Jersey cohort. *J Child Neurol.* 2014 Dec 1; 29(12): 1645–51.
74. Jiang H., Yin, Xu L., Lian, Shao L., Xia R., Man, Yu Z., He, Ling Z., Xin et al. Maternal infection during pregnancy and risk of autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2016 Nov 1; 58: 165–72.
75. Gallagher C., McCarthy F. P., Ryan R. M., Khashan A. S. Maternal Alcohol Consumption During Pregnancy and the Risk of Autism Spectrum Disorders in Offspring: A Retrospective Analysis of the Millennium Cohort Study. *J Autism Dev Disord.* 2018 Nov 1; 48(11): 3773–82.
76. Bölte S., Girdler S., Marschik P. B. The contribution of environmental exposure to the etiology of autism spectrum disorder. *Cell Mol Life Sci.* 2019 Apr 15; 76(7): 1275–97.
77. Mandić Maravić V., Corić V., Mitković Voncina M., Djordjević M., Savić Radojević A., Ercegovac M. et al. Interaction of glutathione S-transferase polymorphisms and tobacco smoking during pregnancy in susceptibility to autism spectrum disorders. *Sci Reports* 2019 91. 2019 Mar 1; 9(1): 1–9.
78. Mandić Maravić V., Mitković Voncina M., Pljesa Ercegovac M., Savić Radojević A., Djordjević M., Pekmezović T. et al. Autism spectrum disorders and perinatal complications — Is oxidative stress the connection? *Front Psychiatry.* 2019 Sep 1; 10(SEP): 675.
79. Guinchat V., Thorsen P., Laurent C., Cans C., Bodeau N., Cohen D. Pre-, peri- and neonatal risk factors for autism. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012 Mar; 91(3): 287–300.
80. Tordjman S., Somogyi E., Coulon N., Kermarrec S., Cohen D., Bronsard G. et al. Gene×Environment Interactions in Autism Spectrum Disorders: Role of Epigenetic Mechanisms. *Front Psychiatry.* 2014; 5(AUG).
81. Goines P. E., Ashwood P. Cytokine dysregulation in autism spectrum disorders (ASD): Possible role of the environment. *Neurotoxicol Teratol.* 2013; 36: 67–81.
82. Freitag C. M. The genetics of autistic disorders and its clinical relevance: a review of the literature. *Mol Psychiatry.* 2007 Jan; 12(1): 2–22.
83. Black C., Kaye J. A., Jick H. Relation of childhood gastrointestinal disorders to autism: nested case-control study using data from the UK General Practice Research Database. *BMJ.* 2004; 325(7361): 419–21.
84. Volkmar F., Siegel M., Woodbury-Smith M., King B., McCracken J., State M. et al. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014; 53(2): 237–57.
85. Modabbernia A., Velthorst E., Reichenberg A. Environmental risk factors for autism: an evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses. *Mol Autism.* 2017; 8(1): 13.
86. Taylor B., Miller E., Farrington C. P., Petropoulos M. C., Favot-Mayaud I., Li J. et al. Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association. *Lancet* (London, England). 1999; 353(9169): 2026–9.
87. Fuentes J., Bakare M., Munir K., Aguayo P., Gaddour N., Öner Ö. et al. *Autism spectrum disorders.* 1960. <http://iacapap.org/wp-content/uploads/C.2-AUTISM-SPECTRUM-072012.pdf>
88. Lee S. H., Ripke S., Neale B. M., Faraone S. V., Purcell S. M., Perlis R. H. et al. Genetic relationships between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Nat Genet.* 2013; 45(9): 984–94.
89. Uchiyama T., Kurosawa M., Inaba Y. MMR-Vaccine and Regression in Autism Spectrum Disorders: Negative Results Presented from Japan. *J Autism Dev Disord.* 2007; 37(2): 210–7.
90. Honda H., Shimizu Y., Rutter M. No effect of MMR withdrawal on the incidence of autism: a total population study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2005; 46(6): 572–9.
91. Kaye J. A., del Mar Melero-Montes M., Jick H. Mumps, measles, and rubella vaccine and the incidence of autism recorded by general practitioners: a time trend analysis. *BMJ.* 2001; 322(7284): 460–3.
92. Dales L., Hammer S. J., Smith N. J. Time trends in autism and in MMR immunization coverage in California. *JAMA* [Internet]. 2001 Mar 7 [cited 2018 Mar 29]; 285(9): 1183–5.
93. Fombonne E., Chakrabarti S. No evidence for a new variant of measles-mumps-rubella-induced autism. *Pediatrics.* 2001; 108(4): E58.
94. Smeeth L., Cook C., Fombonne E., Heavey L., Rodrigues L. C., Smith P. G. et al. MMR vaccination and pervasive developmental disorders: a case-control study. *Lancet.* 2004; 364(9438): 963–9.
95. Mrożek-Budzyn D., Kiełtyka A., Majewska R. Lack of Association Between Measles-Mumps-Rubella Vaccination and Autism in Children. *Pediatr Infect Dis J.* 2010; 29(5): 397–400.

96. Doja A., Roberts W. Immunizations and autism: a review of the literature. *Can J Neurol Sci.* 2006; 33(4): 341–6.
97. Hviid A., Stellfeld M., Wohlfahrt J., Melbye M. Association Between Thimerosal-Containing Vaccine and Autism. *JAMA.* 2003; 290(13): 1763.
98. Glumbic N. *Autizam i digitalni detoks. 5. simpozijum logopeda u Srbiji. Tinski rad u logopediji i defektologiji.* Zbornik radova. Udruženje logopeda Srbije, Beograd 2022: 35–42.
99. Chen J. Y., Strodl E., Wu C., Huang L. H., Yin X. N., Wen G. M. et al. Screen time and autistic-like behaviors among preschool children in China. *Psychol Health Med.* 2021; 26(5): 607–20.
100. Dikkala V., Murthy P., Prasad R. Sharma V., Chaudhury S. Amount of screen time and occurrence of autistic-like symptoms in toddlers in a tertiary care hospital. *Med J Dr DY Patil Vidyapeeth.* 2022 Jul 1; 15(4): 538.
101. Heffler K. F., Sienko D. M., Subedi K., McCann K. A., Bennett D. S. Association of Early-Life Social and Digital Media Experiences With Development of Autism Spectrum Disorder-Like Symptoms. *JAMA Pediatr.* 2020 Jul 1; 174(7): 690–6.
102. Haute Autorité de Santé. Autism spectrum disorder: Warning signs, detection, diagnosis and assessment in children and adolescents. Clinical practice guidelines method. 2018.
103. Ministries of Health and Education. *New Zealand Autism Spectrum Disorder Guideline.* 2nd ed. Wellington: Ministry of Health. 2016.
104. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). *Autism: Recognition, Referral and Diagnosis of Children and Young People on the Autism Spectrum.* National Institute for Health and Clinical Excellence. London: RCOG Press; 2011: 1–57.
105. *National Health & Medical Research Council. Standards for guidelines.* [Internet]. 2016 [cited 2022 Sep 24]. <https://www.nhmrc.gov.au/guidelinesforguidelines/standards>
106. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Autism spectrum disorder in under 19s: support and management. Clinical guideline.* London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2013.
107. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders.* Edinburgh: SIGN. 2016. (SIGN publication no. 145). [June 2016]. URL: <http://www.sign.ac.uk>
108. Sand N., Silverstein M., Glascoe F. P., Gupta V. B., Tonniges T. P., O'Connor K. G. Pediatricians' Reported Practices Regarding Developmental Screening: Do Guidelines Work? Do They Help? *Pediatrics.* 2005; 116(1): 174–9.
109. Durand V. M. *Autism spectrum disorder: a clinical guide for general practitioners.* 2014: 183.
110. Robins D. L., Casagrande K., Barton M., Chen C. M. A., Dumont-Mathieu T., Fein D. Validation of the modified checklist for Autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics.* 2014 Jan; 133(1): 37–45.
111. Ministries of Health and Education of New Zealand. *New Zealand Autism Spectrum Disorder Guideline.* 2008.
112. Green J., Leadbitter K., Ainsworth J., Bucci S. An integrated early care pathway for autism. *Lancet Child Adolesc Heal.* 2022 May 1; 6(5): 335–44.
113. Hayes J., Ford T., Rafeeqe H., Russell G. Clinical practice guidelines for diagnosis of autism spectrum disorder in adults and children in the UK: a narrative review. *BMC Psychiatry.* 2018 Jul 13; 18(1): 222.
114. Rogers C. L., Goddard L., Hill E. L., Henry L. A., Crane L. Experiences of diagnosing autism spectrum disorder: A survey of professionals in the United Kingdom. *Autism.* 2016 Oct; 20(7): 820–31.
115. Lai M. C., Baron-Cohen S. Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *Lancet Psychiatry.* 2015 Nov; 2(11): 1013–27.
116. *National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management.* [Internet]. 2012 [cited 2022 Sep 24]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg142>
117. Mandic Maravic V., Pejovic Milovancevic M., Mitkovic Voncina M., Kostic M., Aleksic Hil O., Radosavljev Kircanski J., Mincic T., Lecic Tosevski D. Sex differences in autism spectrum disorders: does sex moderate the pathway from clinical symptoms to adaptive behavior? *Sci Rep.* 2015 May 19; 5: 10418.
118. Lord C., Risi S., Lambrecht L., Cook E. H. Jr, Leventhal B. L., DiLavore P. C., Pickles A., Rutter M. The autism diagnostic observation schedule-generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *J Autism Dev Disord.* 2000 Jun; 30(3): 205–23.
119. Bastiaansen J. A., Meffert H., Hein S., Huizinga P., Ketelaars C., Pijnenborg M., Bartels A., Minderaa R., Keysers C., de Bildt A. Diagnosing autism spectrum disorders in adults: the use of Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) module 4. *J Autism Dev Disord.* 2011 Sep; 41(9): 1256–66.

120. Nahar A., Thippeswamy H., Shanker Reddy M. S., Kishore M. T., Chaturvedi S. K. Psychiatric comorbidity in persons with high-functioning autism spectrum disorders: Findings from a tertiary care neuropsychiatric hospital. *Asian J Psychiatr.* 2019 Mar; 41: 50–53.
121. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2002 Principal Investigators; Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of autism spectrum disorders--autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2002. *MMWR Surveill Summ.* 2007 Feb 9; 56(1): 12–28.
122. Mutluer T., Aslan Genç H., Özcan Morey A., Yapici Eser H., Ertinmaz B., Can M., Munir K. Population-Based Psychiatric Comorbidity in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. *Front Psychiatry.* 2022 May 23; 13: 856208.
123. Braconnier M. L., Siper P. M. Neuropsychological Assessment in Autism Spectrum Disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2021 Jul 30; 23(10): 63.
124. Takayanagi M., Kawasaki Y., Shinomiya M., Hiroshi H., Okada S., Ino T., Sakai K., Murakami K., Ishida R., Mizuno K., Niwa SI. Review of Cognitive Characteristics of Autism Spectrum Disorder Using Performance on Six Subtests on Four Versions of the Wechsler Intelligence Scale for Children. *J Autism Dev Disord.* 2022 Jan; 52(1): 240–253.
125. Fuchs D., Fuchs L., Power M., Dailey A. Bias in the assessment of handicapped children. *American Educational Research Journal.* 1985; 22: 185–197.
126. Foley G. M. Portrait of the arena evaluation: Assessment in the transdisciplinary approach. In E. D. Gibbs & D. M. Teti (Eds.), *Interdisciplinary assessment of infants: A guide for early intervention professionals.* 1990; 271–286.
127. McLean M., McCormick K. Assessment and evaluation in early intervention. In W. Brown, S. K. Thurman, & L. F. Pearl (Eds.), *Family-centered early intervention with infants and toddlers: Innovative cross-disciplinary approaches.* 1993; 43–80.
128. McWilliam R. A. *Family-centered intervention planning: A routines-based approach to early intervention.* Tucson, AZ: Communication Skill Builders/Psychological Associates. 1992; 7819: 211.
129. Botting N., Conti-Ramsden G. Autism, primary pragmatic difficulties, and specific language impairment: can we distinguish them using psycholinguistic markers? *Dev Med Child Neurol.* 2003; 45(8): 515–24.
130. Charman T., Drew A., Baird C., Baird G. Measuring early language development in preschool children with autism spectrum disorder using the MacArthur Communicative Development Inventory (Infant Form). *J Child Lang.* 2003; 30(1): 213–36.
131. Cohen I. L., Schmidt-Lackner S., Romanczyk R., Sudhalter V. The PDD Behavior Inventory: a rating scale for assessing response to intervention in children with pervasive developmental disorder. *J Autism Dev Disord.* 2003; 33(1): 31–45.
132. Ribeiro K. M. N., Assumpção F. B., Valente K. D. R. Landau-Kleffner and autistic regression: the importance of differential diagnosis. *Arq Neuropsiquiatr.* 2002; 60(3-B): 835–9.
133. Velikonja T., Fett A. K., Velthorst E. Patterns of nonsocial and social cognitive functioning in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry.* 2019 Feb 1; 76(2): 135–51.
134. Hume K., Steinbrenner J. R., Odom S. L., Morin K. L., Nowell S. W., Tomaszewski B., Szendrey S., McIntyre N. S., Yücesoy-Özkan S., Savage M. N. Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism: Third Generation Review. *J Autism Dev Disord.* 2021 Nov; 51(11): 4013–4032.
135. Lai M. C., Lombardo M. V., Baron-Cohen S. Autism. *Lancet.* 2014 Mar 8; 383(9920): 896–910.
136. Howlin P., Magiati I. Autism spectrum disorder: outcomes in adulthood. *Curr Opin Psychiatry.* 2017 Mar; 30(2): 69–76.
137. Howlin P. Adults with Autism: Changes in Understanding Since DSM-111. *J Autism Dev Disord.* 2021 Dec; 51(12): 4291–4308.
138. Levy A., Perry A. Outcomes in adolescents and adults with autism: A review of the literature. *Res Autism Spectr Disord* 2011; 5: 1271–82.
139. Bieleninik Ł., Posserud M. B., Geretsegger M. et al. Tracing the temporal stability of autism spectrum diagnosis and severity as measured by the Autism Diagnostic Observation Schedule: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017; 12(9): e0183160.
140. Pickles A., McCauley J. B., Pepa L. A., Huerta M., Lord C. The adult outcome of children referred for autism: Typology and prediction from childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2020; 61(7): 760–767.
141. Simonoff E., Kent R., Stringer D., Lord C., Briskman J., Lukito S., Pickles A., Charman T., Baird G. Trajectories in Symptoms of Autism and Cognitive Ability in Autism From Childhood to Adult Life: Findings From a Longitudinal Epidemiological Cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2020 Dec; 59(12): 1342–1352.
142. Mandy W. Social camouflaging in autism: Is it time to lose the mask? *Autism.* 2019; 23: 1879–1881.

143. Powell P. S., Pazol K., Wiggins L. et al. Health Status and Health Care Use Among Adolescents Identified With and Without Autism in Early Childhood – Four U.S. Sites, 2018–2020. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report* 2021; 70(17): 605–11.
144. Sala R., Amet L., Blagojevic Stokic N., Shattock P. et al. Bridging the Gap Between Physical Health and Autism Spectrum Disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2020; 16: 1605–18.
145. Pravilnik o uputstvima za utvrđivanje prava na individualni obrazovni plan, njegovu primenu i vrednovanje. *Službeni glasnik RS* 74/2018.
146. Scheef A., Mahfouz J. Supporting the post-school goals of youth with disabilities through use of a transition coordinator. *Research in Educational Administration and Leadership.* 2020 Mar; 5(1): 43–69.
147. Mpfu E., Tansey T., Mpfu N., Tu W. M., Li Q. *Employment practices with people with autism spectrum disorder in the digital age. In Theory, research and dynamics of career wellbeing.* 2019; 309–326.
148. Hedley D., Uljarević M., Cameron L., Halder S., Richdale A., Dissanayake C. Employment programmes and interventions targeting adults with autism spectrum disorder: systematic review of the literature. *Autism.* 2017 Nov; 21(8): 929–41.
149. Spooner F., Browder D. M., Uphold N. *To adult living. Teaching Students with Moderate and Severe Disabilities.* 2011 Jul; 6: 364.
150. Khalifa G., Sharif Z., Sultan M., Di Rezze B. Workplace accommodations for adults with autism spectrum disorder: a scoping review. *Disability and rehabilitation.* 2020 Apr 23; 42(9): 1316–31.
151. Anderson K. A., Shattuck P. T., Cooper B. P., Roux A. M., Wagner M. Prevalence and correlates of postsecondary residential status among young adults with an autism spectrum disorder. *Autism.* 2014 Jul; 18(5): 562–70.
152. Atsmon T., Lowinger S. Adults on the autism spectrum and their families: residential issues. *In Autism in adulthood* 2019; 155–181
153. World Health Organization. IFC: *International Classification of Functioning, Disability and Health.* 2001.
154. Myers E., Davis B. E., Stobbe G., Bjornson K. Community and social participation among individuals with autism spectrum disorder transitioning to adulthood. *Journal of autism and developmental disorders.* 2015 Aug; 45(8): 2373–81.
155. Lowinger S. Postsecondary education for students with ASD: Essential support systems. *Autism in Adulthood.* 2019; 113–132.
156. Granpeesheh D., Tarbox J., Dixon D. R. Applied behavior analytic interventions for children with autism: a description and review of treatment research. *Ann Clin Psychiatry.* 2009; 21(3): 162–73.
157. Shonkoff J. P. *Handbook of early childhood interventions – second edition.* [Internet]. 2000. [cited 2022 Sep 24]. <http://catdir.loc.gov/catdir/samples/cam032/99025362.pdf>
158. Santosh P. J., Baird G. Psychopharmacotherapy in children and adults with intellectual disability. *Lancet.* 1999; 354(9174): 233–42.
159. Wong C., Odom S. L., Hume K. A., Cox A. W., Fettig A., Kucharczyk S. et al. Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism Spectrum Disorder: A Comprehensive Review. *J Autism Dev Disord.* 2015; 45(7): 1951–66.
160. Hume K., Steinbrenner J. R., Odom S. L., Morin K. L., Nowell S. W., Tomaszewski B., Szendrey S., McIntyre N. S., Yücesoy-Özkan S., Savage M. N. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism: Third generation review. *Journal of Autism and Developmental Disorders.* 2021 Nov; 51(11): 4013–32.
161. Roberts J. M., Williams K., Smith K., Campbell L. *Autism spectrum disorder: Evidence-based/evidence-informed good practice for supports provided to preschool children, their families and carers.* Report prepared for the National Disability Insurance Agency (NDIA). 2016 Feb.
162. Bishop-Fitzpatrick L., Minshew N. J., Eack S. M. A Systematic Review of Psychosocial Interventions for Adults with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord.* 2013; 43(3): 687–94.
163. Odom S. L., Collet-Klingenberg L., Rogers S. J., Hatton D. D. Evidence-Based Practices in Interventions for Children and Youth with Autism Spectrum Disorders. *Prev Sch Fail.* 2010; 54(4): 275–82.
164. Callahan K., Hughes H. L., Mehta S, Toussaint K. A., Nichols S. M., Ma P. S. et al. Social Validity of Evidence-Based Practices and Emerging Interventions in Autism. *Focus Autism Other Dev Disabl.* 2017; 32(3): 188–97.
165. Glumbic N. P., Grujicic R., Stupar S., Petrovic S., Pejovic Milovancevic M. Positive effects of the Caregiver Skill Training Program on children with developmental disabilities: Experiences from Serbia. *Frontiers in Psychiatry.* 2022 Jun 3: 1181.
166. Kasari C., Rotheram-Fuller E., Locke J., Gulrud A. Making the connection: randomized controlled trial of social skills at school for children with autism spectrum disorders. *J Child Psychol Psychiatry.* 2012; 53(4): 431–9.

167. Glumbic N., Brojcin B., Djordjevic M. *Specijalna edukacija zasnovana na dokazima: bihevioralne tehnike*. Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju. 2018.
168. Djordjevic M., Brojcin B., Glumbic N. *Multikomponente bihevioralne intervencije*. Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju. 2019.
169. Glumbic N., Djordjevic M., Brojcin B. *Digital Inclusion of People with Autism Spectrum Disorder*. Springer International Publishing AG. In press. 2022.
170. Frazão A., Santos S., Lebre P. Psychomotor intervention practices for children with autism spectrum disorder: a scoping review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2021 Oct; 13: 1–8.
171. Ayres A. J., Robbins J. *Sensory integration and the child: Understanding hidden sensory challenges*. Western psychological services. 2005.
172. *Autism in adults full guidelines*. NICE. (cited 24.09.2022.). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg142/evidence/full-guideline-186587677>
173. National Autism Center. *Addressing the need for evidence-based practice guidelines for autism spectrum disorder*. 2018 Jan 20. <http://www.autismdiagnostics.com/assets/Resources/NSP2.pdf>
174. Benevides T. W., Shore S. M., Andresen M. L., Caplan R., Cook B., Gassner D. L., Erves J. M., Hazlewood T. M., King M. C., Morgan L., Murphy L. E. Interventions to address health outcomes among autistic adults: A systematic review. *Autism*. 2020 Aug; 24(6): 1345–59.
175. Russell A., Gaunt D. M., Cooper K., Barton S., Horwood J., Kessler D., Metcalfe C., Ensum I., Ingham B., Parr J. R., Rai D., Wiles N. The feasibility of low-intensity psychological therapy for depression co-occurring with autism in adults: The Autism Depression Trial (ADEPT) – a pilot randomised controlled trial. *Autism*. 2020 Aug; 24(6): 1360–1372.
176. Conner C. M., White S. W. Brief Report: Feasibility and Preliminary Efficacy of Individual Mindfulness Therapy for Adults with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2018 Jan; 48(1): 290–300.
177. Sizoo B. B., Kuiper E. Cognitive behavioural therapy and mindfulness based stress reduction may be equally effective in reducing anxiety and depression in adults with autism spectrum disorders. *Res Dev Disabil*. 2017 May; 64: 47–55.
178. McVey A. J., Dolan B. K., Willar K. S., Pleiss S., Karst J. S., Casnar C. L., Caiozzo C., Vogt E. M., Gordon N. S., Van Hecke A. V. A Replication and Extension of the PEERS® for Young Adults Social Skills Intervention: Examining Effects on Social Skills and Social Anxiety in Young Adults with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2016 Dec; 46(12): 3739–3754.
179. Custer T. N., Stiehl C. M., Lerman D. C. Outcomes of a practical approach for improving conversation skills in adults with autism. *J Appl Behav Anal*. 2021 Jan; 54(1): 309–333.
180. Mavranzeouli I., Megnin-Viggars O., Cheema N., Howlin P., Baron-Cohen S., Pilling S. The cost-effectiveness of supported employment for adults with autism in the United Kingdom. *Autism*. 2014 Nov; 18(8): 975–84.
181. García-Villamisar D., Dattilo J. Social and clinical effects of a leisureprogramme on adults with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2011; (5): 246–253.
182. Hare D. J., Pratt C., Burton M., Bromley J., Emerson E. The health and social care needs of family carers supporting adults with autistic spectrum disorders. *Autism*. 2004 Dec; 8(4): 425–44.
183. Volkmar F., Cook E. H., Pomeroy J., Realmuto G., Tanguay P. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with autism and other pervasive developmental disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Working Group on Quality Issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 38(12 Suppl): 32S–54S.
184. Latas M., Ivković M., Janjić V. *Farmakoterapija u psihijatriji*. Beograd: Cedup. 2018.
185. Intercollegiate Guidelines Network S. *Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders*. (SIGN Guideline No 98). 2007. <http://www.autismeurope.org/wp-content/uploads/2017/08/Assessment-diagnosis-and-clinical-interventions-for-children-and-young-people-with-ASD.pdf>
186. Goel R., Hong J. S., Findling R. L., Ji N. Y. An update on pharmacotherapy of autism spectrum disorder in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*. 2018 Jan 2; 30(1): 78–95.
187. Coury D. L., Anagnostou E., Manning-Courtney P., Reynolds A., Cole L., McCoy R. et al. Use of Psychotropic Medication in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*. 2012; 130(Supplement 2): S69–76.
188. Cleare A., Pariante C., Young A., Anderson I., Christmas D., Cowen P. et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. Nutt D. J., Blier P., editors. *J Psychopharmacol*. 2015; 29(5): 459–525.

189. Zhou M. S., Nasir M., Farhat L. C., Kook M., Artukoglu B. B., Bloch M. H. Meta-analysis: Pharmacologic Treatment of Restricted and Repetitive Behaviors in Autism Spectrum Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021 Jan; 60(1): 35–45.
190. King B. H., Hollander E., Sikich L., McCracken J. T., Scahill L., Bregman J. D. et al. Lack of Efficacy of Citalopram in Children With Autism Spectrum Disorders and High Levels of Repetitive Behavior. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(6): 583.
191. Gordon C. T., State R. C., Nelson J. E., Hamburger S. D., Rapoport J. L. A double-blind comparison of clomipramine, desipramine, and placebo in the treatment of autistic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1993; 50(6): 441–7.
192. Boaden K., Tomlinson A., Cortese S., Cipriani A. Antidepressants in Children and Adolescents: Meta-Review of Efficacy, Tolerability and Suicidality in Acute Treatment. *Front Psychiatry*. 2020 Sep 2; 11: 717.
193. Anderson L. T., Campbell M., Adams P., Small A. M., Perry R., Shell J. The effects of haloperidol on discrimination learning and behavioral symptoms in autistic children. *J Autism Dev Disord*. 1989; 19(2): 227–39.
194. Campbell M., Anderson L. T., Small A. M., Perry R., Green W. H., Caplan R. The effects of haloperidol on learning and behavior in autistic children. *J Autism Dev Disord*. 1982; 12(2): 167–75.
195. Campbell M., Anderson L. T., Meier M., Cohen I. L., Small A. M., Samit C. et al. A Comparison of Haloperidol and Behavior Therapy and Their Interaction in Autistic Children. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1978; 17(4): 640–55.
196. Anderson L. T., Campbell M., Grega D. M., Perry R., Small A. M., Green W. H. Haloperidol in the treatment of infantile autism: effects on learning and behavioral symptoms. *Am J Psychiatry*. 1984; 141(10): 1195–202.
197. Campbell M., Armenteros J. L., Malone R. P., Adams P. B., Eisenberg Z. W., Overall J. E. Neuroleptic-Related Dyskinesias in Autistic Children: A Prospective, Longitudinal Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(6): 835–43.
198. Sifis S., Çıray O., Wu H., Schneider-Thoma J., Bighelli I., Krause M. et al. Pharmacological and dietary-supplement treatments for autism spectrum disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Mol Autism*. 2022 Mar 4; 13(1): 10.
199. McCracken J. T., McGough J., Shah B., Cronin P., Hong D., Aman M. G. et al. Risperidone in Children with Autism and Serious Behavioral Problems. *N Engl J Med*. 2002; 347(5): 314–21.
200. Shea S., Turgay A., Carroll A., Schulz M., Orlik H., Smith I. et al. Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders. *Pediatrics*. 2004; 114(5): e634–41.
201. Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network. Risperidone Treatment of Autistic Disorder: Longer-Term Benefits and Blinded Discontinuation After 6 Months. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(7): 1361–9.
202. McDougle C. J., Scahill L., Aman M. G., McCracken J. T., Tierney E., Davies M. et al. Risperidone for the Core Symptom Domains of Autism: Results From the Study by the Autism Network of the Research Units on Pediatric Psychopharmacology. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(6): 1142–8.
203. LeClerc S., Easley D. *Pharmacological therapies for autism spectrum disorder: a review*. P T. 2015; 40(6): 389–97.
204. Hollander E., Wasserman S., Swanson E. N., Chaplin W., Schapiro M. L., Zagursky K. et al. A Double-Blind Placebo-Controlled Pilot Study of Olanzapine in Childhood/ Adolescent Pervasive Developmental Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006; 16(5): 541–8.
205. Coleman D. M., Adams J. B., Anderson A. L., Frye R. E. Rating of the Effectiveness of 26 Psychiatric and Seizure Medications for Autism Spectrum Disorder: Results of a National Survey. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2019 Mar; 29(2): 107–23.
206. McClellan L., Dominick K. C., Pedapati E. V., Wink L. K., Erickson C. A. Lurasidone for the treatment of irritability and anger in autism spectrum disorders. *Expert Opin Investig Drugs*. 2017; 26(8) :985–9.
207. Ventura P., de Giambattista C., Spagnoletta L., Trerotoli P., Cavone M., Di Gioia A. et al. Methylphenidate in Autism Spectrum Disorder: A Long-Term Follow up Naturalistic Study. *J Clin Med*. 2020 Aug 7; 9(8): 2566.
208. Rodrigues R., Lai M. C., Beswick A., Gorman D. A., Anagnostou E., Szatmari P. et al. Practitioner Review: Pharmacological treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children and youth with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2021 Jun; 62(6): 680–700.
209. Constantino J. N., Majmudar P., Bottini A., Arvin M., Virkud Y., Simons P. et al. Infant head growth in male siblings of children with and without autism spectrum disorders. *J Neurodev Disord*. 2010; 2(1): 39–46.
210. Sablaban I. M., Sivananthan M. *Letter to the Editor: Treating Autism-Associated Sexual Compulsions with Naltrexone*. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2020 Dec; 30(10): 620.

211. Qi X. R., Zhang L. The Potential Role of Gut Peptide Hormones in Autism Spectrum Disorder. *Front Cell Neurosci.* 2020 Mar 31; 14: 73.
212. Sikich L., Kolevzon A., King B. H., McDougle C. J., Sanders K. B., Kim S. J. et al. Intranasal Oxytocin in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *N Engl J Med.* 2021 Oct 14; 385(16): 1462–73.
213. Malow B. A., Findling R. L., Schroder C. M., Maras A., Breddy J., Nir T. et al. Sleep, Growth, and Puberty After 2 Years of Prolonged-Release Melatonin in Children With Autism Spectrum Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2021 Feb; 60(2): 252–261.e3.
214. Kumra S., Oberstar J. V., Sikich L., Findling R. L., McClellan J. M., Vinogradov S. et al. Efficacy and tolerability of second-generation antipsychotics in children and adolescents with schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2008; 34(1): 60–71.
215. Hardan A. Y., Hendren R. L., Aman M. G., Robb A., Melmed R. D., Andersen K. A. et al. Efficacy and safety of memantine in children with autism spectrum disorder: Results from three phase 2 multicenter studies. *Autism.* 2019 Nov; 23(8): 2096–2111.
216. Soorya L. V., Fogg L., Ocampo E., Printen M., Youngkin S., Halpern D. et al. Neurocognitive Outcomes from Memantine: A Pilot, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2021 Sep; 31(7): 475–84.
217. Aran A., Harel M., Cassuto H., Polyansky L., Schnapp A., Wattad N. et al. Cannabinoid treatment for autism: a proof-of-concept randomized trial. *Mol Autism.* 2021 Feb 3; 12(1): 6.
218. Kato Y., Kuwabara H., Okada T., Munesue T., Benner S., Kuroda M. et al. Oxytocin-induced increase in N,N-dimethylglycine and time course of changes in oxytocin efficacy for autism social core symptoms. *Mol Autism.* 2021 Feb 23; 12(1): 15.
219. Chez M., Kile S., Lepage C., Parise C., Benabides B., Hankins A. A Randomized, Placebo- Controlled, Blinded, Crossover, Pilot Study of the Effects of Dextromethorphan/ Quinidine for the Treatment of Neurobehavioral Symptoms in Adults with Autism. *J Autism Dev Disord.* 2020 May; 50(5): 1532–8.
220. Wichers R. H., Findon J. L., Jelsma A., Giampietro V., Stoencheva V., Robertson D. M. et al. Modulation of atypical brain activation during executive functioning in autism: a pharmacological MRI study of tianeptine. *Mol Autism.* 2021 Feb 19; 12(1): 14.
221. Jeon H. J., Woo J. M., Lee S. H., Kim E. J., Chung S., Ha J. H. et al. Improvement in Subjective and Objective Neurocognitive Functions in Patients With Major Depressive Disorder: A 12- Week, Multicenter, Randomized Trial of Tianeptine Versus Escitalopram, the CAMPION Study. *J Clin Psychopharmacol.* 2014 Apr; 34(2): 218–25.
222. Brondino N., Fusar-Poli L., Rocchetti M., Provenzani U., Barale F., Politi P. Complementary and Alternative Therapies for Autism Spectrum Disorder. *Evidence-Based Complement Altern Med.* 2015; 1–31.
223. Seiverling L. J., Williams K. E., Ward-Horner J., Sturmey P. Interventions to Treat Feeding Problems in Children with Autism Spectrum Disorders: A Comprehensive Review. In: *International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders.* New York, NY: Springer New York. 2011; 491–508.
224. Cohen S., Conduit R., Lockley S. W., Rajaratnam S. M., Cornish K. M. The relationship between sleep and behavior in autism spectrum disorder (ASD): a review. *J Neurodev Disord.* 2014; 6(1): 44.
225. McLay L-LK, France K. Empirical research evaluating non-traditional approaches to managing sleep problems in children with autism. *Dev Neurorehabil.* 2014 Apr 11; 19(2): 1–12.
226. Barton E. E., Reichow B., Schnitz A., Smith I. C., Sherlock D. A systematic review of sensory-based treatments for children with disabilities. *Res Dev Disabil.* 2015; 37: 64–80.
227. Ung D., Selles R., Small B. J., Storch E. A. A Systematic Review and Meta-Analysis of Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in Youth with High-Functioning Autism Spectrum Disorders. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2015; 46(4): 533–47.
228. *Autism in Scotland's Schools Crisis or Challenge?* | Scottish Autism. 2002. <http://www.scottishautism.org/about-autism/strategy-policy-and-initiatives/autism-policy/autism-scotland's-schools-crisis-or>
229. Gregor E. M. C., Campbell E. The Attitudes of Teachers in Scotland to the Integration of Children with Autism into Mainstream Schools. *Autism.* 2001; 5(2): 189–207.
230. Kennedy T., Regehr G., Rosenfield J., Roberts S. W., Lingard L. Exploring the gap between knowledge and behavior: a qualitative study of clinician action following an educational intervention. *Acad Med.* 2004; 79(5): 386–93.
231. Rivers J. W., Stoneman Z. Sibling Relationships When a Child Has Autism: Marital Stress and Support Coping. *J Autism Dev Disord.* 2003; 33(4): 383–94.
232. Eisenhower A. S., Baker B. L., Blacher J. Preschool children with intellectual disability: syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being. *J Intellect Disabil Res.* 2005; 49(Pt 9): 657–71.

233. Bristol M. M., Gallagher J. J., Schopler E. Mothers and fathers of young developmentally disabled and nondisabled boys: Adaptation and spousal support. *Dev Psychol.* 1988; 24(3): 441–51.
234. Montes G., Halterman J. S. Child Care Problems and Employment Among Families With Preschool-Aged Children With Autism in the United States. *Pediatrics.* 2008; 122(1): e202–8.
235. Pain H. Coping with a child with disabilities from the parents' perspective: the function of information. *Child Care Health Dev.* 1999; 25(4): 299–312.
236. Whitaker P. Supporting Families of Preschool Children with Autism. *Autism.* 2002; 6(4): 411–26.
237. Brogan C. A., Knussen C. The Disclosure of a Diagnosis of an Autistic Spectrum Disorder. *Autism.* 2003; 7(1): 31–46.
238. Howlin P., Moore A. Diagnosis in Autism. *Autism.* 1997; 1(2): 135–62.
239. Osborne L. A., Reed P. Parents' perceptions of communication with professionals during the diagnosis of autism. *Autism.* 2008; 12(3): 309–24.
240. Bitsika V. An exploratory examination of the effects of support groups on the well-being of parents of children with autism. *Journal of Applied Health Behaviour.* 1999; 1: 16–22.
241. Law M., King S., Stewart D., King G. The perceived effects of parent-led support groups for parents of children with disabilities. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2001; 21(2–3): 29–48.
242. Eaves L. C., Ho HH. The Very Early Identification of Autism: Outcome to Age 4½–5. *J Autism Dev Disord.* 2004; 34(4): 367–78.
243. Mohd Roffeei S. H., Abdullah N., Basar S. K. R. Seeking social support on Facebook for children with Autism Spectrum Disorders (ASDs). *Int J Med Inform.* 2015 May; 84(5): 375–85.
244. Newsome W. S. Parental Perceptions During Periods of Transition: Implications for Social Workers Serving Families Coping with Autism. *J Fam Soc Work.* 2001; 5(2): 17–31.
245. Ђорђевић М., Глумбић Н., Банковић С. Социјална валидност групних сусрета у клубу за младе из перспективе особа са високофункционалним аутизмом. *Београдска дефектолошка школа.* 2020; 26(2): 9–18.
246. Међународна конвенција о правима особа са инвалидитетом, Ојшћи коментар бр. 4 о праву на инклузивно образовање Комитет за права особа са инвалидитетом, Уједињене нације. 2016.
247. Закон о основама система образовања и васпитања, *Службени гласник РС* 88/2017, 27/2018 – др. закон, 10/2019, 27/2018 – др. закон, 6/2020 и 129/2021.
248. Закон о предшколском васпитању и образовању, *Службени гласник РС* 18/2010, 101/2017, 113/2017 – др. закон, 95/2018 – др. закон, 10/2019, 86/2019 – др. закон, 157/2020 – др. закон, 123/2021 – др. закон и 129/2021.
249. Мишкељин Л., Врањешевић Ј., Јовановић О., Лазаревић М., Томашевић Т. *Водич за укључивање деце са сметњама у развоју у систем предшколског васпитања и образовања.* Филозофски факултет Универзитета у Београду, Институт за педагогију и андрагогију. 2021.
250. Правилник о ближим условима за утврђивање приоритета за упис деце у предшколску установу, *Службени гласник РС* 44/2011.
251. Закон о основном образовању и васпитању, *Службени гласник РС* 55/2013, 101/2017, 10/2019, 27/2018 – др. закон и 129/2021.
252. Правилник о додатној образовној, здравственој и социјалној подршци детету, ученику и одраслом, *Службени гласник РС* 80 од 24. октобра 2018.
253. Михајић И. *Оквир модела: Укључивање деце са сметњама у развоју у систем предшколског васпитања и образовања.* Београд. 2018.
254. Закон о средњем образовању и васпитању, *Службени гласник РС* 55/2013, 101/2017, 27/2018 – др. закон, 6/2020, 52/2021, 129/2021 и 129/2021 – др. закон.
255. Правилник о ближим упутствима за утврђивање права на индивидуални образовни план, његову примену и вредновање, *Службени гласник РС* 74/2018.
256. Златаровић В., Михајловић М. *Карика која недосијаје – Механизми подршке деци са сметњама при преласку на следећи ниво обавезног образовања у „редовном образовном систему“.* Београд: ЦИП – Центар за интерактивну педагогију. 2013.
257. Закон о социјалној заштити, *Службени гласник РС* 24/2011.
258. Хилтон Д. *Саветовање родитеља хронично оболеле или деце ометене у развоју.* Београд: Институт за ментално здравље. 1995.
259. *Породични сарадник – Приручник за јурање услуге*, Републички завод за социјалну заштиту, <http://www.zavods.gov.rs/media/1327/prirucnik-za-pruzanje-usluge.pdf>
260. Породични закон, *Службени гласник РС* 18/2005, 72/2011 – др. закони, 6/2015.

261. Закон о финансијској подршци породици са децом, *Службени гласник РС* 113/2017, 50/2018, 46/2021 – Одлука УС РС, 51/2021 – Одлука УС РС и 53/2021 – Одлука УС РС, 66/2021 и 130/2021.
262. Правилник о организацији, нормативима и стандардима рада центра за социјални рад, *Службени гласник РС* 59/2008, 37/2010, 39/2011 – др. правилник и 1/2012 – др. правилник, 51/2019 и 12/2020
263. Dunst C. J., Trivette C. M., Hamby D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 2007; 13(4): 370–378
264. Ferreira R. D. C., Alves C. R. L., Guimarães M. A. P., Menezes K. K. P. D., Magalhães L. D. C. Effects of early interventions focused on the family in the development of children born preterm and/or at social risk: a meta-analysis. *Jornal de Pediatria*. 2020; 96: 20–38
265. Jeong J., Franchett E. E., Ramos de Oliveira C. V., Rehmani K., Yousafzai A. K. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2021; 18(5): e1003602.
266. Dunst C. J., Espe-Sherwindt M. Family-centered practices in early childhood intervention. In *Handbook of early childhood special education*. Springer, Cham. 2016; 37–55.

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

616.89-008.48(035)

159.922.76-056.34(035)

364.62(035)

159.922-056.34(035)

СМЕРНИЦЕ за скрининг, дијагностику и интервенцију за децу и одрасле са поремећајем из спектра аутизма / [уредник Милица Пејовић Милованчевић]. – Београд : Институт за ментално здравље, 2023 (Београд : Досије студио). – 152 стр. : илустр. ; 30 cm

Тираж 500. – Стр. 7–8: Предговор / Вероника Ишпановић Радојковић. – Библиографија: стр. 141–152

ISBN 978-86-82277-75-0

а) Аутизам -- Приручници

б) Аутистична деца -- Социјално старање -- Приручници

в) Аутистичне особе -- Социјално старање -- Приручници

COBISS.SR-ID 111532553



ISBN 978-86-82277-75-0



9 788682 277750