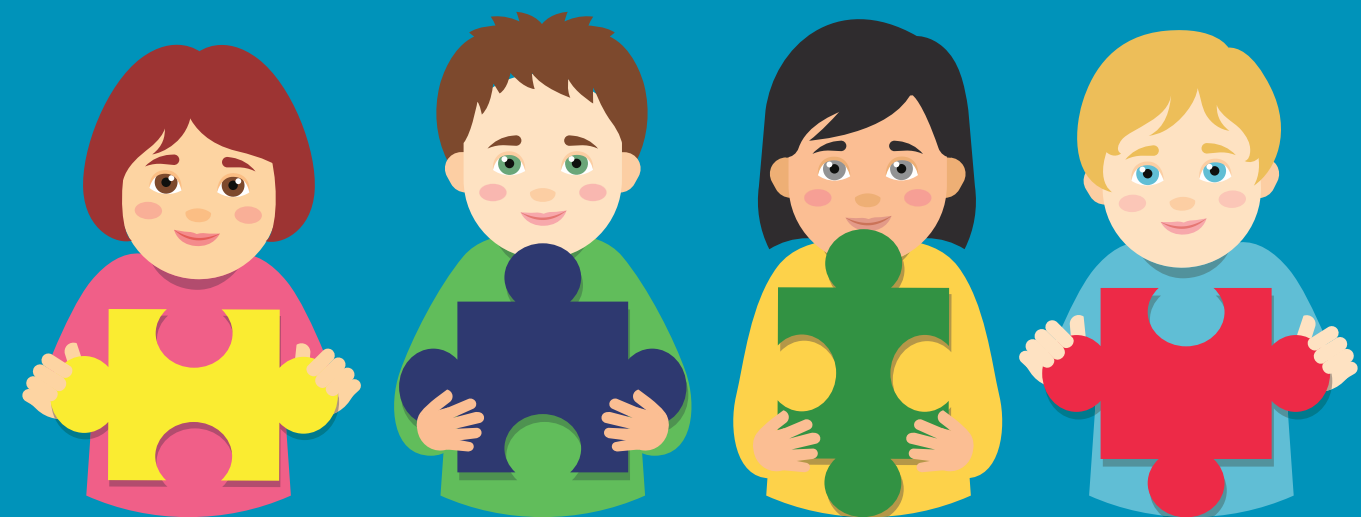




Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА

СМЕРНИЦЕ ЗА СКРИНИНГ, ДИЈАГНОСТИКУ И ИНТЕРВЕНЦИЈЕ КОД ДЕЦЕ СА ПОРЕМЕЋАЈЕМ ИЗ СПЕКТРА АУТИЗМА

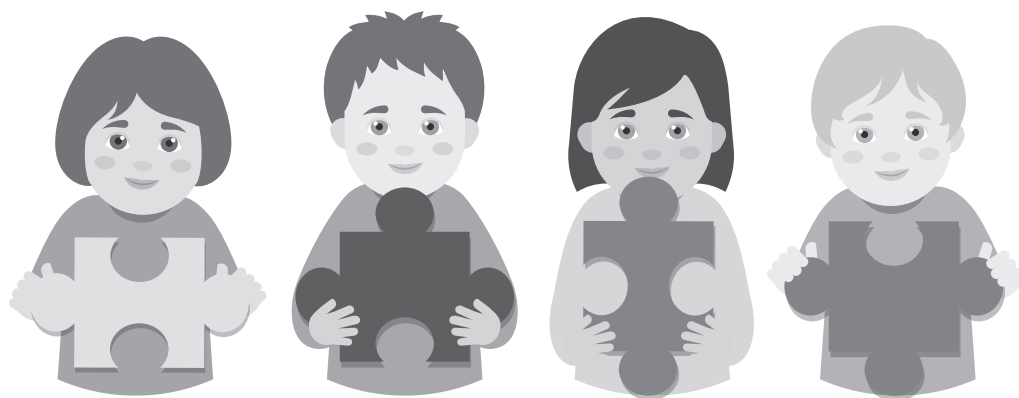


Београд, 2018.



Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА

СМЕРНИЦЕ ЗА СКРИНИНГ, ДИЈАГНОСТИКУ И ИНТЕРВЕНЦИЈЕ КОД ДЕЦЕ СА ПОРЕМЕЋАЈЕМ ИЗ СПЕКТРА АУТИЗМА



Београд, 2018.

СМЕРНИЦЕ ЗА СКРИНИНГ, ДИЈАГНОСТИКУ И ИНТЕРВЕНЦИЈЕ
КОД ДЕЦЕ СА ПОРЕМЕЋАЈЕМ ИЗ СПЕКТРА АУТИЗМА

Издавач

Министарство здравља Републике Србије

За издавача

Др Златибор Лончар, министар

Радна група за унапређење рада са децом и породицама деце са поремећајем из спектра аутизма

Уредник/уредница

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

Аутори (по азбучном реду)

Лела Вељковић, Републички завод за социјалну заштиту, Београд

Проф. др Ненад Глумбић, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

Биљана Којовић, Група за образовање мањина, социјалну инклузију и заштиту од насиља и дискриминације

Проф. др Анета Лакић, Клиника за неурологију и психијатрију за децу и омладину, Београд

Прим. др Јасминка Марковић, Клиника за психијатрију – Клинички центар Војводине, Нови Сад

Весна Петровић, Савез удружења Србије за помоћ особама са аутизмом

Доц. Јелена Радосављев-Крићански, Факултет за медије и комуникацију, Универзитет Сингидунум, Институт за ментално здравље, Београд

Др Ненад Рудић, Институт за ментално здравље, Београд

Доц. др Миодраг Станковић, Клиника за заштиту менталног здравља, Клинички центар Ниш

Др Мирјана Шуловић, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд

Др Јелена Зајегановић-Јаковљевић, UNICEF у Србији

Др Снежана Здравковић, Дом здравља Ниш

Рецензенти

Проф. др Вероника Ишпановић Радојковић, редовни професор Факултета за специјалну едукацију и рехабилитацију Универзитета у Београду, у пензији

Проф. др Радован Богдановић, председник Удружења педијатара Србије

Andy Shih, Ph. D., Senior Vice President, Public Health and Inclusion, Autism Speaks

Лектура Владо Ђукановић

Дизајн Агенција Формат

Штампа Агенција Формат

Тираж 50

Штампано 2018. године

Изводи из рецензија

„Смернице су превасходно намењене стручњацима који раде у здравственом систему с децом предшколског и школског узраста и прате развој детета од најранијег узраста (педијатрима, патронажним сестрама, члановима тимова развојних саветовалишта, стручњацима из области дечје и адолесцентне психијатрије, дечје неурологије). Поред тога, Смернице садрже и бројне информације које су корисне стручњацима из других релевантних сектора (образовање, социјална заштита), затим организацијама цивилног друштва опредељених за помоћ деци са ПСА и њиховим породицама, као и свим родитељима који имају децу са ПСА. Оне могу помоћи и доносиоцима одлука на свим нивоима да ускладе своје политике и усмере програме и средства са препорукама за унапређење права положаја деце са ПСА садржаним у Смерницама, које су засноване на доказима. Обимна и сложена материја која се износи у Смерницама написана је јасним језиком и стилем, што је чини приступачном и корисном стручњацима разних профила који се баве децом са сметњама у развоју, посебно децом са ПСА, родитељима, али и доносиоцима политика на државном и локалном нивоу. Имајући у виду реформу у нашој средини у области здравства, образовања и социјалне заштите, у којима је један од приоритета остваривање права особа са сметњама у развоју, укључујући права деце са ПСА на квалитетну здравствену и социјалну заштиту и право да буду укључена у све видове живота заједнице којој припадају, може се рећи да ове Смернице долазе у прави час и топло препоручујем њихово штампање.“

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

„Педијатри у Србији су од пре пет година започели с интензивним обукама у области раног развоја, и то кроз курсеве са садржајем који одговара потребама стицања нових знања и вештина за рано препознавање, ране интервенције, скрининг целе популације на кашњења и развојне тешкоће и сметње, као и праћење развоја деце са сметњама. Ове Смернице се надовезују управо на потребу стицања додатних знања педијатара у области ПСА. Посебно значајан сегмент Смерница је онај који јасно указује на начин којим педијатар у разговору с родитељима може да препозна који су то кључни рани знаци, односно на који начин педијатар треба да поступи у случај да посумња да се код детета потенцијално може развити ПСА. С тим у вези, Смернице ће побољшати капацитете педијатара за рано откривање ПСА, што је од изузетне важности за спровођење раних интервенција неопходних за бољу функционалност ове деце. Посебно сматрам да ће Смернице бити корисне колегама које раде у развојним саветовалиштима. Детаљно описани делови Смерница везани за етиологију, дијагностику и интервенције послужиће свима који раде с децом овог узраста. Смернице помажу у превазилажењу одређе-

них неистина и заблуда везаних за етиологију (нпр. веза вакцина и ПСА) и дају јасно препоручена третмане и другу врсту подршке за ову децу, односно њихове породице.“

Проф. др Радован Богдановић, педијатар,
председник Удружења педијатара Србије

“By providing a clear and comprehensive overview of the current scientific understanding of autism and evidence-based clinical practices, this guideline will be an authoritative and invaluable resource for Serbian professionals, families and other stakeholders for years to come.” [„Смернице нуде јасан и свеобухватан поглед на актуелно научно разумевање аутизма и клиничке праксе засноване на доказима и зато ће, у годинама које долазе, бити поуздан и изузетно користан извор информација за професионалце, породице и доносиоце одлука у Србији.“]

Andy Shih, Ph. D.
Senior Vice President, Public Health and Inclusion, Autism Speaks

Захвалнице

Ова публикација настала је у оквиру програма сарадње Министарства здравља Републике Србије и UNICEF-а, који је усмерен на јачање система здравствене заштите како би тај систем унапредио своје капацитете за пружање подршке деци у најранијем детињству и њиховим породицама, са посебним освртом на социјално угрожену популацију деце и децу са тешкоћама и сметњама у развоју. Реализацију ове активности стручно је предводила Посебна радна група Министарства здравља Републике Србије, а логистичку подршку је пружило Друштво за дечју и адолесцентну психијатрију и сродне струке (ДЕАПС).

Посебно желимо да се захвалимо др Andy Shih, Станислави Вучковић, Драгани Сретенов, Благоју Вучинићу, др Марку Јелисавчићу и др Роберту Грујичићу на подршци и помоћи приликом израде ових смерница.

Реч министра

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

Препознајући потребу за унапређењем услуга, права и положаја деце са поремећајем из спектра аутизма (ПСА), која представљају једну од најосетљивијих група деце са инвалидитетом и сметњама у развоју, Министарство здравља Републике Србије образовало је априла 2017. године 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 истакнути стручњаци из области дечје и адолесцентне психијатрије, педијатрије, социјалне медицине, клиничке психологије, специјалне едукације, предшколског образовања и социјалне заштите. Представници удружења родитеља и UNICEF-а су такође чланови Радне групе.

Кључни задаци Радне групе били су израда Националног водича за здравствени систем (смерница) и предлагање мера интервенција у раду са децом која имају поремећаје из спектра аутизма. Намера чланова Радне групе и аутора Смерница је да се стручњацима који раде са децом и непосредно са децом са ПСА и њиховим породицама обједињено понуде све доступне и актуелне информације о дефиницији, етиологији, класификацији и на доказима заснованим методама скрининга, процене, дијагностике и интервенција код деце са ПСА. Монографија „Смернице за скрининг, дијагностику и интервенције са децом с поремећајем из спектра аутизма“ заснива се на најбољим доказима који су били доступни у време када је писана.

Др Златибор Лончар,
министар здравља Републике Србије

Садржај

УВОД	9
Међународни оквир.....	9
Право на остварење услуга у Србији.....	10
Основне информације.....	11
Циљ смерница	11
Коме су намењене (циљна група)	12
Развој смерница	13
ДЕФИНИЦИЈА И КЛАСИФИКАЦИЈА	15
Категоријални приступ	16
Димензионални приступ.....	16
ЕПИДЕМИОЛОГИЈА ПСА	17
ЕТИОЛОГИЈА ПСА	18
Генетска и медицинска стања повезана са ПСА	18
Неуробиологија у ПСА	19
Имунолошки фактори.....	20
Епигенетски фактори	20
Средински фактори ризика за ПСА.....	21
ПРАЋЕЊЕ РАЗВОЈА – РАНО ПРЕПОЗНАВАЊЕ	23
Претраге у циљу раног препознавања ПСА.....	24
ДИЈАГНОСТИЧКА ПРОЦЕНА	29
Компоненте дијагностичке процене	30
ДЕТАЉНА ФУНКЦИОНАЛНА РАЗВОЈНА ПРОЦЕНА	33
Индивидуална процена	34
Вештине комуникације	34
Процена когнитивног, неуропсихолошког и адаптивног функционисања	34
Моторне и сензорне вештине	35
СТАЊА ПОВЕЗАНА СА ПСА	37
Биомедицинска истраживања.....	38
ИНТЕРВЕНЦИЈЕ	41
Рана интервенција.....	41
Планирање и спровођење интервенција	42
Интервенције засноване на доказима.....	43
Развојни приступи	45
Бихевиоралне интервенције.....	46

Посредоване интервенције	47
Друге интервенције	48
Интервенције специфичне за ПСА.....	49
Интервенције усмерене на регулисање придружених проблема.....	50
Фармаколошке интервенције за децу и младе	52
Општи принципи фармаколошких интервенција за децу/младе са ПСА	52
Антидепресиви	53
Трициклични антидепресиви	53
Антипсихотици	53
Атипични антипсихотици	54
Психостимуланси и други лекови за третман хиперактивности, проблема пажње и концентрације	54
Остали лекови	55
ИСХОД	59
Обезбеђивање сервиса подршке детету и породици	60
Едукација професионалаца	61
Подршка у сусрет потребама.....	61
Обезбеђивање информација.....	62
У време постављања дијагнозе	63
Подршка за време транзиције.....	63
Едукација родитеља	64
Системи подршке	64
Социјална подршка	66
Породице и деца са сметњама у развоју као корисници права и услуга у ССЗ.....	67
Подршка у оквиру заједнице.....	68
АНЕКС 1: ДИЈАГНОСТИЧКИ КРИТЕРИЈУМИ.....	70
АНЕКС 2: Знаци упозорења за ПСА	76
АНЕКС 3: ИНДИВИДУАЛНИ ОБРАЗОВНИ ПЛАН	78
АНЕКС 4: ВРСТЕ ПОДРШКЕ У ОБРАЗОВАЊУ (11).....	80
АНЕКС 5: ИНТЕРРЕСОРНА КОМИСИЈА.....	83
АНЕКС 6: ДОДАТНА ПОДРШКА ЗА КОЈУ ЈЕ ПОТРЕБНО МИШЉЕЊЕ ИНТЕРРЕСОРНЕ КОМИСИЈЕ	84
АНЕКС 7: ПЕДАГОШКИ И АНДРАГОШКИ АСИСТЕНТ.....	86
АНЕКС 8: ЈАВНА ОВЛАШЋЕЊА ЦСР	87
АНЕКС 9: ВРСТЕ МАТЕРИЈАЛНЕ ПОДРШКЕ И УСЛУГА У ССЗ	89
Литература	93



УВОД

Деца са поремећајем из спектра аутизма (ПСА) чине једну од најосетљивијих група; та деца имају отежан приступ одговарајућим услугама и ретко достижу или одржавају задовољавајући ниво развоја и здравља. Деца са поремећајем из спектра аутизма припадају групи деце са инвалидитетом и сметњама у развоју, а без додатне подршке у области здравствене заштите, рехабилитације, социјалне заштите, образовања и васпитања одрастања у породичном окружењу, развој и здравље деце могу бити озбиљно угрожени.

Међународни оквир

Потреба за заштитом и унапређењем права деце са инвалидитетом и сметњама у развоју је препозната у кровним међународним конвенцијама које је ратификовала и Република Србије. Конвенција о правима детета уводи забрану свих врста дискриминације на основу инвалидитета и обавезу 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 дошло је до редефинисања концепта инвалидитета и померања фокуса 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) (1).

Резолуција УН, која је усмерена на социо-економске потребе појединаца, породица и друштва повезане са ПСА и другим развојним сметњама и инвалидитетом (усвојена 2014), указује 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 везаним за развој 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 са ПСА и другим развојним сметњама и тешкоћама,
- мора развити адекватна инфраструктура за заједнички приступ, укључујући образовање, негу, подршку, интервенцију, сервисе и рехабилитацију деце са ПСА и деце 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 интервенцијама, који се мора заснивати на доказима.

Сметње и тешкоће у развоју, нарочито ПСА, препознала 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 са сметњама у развоју и инвалидитетом, деца се и даље суочавају са значајним тешкоћама у погледу доступности и квалитета социјалних, здравствених и образовних услуга, а њихове породице се суочавају са проблемима сиромаштва и недовољне финансијске подршке за додатне трошкове инвалидности (2).

Здравствени систем је један од система који има најснажнији утицај на добробит деце са сметњама у развоју и инвалидитетом, како због тога што је то први систем који може да пружи подршку детету и породици, тако и због значаја здравствене подршке (3). Законодавни и стратешки оквир у Републици Србији гарантује универзалну доступност здравствених услуга за сву децу, а тренутно се развија и унапређује мрежа развојних саветовалишта, кроз коју би се деци са сметњама у развоју већ на примарном нивоу здравствене заштите пружила индивидуализована и прилагођена подршка (4).

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 дистрибуира-

на, 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. Значајан напредак у евиденцији се очекује када се уведе Регистар деце са сметњама у развоју, а Министарство здравља је приступило изради смерница за скрининг, дијагностику и третман деце са одређеним тешкоћама и сметњама у развоју. Пред вама су смернице за скрининг, дијагностику и интервенције са децом с поремећајем из спектра аутизма.

Основне информације

Поремећај из спектра аутизма (ПСА) представља развојни поремећај чија се преваленција последњих година повећава и који се све више проучава и разматра. Сви стручњаци укључени у рад са децом с овим 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 овој групи деце и њиховим породицама.

Рано препознавање симптома карактеристичних за ПСА и постављање правовремене дијагнозе представља изазов и подразумева одговорност стручњака да се ови поступци реализују на што ранијем узрасту како би се интервенције пружиле увремењено. У овом узрасту родитељи су најважнија подршка и ослонац развоју и животу детета. Стога 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, као 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. Овај приступ изузетно је значајан ако се има у виду да су интервенције са децом и младима са ПСА усмерене првенствено на повећање њихове функционалности, тј. 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 ових смерница јесте да се обједине информације о дефиницији, етиологији, класификацији и на доказима заснованим методама скрининга, процене, дијагностике и интервенције с децом и младима 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 са ПСА и њиховим породицама, а заснивају се на најбољим доказима који су били доступни у време када су писане.

У области проучавања ПСА се срећу бројне контроверзе – код стручњака и даље глобално не постоји консензус око скрининга деце на ране знаке овог 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 ових смерница да на једном месту обједини све доступне и актуелне информације и тако породицама и свим стручњацима који се баве ПСА олакша пружање најбоље могуће подршке деци и младима.

У свету су објављене многе смернице сличне намере 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 у потпуности применљиве у нашој средини, па ће ове смернице покушати да прикажу актуелна и постојећа достигнућа у области проучавања ПСА и да их формулишу 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 ову децу и младе нити ће моћи да опишу све прихватљиве методе. Ове смернице прилично јасно упућују на методе скрининга и дијагностике, али не одређују 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 никако да их дефинишу у датом моменту. Смернице позивају на препознавање и удруживање свих расположивих стручних капацитета и дају оквире за деловање засновано на доказима и на најбољој, а применљивој међународној пракси у овој области.

Коме су намењене (циљна група)

Ове 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 тј. здравственим сарадницима развојних саветовалишта, стручњацима из области дечје и адолесцентне психијатрије те дечје неурологије, као и другима који раде са децом са ПСА. Поред 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 просветним и социјалним радницима, стручњацима из локалне заједнице опредељеним за помоћ деци и породицама те невладиним организацијама 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 адолесцената са ПСА моћи лакше да усмере у духу препоручених активности. Смернице су намењене и свим родитељима који имају децу са ПСА.

У будућности се планира развој смерница за помоћ и подршку особама са ПСА у одраслом добу, јер све особе са ПСА током одрастања, а и у одраслом добу, захтевају пуну подршку стручњака, локалне заједнице и друштва у целини.

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.



ДЕФИНИЦИЈА И КЛАСИФИКАЦИЈА

ПСА подразумева широк дијапазон клиничких карактеристика којима се описују сложени развојни поремећаји дефинисани понашањем детета који почињу пре треће године живота. Карактеристични симптоми се дефинишу кроз проблеме у остваривању социјализације и комуникације, односно присуством стереотипних радњи, рестриктивних интересовања и репетитивног понашања (5). Поменути симптоми су неопходни како би се поставила дијагноза ПСА, али спектар заправо подразумева разноликост и сложеност њиховог присуства. Присуство симптома је у сложеној вези с интелектуалним функционисањем особе, због чега је неопходно испитати и когнитивне потенцијале, односно функционалност детета. Особе са ПСА често имају тешкоће везане за когнитивно функционисање, тешкоће у учењу и употреби језика те медицинске и емоционалне проблеме и проблеме у понашању, што захтева додатну пажњу и бригу (6). Око 50% особа са ПСА има интелектуалну ометеност (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) (7). 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, њихове породице и осталих у окружењу, што често води ка социјалној вулнерабилности и искључености из општих друштвених токова.

ПСА је чешћи међу дечама него девојчицама, иако новија истраживања показују да се можда пре ради о недовољном препознавању знакова код девојчица (8, 9). Не постоје докази који би указали да су ПСА удружени са социо-економским статусом породице, односно с расом или националном припадношћу (10).

Сви стручњаци би за циљ требало да имају што ранију идентификацију поремећаја из спектра аутизма. Отуда долази препорука да се сви придржавамо важећих класификационих система, а то је тренутно МКБ-10, односно DSM-5. Очекује се да ће најављена МКБ-11 готово у потпуности усагласити критеријуме са постојећом класификацијом DSM-5.

Постоје два приступа у концептуализацији (класификацији) ПСА: категоријални и димензионални приступ.

Категоријални приступ

Категоријални приступ се користи у важећем класификационом систему болести и стања – МКБ-10 (на крају смерница, у Анексу 1, дати су детаљни описи). У овој класификацији различити поремећаји су описани као одвојени ентитети у групи Первазивни развојни поремећај. Тако су дефинисани дечји аутизам, атипични дечји аутизам, Аспергеров синдром, неспецифични первазивни развојни поремећај и други. Приликом креирања овог дијагностичког система претпоставка је била да се ради о различитим клиничким ентитетима, иако је уочено да се многа карактеристична понашања за сваки ентитет прилично преклапају и да су слична, ако не и иста. Истраживачи и клиничари су уочили да постоје три основна дијагностичка критеријума која имају централно место у дефинисању овог ентитета у важећој класификацији: поремећаји у социјалном функционисању, поремећаји у остваривању комуникације и присуство рестриктивних, репетитивних и стереотипних образаца понашања.

Управо то је био разлог што су последњих година и клиничари и истраживачи истицали неслагање с важећим класификационим системом, пре свега с категоријалном поделом унутар групе первазивних поремећаја. У реалним ситуацијама није било могуће прецизно разграничити разлику између дефинисаног аутизма и других первазивних поремећаја, јер стриктно поштовање постојећих критеријума доводи до тога да деца код које је нпр. дијагностикован неспецифични первазивни развојни поремећај остају без могућности да добију адекватну подршку и помоћ.

Димензионални приступ

Димензионални приступ омогућава дефинисање ПСА кроз параметре који подразумевају тешкоће у социјалној комуникацији, тешкоће у социјалним интеракцијама и присуство репетитивних, стереотипних и рестриктивних образаца понашања (тешкоће у социјалној имагинацији). Коришћењем димензионалног приступа сва деца са широким дијапазоном клиничких стања, симптома и знакова сагледавају се у оквиру дефинисаног ПСА. Димензионални приступ подразумева све первазивне развојне поремећаје описане у МКБ-10 (изузев дезинтегративног поремећаја у детињству и Rett-овог синдрома). Класификација DSM-5 је следила овај дискурс и у Анексу 1 се дају детаљи те класификације. Коришћењем речи „спектар“ омогућава се шире посматрање манифестација.

Препорука ових смерница је да сви клиничари приликом постављања дијагнозе строго поштују важеће критеријуме, било система МКБ-10 било система DSM-5.

У овим смерницама придржаваћемо се више описа DSM-5 из неколико разлога: најављене нове МКБ-11 подразумева уједначавање с постојећим критеријумима у DSM-5; већина истраживања и на доказима заснованим испитивањима, интервенцијама и др. даје се на основу класификационог система DSM-5, чиме се ове смернице приближују општеважећим светским смерницама.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА ПСА

Прве студије преваленције аутизма спроведене током шездесетих и седамдесетих година двадесетог века у Сједињеним Америчким Државама (САД) и Великој Британији (ВБ), процењивале су учесталост 2–4 случаја на 10.000 деце. Ове студије су утицале на став да је аутизам редак поремећај у детињству. Пратећи проширење дијагностичких критеријума током осамдесетих и деведесетих година, студије преваленције аутизма широм света приказују драматичан пораст. Процена преваленције аутизма у САД 2002. године износила је 6–7 на 10.000 деце. Епидемиолошке студије крајем двадесетог века, осим што су прошириле критеријуме за дијагнозу, усвојиле су и концепт ПСА (6). Процена преваленције ПСА међу школском децом узраста 7–12 година у Јужној Кореји (2011) износила је 2,6% (1:38), у Мексику (*Leon survey*) 0,87% (1:115), у Индији 0,23% (2017), у Британији 116 на 10.000 (1:86); последње студије у САД региструју преваленцију од 1,5% (1:68) међу осмогодишњацима, а 2,24% (1:45) у популацији деце 3–17 година (2014) (11–15).

Студије спроведене широм света у периоду после 2000. године нису потпуно упоредиве, али заједнички је тренд пораста у свим земљама, као и већа преваленција код дечака, која се креће између 4–4,5:1.

Преваленција ПСА у многим земљама са ниским и средњим приходом за сада је непозната, а Светска здравствена организација (СЗО) процењује да у свету 1 од 160 деце има ПСА (0,7–1%) (16). Ова процена представља просечну вредност, а последња истраживања процењују учесталост од 2% или чак већу. Недостатак евиденције у већини земаља, посебно у оним са ниским или средњим приходима, указује на потребу уједначавања критеријума за дијагностику и методологије истраживања (16).

На основу епидемиолошких студија спроведених током последњих 50 година изгледа да се преваленција ПСА глобално повећава. Постоји много могућих објашњења за ово очигледно повећање, укључујући подизање свести и знања, проширење дијагностичких критеријума, унапређење дијагностичких инструмената (алата) и боље извештавање. Повећање преваленције је последица и тога што су скорашње студије обухватале целе популације, али се не може искључити ни право повишење инциденције (17). Трећина повећања преваленције ПСА (33%) може се објаснити променом дијагностичких критеријума, 42% укључивањем и амбулантних контаката са здравственим установама, а готово 60% повећања преваленције може објаснити на основу комбинације ове две промене у начину регистровања ПСА (18).

Србија има 7.186.862 становника, од чега 17,6% чине деца, а број деце са сметњама у развоју и инвалидитетом није познат. 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 (19). Просечна старост особа са инвалидитетом добијена путем пописа је десет година виша од просечне старости особа са инвалидитетом из земаља окружења, па се ови резултати не могу узети као репрезентативни за децу са сметњама у развоју и инвалидитетом.

Подаци из истраживања на територији Србије упућују на то да од прве забринутости родитеља до постављања дијагнозе ПСА прође у просеку две године (20). Да би се подаци о броју и функционалности деце са ПСА прикупили, мора се увести јединствена база података, тј. регистар, што је свакако један од задатака за професионалце у будућности.

ЕТИОЛОГИЈА ПСА

Тачан узрок поремећаја из спектра аутизма још увек није познат. Зна се да је етиологија ПСА комплексна и мултифакторска и да се ради о садејству генетских и срединских фактора, али је још увек недовољно разјашњена улога коју сваки од ових фактора има у етиологији ПСА, што је и предмет екстензивних истраживања. Донедавно се сматрало да су ови поремећаји узроковани углавном генетским факторима, али новија истраживања показују да фактори средине могу бити исто толико важни. Највероватније се ради о комплексним генетским поремећајима у којима се претпоставља етиолошка интеракција гена и околине, а у трагању за узроком спроводе се истраживања у области генетике, неурохемије, неурофармакологије, неуроендокринологије, неуроанатомије, неуроимунинга и неуроимунологије.

За сада можемо говорити о факторима ризика, а не о дефинисаним узрочним факторима ПСА. Аутизам настаје као последица различитих биолошких и/или психолошких фактора, укључујући генетске факторе, факторе околине, као и интеракције гена и околине. ПСА се сматра неуроразвојним и биолошки заснованим поремећајем чија се дијагноза поставља на основу присуства карактеристичних образаца понашања.

ПСА се може јавити самостално или удружен са неким поремећајима чија је етиологија позната. У том смислу се у литератури, у циљу разликовања ове две појавне форме ПСА, говори о идиопатском ПСА и удруженом ПСА (синдромском, секундарном). Значај разликовања идиопатског и удруженог ПСА лежи у чињеници да су многи од удружених ПСА наследни те постоје и ризици да ће се опет појавити у некој породици, што има велики значај за генетско саветовање (21).

Идиопатски ПСА се дијагностикује када се комплетним клиничко-лабораторијским и могућим комплементарним испитивањима (у смислу диференцијално-дијагностичке дискриминације) не пронађе јасан узрок настанка овог поремећаја. Ризик да ће брат или сестра детета са идиопатским обликом такође имати аутизам креће се од 3% до 10%, а недавна проспективна студија наводи и стопу од 18,7%, када се у обзир узме шири ПСА (22).

Генетска и медицинска стања повезана са ПСА

Генетски фактори играју значајну улогу у етиологији ПСА. Најновије студије показују да је наследност ПСА близу 80% (24, 25). Ипак, при истраживању у породицама ниједан образац наслеђивања није са сигурношћу утврђен (нпр. аутозомно доминантни или рецесивни). Постоје одређени моногенетски синдроми који се у оквиру свог бихевиоралног фенотипа често поклапају са ПСА, као што су нпр. Phelan-McDermid синдром, синдром „фрагилни X“ и туберозна склероза; међутим, ово је утврђено код 10–15% свих случајева ПСА (25).

У већини случајева генетички ризик за ПСА је полигенски, односно укључује вишеструке појединачне нуклеотидне полиморфизме (ПНП), при чему сваки од њих даје свој појединачни мањи допринос клиничкој презентацији (26–28). Уз то, показано је да постоји одређени број *de novo* насталих појединачних генских мутација или генских варијанти (микроделеције или микродупликације), које повећавају ризик од настанка ПСА и интелектуалних проблема (29).

Откривено је да један од локуса хромозомске секвенце (16p11.2) има увећање броја генетских поновака, тзв. „copy-number variants“ (CNV), које се јављају код 0,5–1% свих особа са ПСА (30). Метаанализа GWAS (енгл. *Genom wide association studies*) на преко 16.000 особа са ПСА указала је на нови локус на 10q24.32 и ова студија представља важан корак у настојању да се идентификују генски локуси у ПСА. Поред новог локуса, идентификована је значајна генетска корелација са шизофренијом и асоцијација ПСА са неколико неуроразвојних гена, као што су EKST1, ASTN2, MACROD2 и HDAC4 (31). Понекад су присутне и метаболичке абнормалности које се могу довести у везу са ПСА фенотипом (30); међутим, ови метаболички поремећаји су релативно ретки, обично се наслеђују аутозомно рецесивно и присутни су од раног детињства. Већина метаболичких поремећаја је повезана са другом клиничком симптоматологијом, као што су епилептички напади, екстрапирамидални симптоми, ненапредовање или неурорегресија, и није патогномонична за ПСА (њихово присуство неће по дефиницији значити и присуство ПСА).

Не саветује се рутинско метаболичко тестирање деце и младих са ПСА у одсуству клиничких индикатора за метаболичке поремећаје (22, 24).

Иако многи лаици, али и стручњаци, појаву ПСА доводе у везу с гастроинтестиналним поремећајима, контролисане студије нису нашле доказе о већој учесталости гастроинтестиналних поремећаја код деце са ПСА (22, 26, 27).

Гастроинтестинални симптоми се код деце и младих са ПСА третирају на исти начин као и код деце типичног развоја (22, 26, 27).

Неуробиологија у ПСА

Разлике у структури можданог ткива код ПСА показују се још од најранијег доба. Прве студије овог типа проучавале су обим главе код деце са ПСА и пронађено је да се ова оквирна мера величине мозга повећавала значајно више током првих година живота код деце са ПСА у поређењу са контролним групама (35, 36). Овај налаз је објашњен већим волуменом и сиве и беле масе, са посебно наглашеним растом фронталне и темпоралне коре (36). Брзи раст можданог ткива у раном добу укључује и задебљање кортекса код особа са ПСА у узрасту 3–4 године, које је праћено и убрзаним каснијим кортикалним истањењем (37). Међутим, код деце са ПСА на узрасту 10–15 година просечна величина мозга је слична величини мозга деце без сметњи у развоју, док касније, у одраслом добу, постоји тенденција смањивања волумена сиве и беле масе код особа са ПСА (38).

С друге стране, важно је напоменути да постоје сличне студије засноване на магнетној резонанци (МР) и обиму главе, које не подржавају овакав модел промене мождане и кортикалне масе (19, 39). Судаћи по томе, могуће је да се овакве промене дешавају само код одређеног броја особа са ПСА (39).

На основу налаза бројних различитих истраживања претпоставља се да су одређени региони централног нервнoг система (ЦНС) дисфункционални услед незрелости која је резултат поремећене миграције ћелија у ЦНС током првих шест месеци феталног живота, тј. да је дисфункционалност резултат рано насталог поремећаја органогенезе *con causa ignota* (изазване непознатим узроком) (40).

Код особа са ПСА показале су се и одређене неурохемијске промене. Систем који најучесталије показује повезаност са овим стањем јесте серотонински систем, за који се сматра да је подлога одређених анатомских промена код ПСА. Серотонински систем има улогу у повећаном

расту неурона, синаптогенези, диференцијацији и неурогенези, тако да је висока вероватноћа његовог доприноса у раним можданим променама (41). Измене у серотонергичком систему укључују повећање нивоа серотонина у целој крви и тромбоцитима код чак 25% особа са ПСА (42), као и промене у активности мозга при стварању серотонина (43). Свеукупно, ови налази су отворили пут за истраживање терапије ПСА усмерене на серотонергичку трансмисију (44).

Најновија истраживања указују на кључну улогу ексцитаторних (Е) глутаматних и инхибиторних (И) ГАБА система у патогенези ПСА. ПСА је можда узрокован повећаним односом Е/И који води у патолошку хиперексцитабилност у кориткалним круговима (45). Потврда ове хипотезе долази из студија заснованих на позитрон-емисионој томографији (ПЕТ), које су користиле обележивач релативно специфичан за ГАБА-А алфа-5 рецептор, где је показано повећање доступности овог рецептора, што потенцијално значи смањење нивоа ГАБА трансмисије код особа са ПСА (46).

Анималне и клиничке студије такође показују да неуропептид окситоцин контролише социјално везивање и рекогницију, што је довело до хипотезе да и промене у окситоцинском систему доприносе манифестацијама ПСА (47–49).

И поред јасних резултата истраживања о повезаности разних аномалија мозга (које немају дијагностичку вредност да би се повезале са неким специфичним стањем) и ПСА, тренутно не постоји довољно доказа који би указали на потребу рутинског упућивања деце и младих са ПСА на магнетну резонанцу мозга, а није индиковано ни рутинско упућивање на ЕЕГ (22, 24).

Имунолошки фактори

Велики број доказа из претклиничких и клиничких студија указује нам да не смемо заборавити улогу матерналне и постнаталне имунске дисрегулације у патогенези ПСА. Узимајући у обзир регулаторну улогу коју имуни систем има на нервне ћелије у свакој фази развоја мозга, врло је вероватно да имунска дисрегулација, узрокована генетичким мутацијама или срединским факторима, може утицати на развој можданог ткива и његово функционисање (50). Један од доказаних имунских механизма значајних за настанак ПСА представља дисфункција микрогјалних ћелија, резидентних имунских ћелија можданог ткива (51).

Имунолошка дисфункција код ПСА је у вези са повећаним оксидативним стресом, као и са неуроинфламаторним процесом који карактерише активација микроглије у разним деловима мозга. Метаанализе указују на то да особе са ПСА имају повишене вредности неколико проинфламаторних цитокина, као што су интерлеукин-6, интерлеукин-1 и интерферон гама.

Активација НРА осовине доводи до каскадних одговора имуног система кроз отпуштање цитокина. Неколико студија је указало да особе са ПСА имају атипичне имунске одговоре, који подразумевају алтерације у IL-12, IFN- γ , IL-2, IL-6, IL-10 и TNF- α (52–54). Нивои проинфламаторног цитокина IL-6 и тумор некроза фактора алфа (TNF- α), који доводе до активације НРА осовине, повишени су код особа са ПСА (55).

Епигенетски фактори

Епигенетски механизми су биохемијске модификације ДНК или хистона које утичу на генску експресију без мењања ДНК секвенце, због чега су критични у нормалном развоју нервног система. Епигенетска истраживања нуде експланаторни модел за разумевање повећане инциденције ПСА која фигурира у епидемиолошким истраживањима (27, 31, 32).

Данас се сматра да је ПСА неуробиолошки поремећај и да се јавља у генетски предиспонира-них особа као последица дејства различитих (непознатих) фактора који дејствују као окида-чи у прва два триместра интраутериног живота.

Средински фактори ризика за ПСА

Фактори околине који могу бити повезани са настанком аутизма су следећи: изложе-ност пестицидима из средине, вируси (варичеле, рубеоле), ретиноична киселина, примена та-лидомида и валпроичне киселине у трудноћи и коришћење алкохола током трудноће, узимање лекова током трудноће (58, 59). За сада најзначајнија повезаност узимања лекова и ПСА пока-зала се код примене валпроата (60–62).

У поређењу са генетским студијама, студије које истражују срединске факторе ризика за ПСА још су у повоју и имају значајна методолошка ограничења. Најновији резултати ис-траживања указују на то да су средински фактори одговорни за 40–50% варијансе у ПСА (56). Томе у прилог говоре и подаци о стопи конкордантности ПСА код једнојајчаних близанаца, која износи мање од 50%, што указује да и гени и средина играју улогу у развоју ПСА (31, 32).

Средински фактори ризика за ПСА: старост родитеља, фактори повезани са трудноћом, пренатална употреба медикамента, болести мајке, исхрана, средински токсини.

Неконзистентни су налази истраживања о вези између вантелесне оплодње и ПСА (63). 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 инсеминаци-јом. Изгледа да вантелесна оплодња у комбинацији са другим етиолошким факторима који су присутни (као што су смањена фертилност родитеља, старост родитеља) утиче на епигенетски ДНК метилациони статус (63).

Године родитеља су повезане са ризиком од ПСА (сваких додатних 10 година старости оца или мајке повећава ризик од ПСА код потомства за 18–21%). Компликације на порођају које су повезане са траумом или исхемијом и хипоксијом снажно су повезане са ПСА. Други фактори повезани са трудноћом, као што су гојазност мајке, дијабетес мајке и царски рез, по-казали су слабију, али статистички значајну повезаност са ризиком од ПСА (64–66).

Оксидативни стрес и поремећај редокс баланса такође могу бити репрезенти везе из-међу генетских и срединских фактора у настанку ПСА, јер је све више доказа да су генетске варијације у ензимима укљученим у антиоксидативну одбрану повезане са ПСА. Осим тога, велики број срединских фактора који су повезани са повећаним ризиком од ПСА доприноси управо редокс дисбалансу и тако индукује оксидативни стрес (67).

Када говоримо о срединским факторима, посебно је важно још једном истаћи да **не постоји веза између вакцина и ПСА**. Бура покренута чланком Ендруа Вејкфилда (Andrew Wakefield) 1989. о наводној повезаности вакцинације против MMR (морбиле, заушке, рубеоле) и аутизма још се није стишала па и даље има заговорника ове тезе, иако су многобројна истра-живања оповргла ову тврдњу (21, 32, 33, 56, 63, 68–70). Након бројних научних истраживања и публикованих чланака, Америчка педијатријска академија и Центар за контролу и превенцију болести Сједињених Америчких Држава, Британски медицински истраживачки савет и Свет-ска здравствена организација су још 1999. год. међу првима заузели став да не постоји узроч-но-последична веза између MMR вакцине 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 нема основна знања о томе како вакцине функционишу и сматра да стандардне информације нису од помоћи. Информације се најчешће траже на интернету (према истраживањима, око 70%), а свега једна трећина (око 33%) пита свог лекара. 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 MMR вакцине и аутизма. Подаци из тих студија не подржавају узрочну повезаност MMR вакцине и аутизма (71–80). У пропорцији и инциденцији регресије из спектра ПСА пре, за време и након употребе MMR вакцине није пронађена никаква значајна разлика између оних који су примили MMR и оних који нису. Штавише, инциденција се није значајно променила кроз сва три периода. Популационе студије у неким земљама (Јапан) у периоду када су стопе вакцинисаности нагло пале, односно када се није примењивала MMR вакцина, показале су да је инциденција ПСА у узрасту до 7 година значајно порасла. Тиме је потврђено да MMR вакцинација није узрочник пораста инциденције ПСА и да евентуално повлачење MMR вакцине из земаља где се користи неће довести до редукције инциденције ПСА (72,73).

За конзерванс Тимеросал у неким вакцинама алтернативно се претпостављало да има могућу узрочну улогу у аутизму, али није пронађен ниједан убедљив доказ који подржава повезаност између конзерванса Тимеросала и аутизма (80). Са обухватом имунизације код деце који се смањује и неизбежном појавом малих богиња важно је да клиничари буду свесни литературе која се тиче вакцинације и аутизма како би у разговору са родитељима и старатељима могли да им дају квалификоване информације.

Поређењем деце вакцинисане на време са децом чија је вакцинација била одложена или непотпуна није се открила никаква корист од одлагања имунизације током прве године живота. Родитељима који су забринути да њихова деца примају превише вакцина у кратком временском периоду добијени подаци могу пружити сигурност да правовремена вакцинација у детињству нема никакав ефекат на неуропсихолошки развој детета (77).

Вакцинација деце није повезана са ризиком од ПСА. Недвосмислен и дефинитиван одговор на питање о наводној вези између MMR вакцине и аутизма је да таква веза не постоји.

Ставови о повезаности MMR вакцине и аутизма нанели су много штете јавном здрављу у смислу поновног појављивања болести које се превенирају употребом вакцина.

ПСА је комплексан неуроразвојни поремећај који, у већини случајева, испољава мултифакторско, полигенско наслеђивање, иако се код де ново мутација процењује да су заслужне за 10–20% пацијената. Средински фактори, посебно они који рано делују (пренатални, перинатални и постнатални фактори), такође значајно доприносе повећаном ризику од развоја ПСА. Оштећење развоја мозга се примећује још од најранијег периода, а то се преноси и у одрасло доба. Кључни системи заслужни за патогенезу ПСА су у жеку истраживања и та истраживања би требало да обезбеде потребан број доказа за развој клиничких студија. Ови системи обухватају: серотонински и окситоцински систем, имунски систем и интеракције између ГАБА/глутаматске трансмисије.



ПРАЋЕЊЕ РАЗВОЈА – РАНО ПРЕПОЗНАВАЊЕ

Прве године живота имају изузетно велики утицај на целокупни развој детета, а тиме и на његова постигнућа и напредак у одраслом добу. Мождани развој најинтензивнији је у првим месецима и годинама живота, а директно зависи од утицаја, искустава и стимулуса којима се дете у овом периоду излаже. Требало би истаћи да најзначајнији утицаји на рани развој, када су у питању искуства детета, долазе из односа и интеракција са родитељима. Стога 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 детета, бризи о детету, као и у пружању подршке породици.

Праћење раста и развоја све одојчади и мале деце (укључујући и развојни скрининг), као 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. Рано препознавање симптома ПСА има велики значај јер омогућава да се благовремено спроведе 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, као и деца са сумњом на ПСА. Тим РС (педијатар, психолог, дефектолог, логопед), у сарадњи са родитељима, спроводи детаљније процене и приступа изради индивидуалног плана подршке (ИПП) за свако дете. Када постоји сумња на ПСА, у оквиру РС се, поред детаљније клиничке и развојне процене, препоручује и примена специфичног скрининга М-CHAT-R/F и/или примена других инструмената процене на ПСА за које су стручњаци обучени – (нпр. CARS-1, CARS-2, GARS-3). Након процене у оквиру РС, а 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 оквиру РС, саветовање родитеља, подршку укључивању у вртић (када се процени да је индиковано и кад год је могуће), као и интервенције које могу да се примењују у породичној средини. У том смислу је неопходно да се од самог почетка успостави партнерски однос са породицом како би се присутне снаге детета и породице унапређивале и користиле у примени потребних интервенција. У периоду након постављања дијагнозе, служба РС треба да буде ослонац породици у дефинисању и извођењу мера развојне и образовне подршке у локалној заједници. 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).

Приликом редовних систематских прегледа деце током прве године живота, затим 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.

Децу свих узраста са специфичним знацима који указују на ПСА треба упућивати на даље детаљно испитивање. Постоје бројне баријере за рану дијагнозу: неприхватање родитеља или старатеља да постоји проблем код њиховог детета, касно упућивање од стране изабраног педијатра на специјалистичке службе, листе чекања на разне специјалистичке прегледе, необучено особље, недостатак кадра за спровођење ране интервенције (дефектолога, логопеда, психолога). Постојање протокола за интерсекторски рад, повезаност путем електронских система за размену података и јасни стандарди у знатној мери би повећали ефикасност пружања раних интервенција. Много је истраживања која нуде релевантне доказе да је већ са 18 месеци (у неким случајевима и раније) могуће и потребно поставити дијагнозу и започети са раним интервенцијама (6–9). Дијагностичка стабилност је одржива. Показало се да 92% деце код које је дијагноза постављена у узрасту од 18 месеци и са навршених девет година има одрживу дијагнозу ПСА (81).

У Анексу 2. на крају ових смерница дати су знаци упозорења у односу на узраст детета (*Red Flags смернице*).

Претраге у циљу раног препознавања ПСА

Више националних водича (6, 69–71) даје упутства да се идентификација деце са ПСА обавља на два нивоа: Ниво 1 – Примарно препознавање развојних проблема кроз рутинско развојно праћење и развојни скрининг и Ниво 2 – Циљано препознавање развојних проблема типичних за ПСА код деце под ризиком, специфични скрининг на ПСА.

Ниво 1: Примарно препознавање развојних проблема кроз рутинско развојно праћење и развојни скрининг

Рутинско развојно праћење би требало примењивати код све деце и подразумева праћење развоја и идентификацију специфичних ризика за атипични психомоторни и психосоцијални развој. Овај ниво процене омогућава детекцију различитих одступања и сметњи у развоју, карактеристичних за различите поремећаје, а не само за ПСА. Поред 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% (85). Препоручује се примена стандардизованих скрининг инструмената (нпр. Узрасти и стадијуми развоја детета – *Ages and Stages Questionnaire* – ASQ) или инструмената намењених праћењу развоја (нпр. Водич за праћење развоја детета – *Guide for Monitoring Child Development* – GMCD). Када је у питању ПСА, на овом нивоу препознавања развојних проблема препоручује се и примена *Red Flags смерница*, као и смерница АРА (86).

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

- а) праћење миљоказа развоја очекиваних за узраст (поред уобичајених, прате се миљокази у развоју социјалних вештина, комуникације, говора),
- б) регистравање одступања у развоју социјалних релација, комуникације и говора.

Посебна пажња се обраћа на децу код које постоји ризик за развој 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 су у домену саветовалишног рада сваког педијатра. Саветовалишта за здраву децу, а посебно развојна саветовалишта у домовима здравља, јесу места где треба активно радити на обезбеђивању услова за праћење развоја, на разрешавању развојних тешкоћа и на 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.

Не препоручује се одлагање даљих интервенција уколико су уочени критични знаци.

Неопходно 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, специфични скрининг на ПСА

Циљани специфични скрининг обухвата групе деце код које постоји већи ризик од појаве ПСА. Овај ниво представља детаљнију и прецизнију идентификацију симптома карактеристичних за ПСА и обухвата децу код које је током примарног развојног праћења и развојног скрининга уочено специфично развојно одступање и постављена сумња на ПСА. Како правовремено спровођење детаљније процене и дијагностике има велики значај, ова група деце

може да се упути у специјализоване службе одмах након постављене сумње на ПСА. У циљу квалитетније процене препоручује се да се, пре упућивања, у оквиру службе развојних саветовалишта спроведу специфични скрининг на ПСА и детаљније процене. Када год је то могуће, предлаже се примена М-CHAT-R/F.

Инструмент М-CHAT-R/F се може употребити и оценити 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 код деце узраста од 16 до 30 месеци и састоји се од 20 питања (у првој фази пролази се свих 20 питања). Укупан скор се креће од 0 до 20; скрининг је негативан уколико 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 где су уочена одступања), а уколико је скор изнад 8, дете се упућује на даљу процену.

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

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

Специфични скрининг на ПСА је индикован код деце из ризичних група (позитиван породични хередитет), деце чији родитељи изражавају забринутост и деце са критичним знацима или забрињавајућим понашањима или симптомима.

Апсолутну индикацију за неодложни скрининг на ПСА представља присуство следећих симптома (69, 71):

- изостанак гукања и брбљања или очекиваних социјалних гестова (изостанак социјалне оријентације, социјални осмех, неодазивање на позив, непрепознавање гласа родитеља, нереаговање на придруживање пажње, одсуство наизменичне вокализације између детета и родитеља) до 12 месеци;
- неизговарање ниједне речи до 16 месеци;
- неизговарање по две речи у реченици у спонтаном обраћању (неехолаличне или имитативне) до 24 месеци (84);
- било какав губитак стечених језичких или социјалних вештина у било ком узрасту.

Неопходно је јачање капацитета развојних саветовалишта за специфични скрининг на ПСА и друге савремене методе детаљније клиничке и развојне (функционалне) процене детета.

Табела 1. – Смернице за спровођење процедура пре заказивања специфичног скрининга и детаљније клиничке и развојне процене

Пре процене	
Васпитач/учитељ, изабрани лекар/ педијатар или здравствени сарадник би требало да:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ објасни родитељима/старатељима да понашање детета има различите „клиничке знаке“ које могу указивати на могућност ПСА, ▪ објашњава предности и ограничења процене. <p>Здравствени професионалци могу бити заинтересовани да прикупљају друге информације које могу представљати доказ о постојању коморбидитета (попут ADHD, депресије) или о постојању алтернативне дијагнозе (нпр. тешкоће у говору) .</p>
Особа која упућује на даљу процену би требало да:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ образложи разлог упућивања детета на процену, ▪ обезбеди упут 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 породица добију информације у вези са процесом дијагностике, ▪ договори процене са другим колегама (клинички психолог, дефектолог, социјални радник).



ДИЈАГНОСТИЧКА ПРОЦЕНА

Уколико је специфични скрининг за ПАС (М-СНАТ-R/F) позитиван, односно уколико је установљена сумња на ПСА, дете се упућује у специјализоване установе на специјалистичку процену и дијагностику. Истовремено се за дете израђује индивидуални план подршке (ИПП) у односу на његово функционисање и спроводе се ране интервенције. Започињање раних интервенција не треба да чека доношење коначне дијагнозе.

Специјалистичку процену односно дијагностику спроводе само професионалци који имају довољно искуства и вештина да поставе дијагнозу ПСА. У овом тренутку у Србији дијагнозу аутизма поставља дијагностички тим који чине дечји психијатар, клинички психолог и дефектолог. У другим срединама дијагнозу постављају педијатри са супспецијализацијом из развојне педијатрије, односно дечји неуролози са својим тимовима у чијем саставу су клинички психолози и дефектолози. Циљ специјалистичке процене јесте прикупљање и бележење информација које омогућавају дијагнозу, као и састављање мултидисциплинарног плана за развој прикладног програма за правовремене и одговарајуће интервенције. Дијагноза ПСА се може посматрати као доживотна. Отуда је важно да се дијагноза прецизно постави. Специјалисти морају бити у потпуности сигурни да су довољно информисани и искусни да поставе праву дијагнозу, али се од њих тражи и да сарађују са колегама из других области у циљу постизања дијагностичког консензуса. У случају суптилне клиничке презентације и несигурности у дијагнозу, лекари би требало увек да упуте пацијента на додатне специјалистичке прегледе.

Циљ процене јесте да се сагледа могућност функционисања у свим доменима, да дијагнозу учини што прикладнијом и да олакша прави мултидисциплинарни приступ. Експерти у овој области промовишу сагледавање стања пацијената од стране мултидисциплинарних тимова како би се осигурала прецизност дијагнозе и профилисање вештина, потешкоћа и следствених потреба појединца. То помаже да се осигурају адекватна нега и потребне интервенције за особе са ПСА и њихове старатеље. Код свих особа са ПСА би требало проценити потребе менталног здравља, индивидуалне добробити и ризике.

Компоненте дијагностичке процене

Узимање анамнезе (родитељ, старатељ, информисани пристанак)

Узимање анамнезе значајан је део сагледавања деце са ПСА. У процесу узимања анамнезе може бити корисна употреба инструмената и упитника специфичних за ПСА. Лекари треба да воде рачуна о индивидуалним околностима и перспективама деце са ПСА, укључујући и капацитете породице/старатеља и окружења, као и да узимају у обзир могућност постојања додатног обољења код исте особе и могуће диференцијалне дијагнозе.

Историја болести треба да садржи:

- податке о пренаталном периоду, перинаталном периоду и развојној анамнези (укључујући социјалне и емоционалне факторе) све до тренутка прегледа пацијента те детаљан увид у постојање проблема у социјалним релацијама код куће и у школи;
- опис проблема које особа тренутно има, добијен од појединца или хетероанамнестички (нпр. од рођака, болничког особља, наставника, психолога, послодавца); треба се фокусирати на особине карактеристичне за ПСА;
- породичну анамнезу која укључује присуство ПСА, потешкоће при говору и језичке потешкоће, 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 или раздвојени живот родитеља) или значајних животних догађаја (нпр. значајан губитак) који би могли да утичу на пацијентово понашање.

Дијагностички инструменти специфични за ПСА могу се користити као додатак у процесу узимања анамнезе, а најпознатији су *Autism Diagnostic Interview-revised (ADI-R)*, *Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO)* и *Dimensional and Diagnostic Interview*.

Показало се да је ADI-R поуздан дијагностички инструмент, али га треба користити са посебним опрезом код деце млађе од две године. Он може бити користан и приликом прикупљања информација потребних за комплетнију клиничку слику. ADI-R је преведен у Србији и користи се у терцијарним здравственим центрима.

Клиничка опсервација/процена (индивидуална процена/интервју)

Искуство интеракције са дететом са ПСА, у циљу прикупљања клиничких доказа за ПСА који су у складу са класификацијама МКБ-10 или DSM-5, представља задатак у који се не може упуштати без значајног клиничког искуства. Пресудни елементи за постизање ових вештина јесу едукације, тренинзи и искуство које се стиче током специјализација и супспецијализација.

Сагледавање детета са ПСА не сме бити брзо. Понекад је немогуће прикупити довољну количину информација и доказа током једног прегледа те је потребна опсервација пацијента

у другачијем окружењу, нпр. у вртићу, школи или на клиници. Специфични дијагностички инструменти за ПСА могу се користити и у процесу клиничке опсервације, као део клиничке процене. *Childhood Autism Rating Scale (CARS)* јесте старији упитник који обухвата кратку историју болести и опсервацију спонтаних образаца понашања значајних за ПСА. Он је недавно ажуриран у **CARS-2**. У Србији је овај инструмент доступан у установама терцијарне здравствене заштите.

Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic (ADOS-G) представља доказано поуздано дијагностичко средство, које се такође може користити као додатак уз узимање анамнестичких података. У Србији је овај инструмент доступан у установама терцијарне здравствене заштите. Упоредивањем инструмената закључено је да је употреба комбинације инструмената (ADOS + ADI-R) имала сличну прецизност у односу на „златни стандард“ у постављању дијагнозе (мултидисциплинарна процена), иако студије које су ово доказале нису достигле задовољавајући квалитет. Не препоручује се да се дијагноза о ПСА доноси само на основу дијагностичких инструмената специфичних за аутизам.

- *Лекари укључени у специјалистичку процену требало би да узму развојну анамнезу специфичну за ПСА, као и да директно опсервирају и сагледају понашање, социјалне и комуникативне вештине пацијента.*
- *Треба размотрити и коришћење структурисаног инструмента као помоћног средства у прикупљању потребних података и процени особе са могућим ПСА.*

Тренутне препоруке у домену развоја у великој мери стављају акценат на дијагностичку процену као колаборативни процес повезан 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. Овакав тип информација помаже да се боље разуме функционисање појединца у групи и у неструктурисаном окружењу. То понекад може да укаже на тегобе особе које нису биле евидентне у клиничком прегледу или у структурисаном окружењу.

- *Информације о функционисању појединца изван клинике требало би тражити из што више доступних извора.*



ДЕТАЉНА ФУНКЦИОНАЛНА РАЗВОЈНА ПРОЦЕНА

Након специфичног скрининга, упоредо са дијагностиком за ПСА у циљу израде квалитетног индивидуалног плана подршке за свако дете и породицу, стручњаци из РС и других служби који се баве децом са ПСА у сарадњи са родитељима (а ако је дете укључено у предшколску установу или школу у сарадњи са васпитачем/наставником односно педагошко-психолошком службом вртића) спроводе детаљнију клиничку и функционалну развојну процену. Она обухвата процену функција и активности свих домена – моторичког, социјалног, емоционалног и когнитивног развоја, активности комуникације и самосталног живота/бриге о себи те функције чула.

Једино функционалном проценом детета могу се уочити разлике у капацитетима и потребама детета за пуно функционисање у друштву, јер здравствена стања какво је ПСА могу резултирати различитим нивоима оштећења. Основи функционалне процене постављени су у оквиру Међународне класификације функционисања, инвалидности и здравља (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), а нешто касније развијена је и верзија за децу и младе (ICF-CY) Светске здравствене организације. ICF-CY класификација је комплементарна Међународној класификацији болести (МКБ) и помаже у тумачењу разлика између здравствених стања (нпр. ПСА) и инвалидитета, тј. степена тешкоћа у функционисању.

Информације о функционалности и тешкоћама у функционисању се добијају анамнестички (пожељно је имати податке из више извора – дете, родитељи, вртић, школа), применом инструмената процене и клинички. Приликом процене треба водити рачуна о узрасту детета,

природним индивидуалним варијацијама функционисања у областима испитивања (најпре емоционалног и социјалног) и могућој реактивној природи тешкоћа (изложеност неповољним животним догађајима). Функционалну процену претежно обављају здравствени сарадници у РС, али и на другим нивоима здравствене заштите.

Оцена функционалности детета је неопходна и за упис детета у званичан национални регистар деце са сметњама у развоју, а саставни је део и дијагностичког процеса и дијагностичке процене (види ниже). Функционална процена, израда ИПП и интервенције треба да започну што пре по установљавању ризика и развојних тешкоћа код детета, тј. треба их спроводити паралелно и комплементарно са дијагностичким процесом. Дијагноза није неопходна за започињање раних интервенција.

- *Процена функционалног статуса детета у развојним доменима помаже да се разумеју капацитети и потребе детета и породице и неопходна је за развој квалитетног индивидуалног плана подршке.*

Индивидуална процена

Индивидуалне тешкоће и снаге особа са ПСА варирају у великој мери. Зато може бити значајна и детаљнија процена комуникативности, неуропсихолошког функционисања, моторних и сензорних вештина и адаптивног функционисања.

Вештине комуникације

По дефиницији, све особе са ПСА имају потешкоће у сфери комуникације које варирају од израженог проблема са разумевањем и говором до суптилних прагматичких или функционалних проблема са употребом језика (нпр. коришћења метафоре, неразумевање сарказма). Перцептивне и експресивне говорне способности обично су нарушене у једнакој мери. Дијапазон начина процене способности комуникације и језика је широк, а у литератури нема довољно доказа о доминантнијој ефикасности једног типа процене над другим (87–89).

Од једне петине до једне трећине предшколаца са ПСА у анамнези има регресију 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 афазију са епилепсијом односно Landau Kleffner дисфазију (90).

- *Сва деца и млади људи са ПСА требало би да прођу комплетну евалуацију способности употребе говора, језика и комуникацијских вештина. Ово је битан процес опсервације који потом диктира потребну интервенцију.*

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 умногоме помоћи да се разумеју потребе и недостаци сваког појединца. Она може бити корисна приликом идентификовања одређених интелектуалних сметњи (као додатна или ди-

ференцијална дијагноза), односно при процени која је од доступних интервенција потребна за свако дете са ПСА понаособ.

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

- *Код особа са ПСА би требало размотрити процену интелектуалног, неуропсихолошког и адаптивног функционисања.*

Моторне и сензорне вештине

Не постоји довољно доказа који би подржали давање препорука у вези да окупационом терапијом или физиотерапијском проценом. Међутим, DSM-5 укључује хиперреактивност или хипореактивност у један од дијагностичких критеријума за ПСА.

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

Стога се родитељима и стручњацима током дијагностичке процене препоручује оно што се наводи у наставку, у Табели 3.

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

Приликом сваког накнадног пријема у оквиру дијагностичке процене	
Тим специјалиста би требало да:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ током процене обезбеди довољно времена за објашњење и разговор у вези са налазом (могу се јавити стресне реакције), ▪ понуди основне информације засноване 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 када постоје дилеме/несигурност приликом постављања дијагнозе. <p>Додатне информације и брошуре могу се наћи на сајтовима http://deaps.org/saradnja-autism.html и http://www.autismspeaks.org/sites/default/files/100_day_kit_serbian.pdf http://autizam.org.rs/materijali/.</p>
Подршка која прати успостављање ПСА дијагнозе	
Тим специјалиста 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, ▪ обезбеди додатне информације ако је то потребно, нпр. о најчешћим коморбидним стањима. <p>Додатне информације и брошуре могу се наћи на сајтовима http://deaps.org/saradnja-autism.html и http://www.autismspeaks.org/sites/default/files/100_day_kit_serbian.pdf http://autizam.org.rs/materijali/.</p>

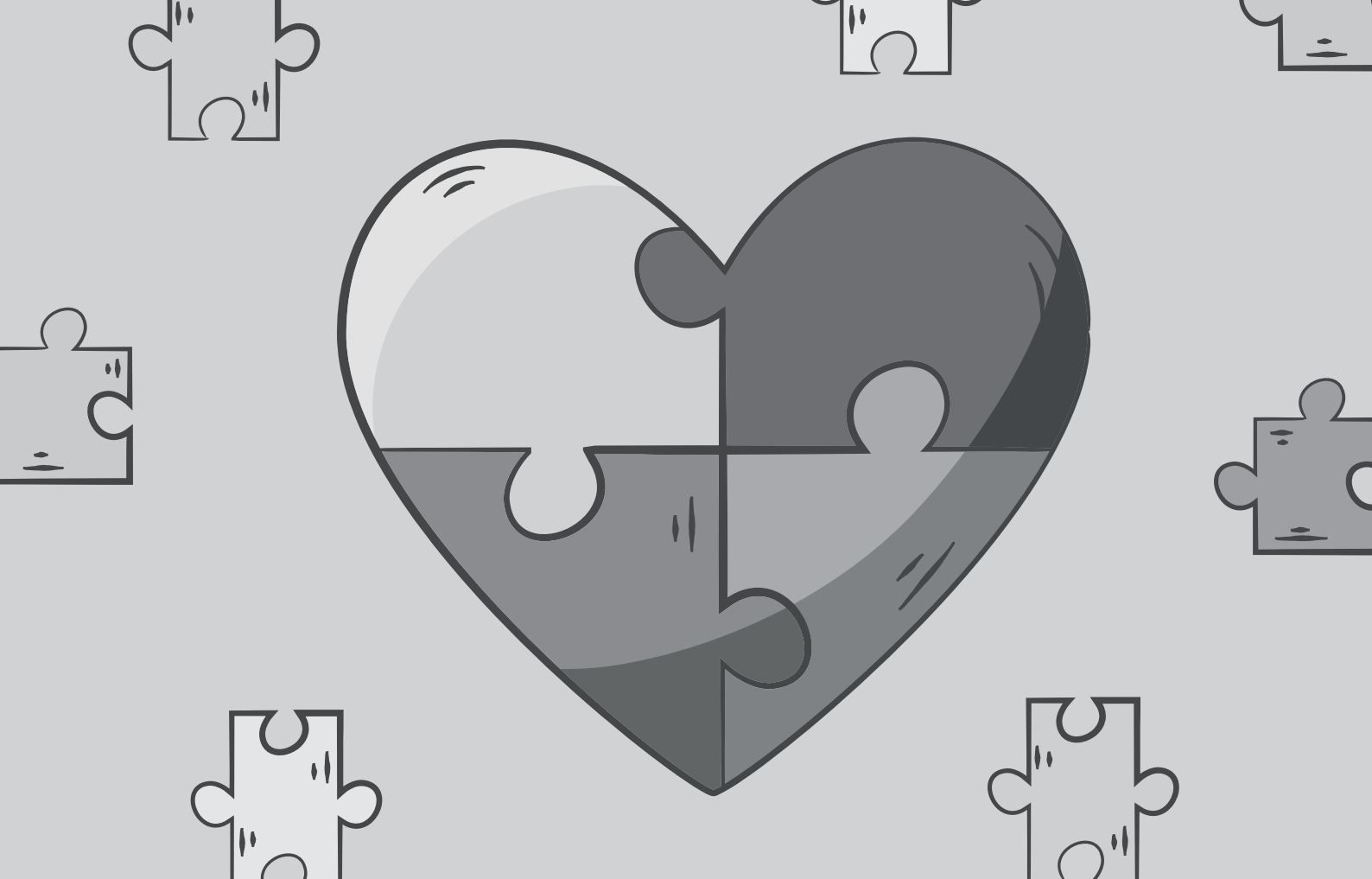
ПСА је комплексан неуроразвојни поремећај. За дијагнозу је потребна добра неуроразвојна анамнеза и, када је то могуће, мултидисциплинарни приступ.

Препорука је да се за постављање дијагнозе користе важећи дијагностички критеријуми (МКБ-10 односно DSM-5).

Препоручује се мултидисциплинарни дијагностички приступ.

Дијагностички процес би требало да обухвати клиничку процену појединца и, кад год је то могуће, детаљан интервју са родитељем/старатељем, извештаје из вртића/школе и процену когнитивних и језичких вештина, као и медицинска испитивања.

Скрининг инструменти су корисни при постављању дијагнозе, али не би требало да буду једино средство помоћу којег се поставља или искључује дијагноза ПСА.



СТАЊА ПОВЕЗАНА СА ПСА

Постоје одређена клиничка стања која се, независно од развоја интелектуалних способности, јављају чешће код деце и младих људи са ПСА. Код деце са аутизмом се чешће јављају психијатријски поремећаји, што је нарочито показано за анксиозност и депресију, али и ADHD.

Преваленција епилепсије је такође већа у популацији деце са ПСА у поређењу са општом популацијом. У овој популацији су чешћи чулни развојни поремећаји, најчешће у сфери чула вида и слуха. Постоје слични докази и за неуромоторне проблеме у виду неспретности (диспраксија) и тикова.

Децу са ПСА која су укључена у интервенције, а немају удружене проблеме менталног здравља, није неопходно даље пратити у служби дечје и адолесцентне психијатрије. Децу са ПСА која су укључена у постдијагностичке мултисекторске програме психосоцијалне помоћи и заштите, а немају удружене проблеме менталног здравља, није неопходно упућивати дечијем психијатру.

Истовремено, деца са непрепознатим ПСА могу се иницијално јавити лекару услед неких других здравствених проблема (нпр. епилепсије, поремећаја спавања и сл.) па би приликом прегледа увек требало имати у виду и евентуално уочавање знакова ПСА.

Пре и након постављања дијагнозе, родитељи најчешће наводе проблеме са исхраном (велика пробирљивост), проблеме са спавањем те чешће гастроинтестиналне симптоме (повраћање и опстипацију). Пробирљивост у исхрани може бити повезана са појачаном сензор-

ном осетљивошћу неке деце са ПСА, али неки гастроинтестинални проблеми могу појачати симптоме ПСА, а да нису примарно повезани са ПСА. Због тога је неопходно саветовање са педијатрима.

Лекари би требало да имају на уму да деца са ПСА могу имати удружене развојне проблеме и друга клиничка стања, које би требало сагледати као коморбидне.

Уколико открију коморбидна стања, лекари би требало да их збрину на правилан начин.

Уколико су деца и породице укључени у постдијагностичке мултисекторске програме психосоцијалне помоћи и заштите, а деца са ПСА немају удружене проблеме менталног здравља, није неопходно упућивати их дечијем психијатру.

Биомедицинска истраживања

ПСА може бити удружен са широком лепезом поремећаја, укључујући и генетичке абнормалности. Генетичке анализе се не изводе рутински, али би их требало индивидуално размотрити у случају постављања сумње на генетску основу неког стања током клиничког прегледа (нпр. дисморфизам, конгениталне аномалије, интелектуални дефицити, сумња на епилепсију).

Већину ових техника тестирао је институт NICE (енгл. National Institute for Health and Care Excellence), али је процењено да студије нису биле задовољавајућег квалитета. Рутински изведени генетички тестови су водили дијагнози аутизма у 9% случаја и дијагнози ПСА у 14% случајева. Скорашња истраживања везана за генетичке анализе у ПСА пацијената указују на то да су ретка неурометаболичка стања код пацијената са ПСА углавном последица поремећаја на једном гену па се генетичке анализе првог и другог реда препоручују само код оних пацијената где постоје фенотипске или клиничке карактеристике (нпр. дисморфизам, конгениталне аномалије, интелектуални дефицити, сумња на епилепсију).

Табела 2. – **Процене потребе за допунским генетским анализама**

Процене потребе за допунским генетским анализама
Породична анамнеза три генерације и анализа наследства
Иницијална евалуација како би се идентификовали синдроми и удружена стања:
<ul style="list-style-type: none">• клинички преглед са посебним освртом на дисморфичне особине,• ако се посумња на специфичну синдромску дијагнозу, наставља се са циљаном дијагностиком тог синдрома,• ако су присутни одговарајући клинички индикатори, треба урадити метаболичко и/или митохондријално тестирање (уз могуће консултације са специјалистом за метаболичке болести).
Хромозомски тестови: олигонуклеотидни тест – компаративна геномска хибридизација или тест појединачних нуклеотидних полиморфизама.
ДНК тестирање за фрагилни X (рутинска примена само код мушких пацијената са типичним фенотипским карактеристикама).*
MECP2 секвенционирање се примењује за особе женског пола са ПСА.
MECP2 тест дупликација код мушкараца уколико фенотип на то указује.
PTEN тест уколико је обим главе >2,5 СД.
MP мозга уколико постоје специфичне индикације (микроцефалија, регресија, епилептични напади, анамнестички подаци о ступору/коми).
MECP2 – метил-CPG-везујући протеин 2; PTEN – хомолог фосфатазе и тенсина; СД – стандардна девијација
* ДНК тестирање за фрагилни X код особа женског пола уколико постоје индикације (породична анамнеза или фенотип).

Истраживања се не врше само како би се утврдила дијагноза кроз откривање етиологије, већ и да би се искључила стања која се могу лечити, открили коморбидитети и да би се одредиле основне информације које претходе почетку лечења.

Докази не указују на потребу коришћења магнетне резонанце мозга као рутинског прегледа. Мада је епилепсија честа код особа које болују од ПСА, не постоје индикације за електроенцефалограм (ЕЕГ) уколико нема осталих клиничких критеријума за ово обољење.

Друга обољења попут Rett-овог синдрома могу наизглед подсећати на ПСА, а друге неуродегенеративне болести попут митохондриопатије морају се такође узети у обзир и испитати.

У случају да је клинички релевантно, код особа са ПСА неопходно је урадити следеће:

- испитати физички статус, са посебним освртом на неуролошки статус и дисморфичне црте лица,
- обавити хромозомско испитивање,
- обавити аудиолошки преглед,
- по клиничкој процени обавити и друге прегледе.

Препоручује се даље тестирање у генетичком саветовалишту.



ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

Рана интервенција

Рана интервенција је међуресорни, интердисциплинарни и интегрисани национални систем професионалних услуга намењен деци узраста од 0 до 5 година са развојним кашњењима, сметњама у развоју, атипичним понашањем те тешкоћама у социјалном и емоционалном развоју или малој деци код које постоји ризик да ће имати кашњење у развоју до поласка у школу због неухрањености, хроничних болести или других биолошких и срединских фактора. Због огромног развојног потенцијала у првим годинама живота и пластичности мозга, развојна интервенција кључна је за постизање оптималног развоја детета са тешкоћама у развоју. Свако развојно одступање и пре постављања дијагнозе представља индикатор за укључивање у ране интервенције.

Сервиси ране интервенције се заснивају на приоритетима породице и потребама детета и идеално се реализују у природном окружењу детета, нпр. код куће, у предшколској установи или у другим окружењима где бораве деца без тешкоћа у развоју. Ово су стандарди раних интервенција:

1. Ране интервенције су индивидуализоване.
Услуге чији је фокус на јачим странама, интересовањима и мотивацијама детета у оквиру контекста свакодневних активности.

2. Ране интервенције постављају породице у средиште.
Услуге се надграђују на јединствене јаче 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 се заснивају на доказима.
Стратегије које се користе да би се постигли функционални исходи заснивају се на највишем квалитету постојећих доказа и захтевају координисани и свеобухватни приступ током реализације.
5. Ране интервенције су 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. Ране интервенције се стављају у контекст.
Планирање и реализација интервенција узимају у обзир где и када ће нека вештина да се користи.

Приступ који укључује родитеља као важног актера у пружању раних интервенција омогућава континуитет и интензитет у примени различитих активности кроз рутине, тј. свакодневне активности које дете обавља. За децу са ПСА која похађају предшколске програме важно је укључивање и обучавање васпитача у спровођење раних интервенција. Овакву 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 оваква врста планирања обично дешава на терцијарном нивоу здравствене заштите, на коме 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, тј. 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. Овакав трансдисциплинарни приступ, који се назива и „тим око детета“, у великој мери олакшава и примену и праћење спровођења раних интервенција, значајно штеди време родитељима (који би у противном обилазили различите пружаоце услуга) и оставља више времена за интеракцију са дететом у циљу побољшања његових исхода.

За многу децу са ПСА је ипак, због удружених проблема, а каткад и интензитета тешкоћа, у директни рад са дететом у сарадњи са родитељем потребно укључити и друге стручњаке (најпре специјалисте за проблеме удружене са ПСА). Важно је да преко примарног пружаоца услуга и родитеља они буду међусобно информисани о другим подршкама које дете добија и да раде координисано. Увођење јединственог индивидуалног плана подршке за дете и породицу (ИПП) значајно олакшава овај процес.

Планирање и спровођење интервенција

Планирање интервенције за децу са ПСА подразумева мултидимензионални и мултисекторски приступ (91). У сваком појединачном случају приступ се мора индивидуализовати и за свако дете/адолесцента треба индивидуално одредити најбоље могуће подршке и интервенције у складу с његовим личним проблемом и односу на могућности породице, локалне заједнице и специфичне организације друштва у ком дете живи. Подршка деци/младима са ПСА

је дуготрајна и родитељи од почетка морају бити упознати с тим како би распоредили 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 се за сваку интервенцију морају створити услови за њено спровођење, што се односити на организацију службе где се интервенција обавља, односно службе која је обавља.

Свака подршка захтева прављење плана интервенција (индивидуалног плана подршке), који подразумева контекстуалну и функционалну анализу понашања, при чему се посебна пажња обраћа на дететов развојни ниво и на развој језичких способности детета/адолесцента (92). Укупни развој детета може бити и под утицајем других удружених медицинских проблема, односно животних догађаја (93) па се и о томе мора водити рачуна приликом креирања плана интервенција. Због ових ситуација пресудни значај има укључивање свих релевантних сектора (здравство, социјална заштита, образовање) и расположивог цивилног сектора у планирање и реализацију ИПП.

Након постављања дијагнозе ПСА родитељима треба пружити помоћ како би разумели дијагностичке процесе, симптоме, пратеће проблеме, прилагођавање, право на образовање, третмане итд. У литератури је описано неколико десетина различитих приступа у третману деце, младих и одраслих особа са ПСА који се, условно, могу поделити на свеобухватне моделе интервенција, фокусиране интервенције и еклектичке програме.

- А. 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 око заједничког концептуалног оквира; операционализација (тј. 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) (94).
- В. Фокусиране интервенције се креирају тако да утичу на појединачне вештине или циљеве код особа са ПСА (95). Ове праксе су операционално дефинисане, утичу на специфичне исходе учења и делују током краћег временског периода (углавном док се задати циљ не постигне). Изводе се самостално или као елемент у оквиру 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 оквиру свеобухватних, бихевиорално оријентисаних програма, као што је примењена бихевиорална анализа (АВА).
- С. У процесу индивидуалног планирања за поједине особе са ПСА могу се правити и тзв. еклектички програми, који се заснивају на комбинацији различитих стратегија и приступа (нпр. PECS, подучавање дискриминативним налозима и позитивна бихевиорална подршка). Ове интервенције се спроводе са уверењем да индивидуално креирани програми, компоновани од различитих елемената, имају боље ефекте од свеобухватних модела интервенција.

Интервенције засноване на доказима

Под интервенцијама заснованим на доказима подразумевамо оне интервенције које су подвргнуте 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. У току 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 (96).

Такође, постоји несразмера у погледу хронолошке старости испитаника обухваћених истраживањима. За разлику од неколико стотина истраживачких студија које се баве ефектима третмана код деце и младих, пронађено је само 13 истраживања која се баве ефикасношћу третмана код одраслих особа са ПСА (97).

Упркос готово апсолутној сагласности да се у пракси треба одредити за интервенције засноване на доказима, не постоји доследност у операционализацији самог појма такве интервенције (94).

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 доменама програм може сматрати ефикасним.

Упркос уоченим разликама у одређивању кључних појмова и методолошком дизајну, у последњој деценији публиковани су налази два независна истраживачка тима о интервенцијима заснованим на доказима код особа са ПСА. У даљем тексту ове студије биће означаване енглеским акронимима NAC и NPDC (National Autism Center и National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders), а њима би требало придодати и свеобухватни приказ пракси заснованих на доказима за децу, омладину и млађе одрасле особе са ПСА, који представља екстензију NPDC студије (94).

Не постоји интервенција, ма колико била заснована на доказима, која има ефекте код свих особа са ПСА нити интервенција која ће увек бити у истој мери ефикасна у различитим периодима живота.

Приликом одабира одговарајућих интервенција, осим чињенице да се интервенција заснива на доказима требало би узети у обзир и друге елементе. Тим који након свеобухватне процене детета заједно са родитељем израђује ИППП мора да има у виду и читав низ специфичних чинилаца, нпр. карактеристике саме особе (пол, узраст, степен интелектуалног функционисања, тежина ПСА, коморбидна стања), њена ограничења и капацитете, али и културолошки оквир у коме се интервенција реализује.

Истраживања показују да постојање доказа о научној заснованости одређених интервенција, 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 се родитељи особа са ПСА сагласити са постављеним циљевима, процедуром третмана и његовим исходима. У избору интервенција заснованих на доказима NAC и NPDC цитирали су 828 научних радова. Само у 26,7% тих радова предочене су директне мере социјалне валидности (98). Према налазима ових аутора, три најчешћа индикатора социјалне валидности јесу задовољство родитеља, клинички значајне промене у понашању и очекивање да ће конкретна друштвена заједница вредновати промене остварене третманом.

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

Отуда се у савременој литератури користи синтагма *пракса заснована на доказима*, која осим истраживачких налаза узима у обзир и карактеристике клијента и његовог окружења, као и клиничку експертизу односно експертизу релевантних стручњака који раде са децом са ПСА (98).

У реализацији модела интервенција обично се ангажују дефектолози, 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 праве се индивидуални програми подршке. У осмишљавању и реализацији интервенција учествује тим стручњака. Родитељи су важни чланови тима у процесу одређивања 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, због специфичности извођења у природном окружењу, обично 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, какав је случај са нпр. бихевиоралним интервенцијама (96). 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.

Развојни приступи

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 овим 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 ове програме мање интрузивним у односу на класичне бихевиоралне процедуре. 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.

Типичан представник развојних приступа је развојни, индивидуално диференцирани и на односима утемељен модел. Цео модел се заснива на блиској сарадњи дефектолога, логопеда, лекара, наставника и родитеља у креирању плана интервенције који почива на „јаким странама“ сваког појединачног детета и његовим специфичним потешкоћама. Најпознатија терапеутска техника развијена у оквиру овог приступа позната је под називом *floortime*. *Floortime* терапеут прати интересовања појединачног детета и његову спонтану игру, а затим поставља изазове који подстичу његов социјални, емоционални и интелектуални развој. Значајна пажња се посвећује истрајном стварању везе између детета са ПСА и његових родитеља, а потом и других особа из окружења.

Неки модели интервенције, иако развојни по својој теоријској оријентацији, користе стандардне бихевиоралне технике. Веома познати *денверски модел са раним почетком* (Early Start Denver Model) повезује принципе раног развоја са научно провереним техникама примењене бихевиоралне анализе, примењујући их у свакодневним рутинама (игра, купање, храњење итд.). На тај начин се прилике за учење пружају у различитим и природним животним

контекстима, што доприноси спонтаној генерализацији научених вештина. У овом тренутку постоје јасни докази о ефикасности денверског модела у подстицању социјалне комуникације, когнитивних способности и адаптивног функционисања деце са ПСА (99).

Бихевиоралне интервенције

Бихевиоралне интервенције спадају у најбоље проучене и научно верификоване приступе у третману особа са ПСА. У највећем броју случајева се заснивају на принципима примењене анализе понашања (познатије по енглеском акрониму АВА), иако неки савремени бихевиорални приступи у програм интервенције укључују и елементе развојних приступа. Бихевиоралним интервенцијама се утиче на развој социјалних вештина, комуникације, регулисање социјално неприхватљивих облика понашања, усвајање школских знања и слично, а понекад се 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.

Бихевиорално оријентисани програми ране интервенције обухваћени су кровним термином *рана интензивна бихевиорална интервенција*. Најпознатији програми ове врсте су: подучавање дискриминативним налозима, третман кључних одговора, денверски модел са раним почетком, прелингвистичко подучавање у окружењу и напредно подучавање у окружењу. Рандомизирани контролисани студије и студије на једном случају потврђују ефикасност наведених интервенција (99).

У праксе засноване на доказима спадају фокусиране бихевиоралне интервенције из којих се састоје свеобухватни бихевиорални програми (подстицање, моделовање, диференцијално поткрепљивање, гашење и сл.). Подстицање је активност путем које детету сигнализирамо какав се одговор од њега очекује и на тај начин повећавамо вероватноћу јављања прикладног одговора. Моделовање је процедура током које се детету приказује узорак жељеног понашања, а дете учи посматрањем и имитирањем модела. Диференцијално поткрепљивање је често коришћена техника поткрепљивања пожељног понашања при чему се други, непожељни облици понашања не поткрепљују, уз очекивање да ће се пожељно понашање учврстити, а непожељно постепено гасити. Ускраћивање поткрепљења у основи је технике гашења којом се обично регулишу непожељни облици понашања код деце са ПСА. У праксе засноване на доказима спадају и технике процене које су у основи бихевиоралних интервенција (анализа задатака, функционална процена понашања), као и специфични програми који се заснивају на бихевиоралним принципима (81, 87).

Сваки бихевиорални третман мора се реализовати по јасно утврђеним правилима. Квалитет третмана зависи од његовог интегритета и процедуралне тачности.

За разлику од свеобухватних бихевиоралних програма који подразумевају вишегодишњу обуку, фокусиране интервенције се могу савладати релативно брзо, што је посебно значајно за укључивање родитеља и вршњака у реализацију третмана. У обуци за фокусиране интервенције се, осим стандардних предавања и приручника, користе видео-моделовање, играње улога, а у последње време су израђени и софтверски пакети за увежбавање бихевиоралних интервенција са виртуелним дететом.

Посредоване интервенције

Поједини модели интервенција нису класификовани на основу теоријске оријентације, већ су примарно дефинисани процесом путем кога се интервенција реализује. У ову групу интервенција спадају интервенције које спроводе родитељи, интервенције које реализују вршњаци и они облици третмана који се спроводе уз употребу асистивне технологије (94). Сви ови облици интервенције укључују интензивну подршку и подучавање које родитељима, вршњацима те васпитачима или наставницима када се примењују у школама пружају стручњаци. Углавном је реч о бихевиорално оријентисаним приступима, али и развојним приступима, као што је на пример интервенција заснована на рутинама.

Интервенције које спроводе родитељи

Разноврсне интервенције које спроводе родитељи имају првенствено за циљ да подстакну учење и развој код деце са ПСА, али и да пруже адекватну подршку њиховим родитељима. У овим интервенцијама родитељи преносе оно што их стручњаци науче – како да на најкориснији начин поступају са дететом у кућним условима.

Актуелном Cochrane метааналитичком студијом из 2016. године анализирани су ефекти интервенција које су код деце са ПСА спроводили родитељи (101). Прегледом су обухваћене искључиво рандомизирани контролисани студије, али је ипак уочен висок степен пристрасности. Нису утврђени значајни ефекти овог модела интервенција у развоју комуникационих и адаптивних способности, спонтаном иницирању интеракција са родитељима и смањивању родитељског стреса. Најочигледнији ефекти постигнути су у остваривању заједничке пажње, уз могуће позитивне ефекте у области разумевања говора и смањења тежине ПСА.

До супротстављених закључака о ефектима интервенција које спроводе родитељи долази се и у студијама праћења, тј. оним истраживачким пројектима у којима је група деце са ПСА процењивана у више различитих временских узорака како би се установила ефикасност интервенције након одређеног периода (102, 103). Недостатак ових студија је кратак период праћења и релативно мали испитивани узорак.

У овом тренутку постоји само једна рандомизирана контролисана студија којом су испитани дугорочни ефекти интервенције у области социјалне комуникације, коју су спроводили родитељи (104). Програм ране интервенције спроведен је на пацијентима узраста од две до четири године, а дугорочни ефекти су праћени након нешто мање од шест година. У тренутку праћења дошло је значајног смањења тежине ПСА у експерименталној групи, и то не само у области социјалне комуникације већ и у домену стереотипних и репетитивних облика понашања. Експериментална и контролна група нису се битније разликовале у односу на степен развоја експресивног и рецептивног говора.

С тим у вези у свету се користи програм који се назива тренинг родитељских вештина (*Parental Skill Training – PST*), који су осмислили организација *Autism Speaks* и СЗО. Програм обухвата рад с родитељима који имају децу узраста од 2 до 9 година, а 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, родитељи), а они касније организују сусрете с родитељима којима је потребна обука, како кроз групне активности (пролаз кроз дефинисане модуле тренинга), тако и кроз теренске посете да би се породицама помогло у постављању специфичних циљева и да би се обезбедио

тренинг на лицу места током интеракције између родитеља и детета. Програм подразумева употребу специфичних пратећих материјала у току едукације.

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

Интервенције које спроводе вршњаци

Укључивање вршњака из опште популације у реализацију програма интервенције показало се као веома делотворно. 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 и делују подстицајно на њихов развој. Рандомизирани контролисани студије указују на супериорност вршњачки посредованих интервенција у односу на третмане које су спроводиле одрасле особе (105). Према класификацији Националног центра за аутизам, облици третмана (подршка развоју) засновани на обуци вршњака спадају у делотворне интервенције (106).

Асистивне технологије

У асистивне технологије спада сва она опрема која се користи за повећање, одржавање или побољшање функционалних способности особа са ометеношћу, независно од тога да ли је креирана у комерцијалне сврхе или је настала модификацијом односно прилагођавањем већ постојећих производа (105). Код особа са ПСА асистивна технологија се користи у циљу побољшања комуникације и социјалних интеракција, савладавања отпора према променама те као помоћ у учењу и организацији слободног времена. Употреба асистивне технологије не омета развој вербалне комуникације код деце са ПСА. Асистивна технологија обухвата некомпјутерска и компјутерска помоћна средства, као и видео технологију.

Од некомпјутерских помоћних средстава најпознатији су визуелни распореди и систем комуникације заснован на употреби и размени слика, познатији као PECS. Компјутерска технологија подразумева употребу адаптираних апликација и уређаја, као и образовних програма, од којих су највише изучавани преносиви електронски уређаји за генерисање говора (нпр. VOCA) и комуникатори.

НАС је интервенције засноване на употреби технолошких средстава, аугментативне и алтернативне комуникације, као и PECS, уврстио у категорију „интервенција у настајању“ [9]. То су интервенције за које постоје извесни докази о ефикасности, али су потребна додатна истраживања како би се донео коначни закључак о исходима наведених третмана. Изузетак су распореди, који спадају у интервенције засноване на доказима.

У неким истраживањима различити облици визуелне подршке, PECS, VOCA и видео-моделовање (бихевиорална техника заснована на употреби асистивне технологије) препознати су као праксе засноване на доказима (81, 94).

Друге интервенције

Музикотерапија је психотерапијска техника која користи музику или звук у дијагностичке и терапијске сврхе. Примена музикотерапије захтева специјализовану обуку. У Cochrane-

не студији којом је обухваћено десет рандомизираних контролисаних истраживања добијени су налази о позитивним ефектима музикотерапије у развоју социјалних интеракција и комуникације, унапређењу адаптивног функционисања и побољшању квалитета односа између деце са ПСА и њихових родитеља. С обзиром на мали број испитаника у анализираним студијама и нејасне податке о дуготрајности постигнутих ефеката, потребна су додатна истраживања о ефикасности музикотерапије у третману особа са ПСА (108).

Реедукација психомоторике је терапијска метода која се развила у оквиру дечје психијатрије на француском говорном подручју. Као својеврсан облик неуропсихолошке рехабилитације, она је нашла широку примену у третману хиперкинетичког поремећаја, диспраксије, дистнозије, поремећаја тонуса, тикова, анксиозних стања итд. Савремени аутори који пишу на француском, шпанском или португалском језику овај облик третмана називају *психомоторичка интервенција*. У англосаксонској литератури користи се термин *третман покретом*, који је, у односу на психомоторичке интервенције, концептуално удаљенији од оригиналног реедукативног приступа. Позитивни ефекти реедукативног приступа углавном су приказани у студијама случаја француских и шпанских аутора (96, 97). У једном од ретких истраживања у којима су деца са ПСА укључена у програм психомоторичке интервенције, у поређењу са контролном групом испитаника који су пратили уобичајени едукативни програм утврђени су позитивни ефекти реедукативног третмана у дефинисању доживљаја телесне целовитости и просторној организованости (111). Потребна су додатна испитивања како би се утврдила ефикасност третмана заснованих на покретима у раду са децом са ПСА.

Интервенције специфичне за ПСА

ТЕАССН

Програм ТЕАССН заснован је на структурисаном подучавању чији су основни елементи: физичка организација, визуелна структура, распореди, индивидуални системи рада и рутине. Окружење, материјал и методе рада прилагођавају се стилу учења особа са ПСА. У почетку је овај метод био коришћен само у специјалним школама, а данас се примењује у различитим окружењима (породични дом, редовна школа, школа за децу са сметњама у развоју, радно окружење) и у раду са особама различитог узраста.

Применом овог програма најбољи ефекти се остварују у области социјалног развоја и редукцији маладаптивних облика понашања, док је ефекат на когнитивне способности, вештине комуникације, активности свакодневног живота и моторичке вештине готово занемарљив (112).

НАС је уврстио структурисано подучавање у категорију интервенција у настајању код којих су потребна додатна, методолошки пажљиво осмишљена истраживања како би се евентуално потврдила њихова ефикасност (98).

Социјалне приче

Социјалне приче представљају специјално дизајниране кратке и једноставне текстове, писане у првом или трећем лицу једнине, из перспективе детета, односно особе која испољава потешкоће у области социјалних вештина. Могу бити у папирној или електронској форми, а у последње време се креирају и различите верзије социјалних прича засноване на аугментативној реалности. Обично се користе за учење социјално пожељних понашања, изоловано или у комбинацији са техником видео-моделовања.

Будући да примена ове технике подразумева високи степен индивидуализације, њена ефикасност је углавном испитивана студијама на једном случају. Метаанализом 18 студија на једном испитанику пронађено је да су применом ове интервенције постигнути извесни ефекти у области редукције социјално неприкладног понашања код деце са ПСА, док су у области развоја нових социјалних вештина ефекти социјалних прича веома скромни (113).

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 наведена стања не представљају кључне клиничке карактеристике ПСА. У циљу регулисања придружених проблема креирају се индивидуализовани програми интервенције.

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 код деце са ПСА креће се у распону од 46% до 89%, у зависности 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), најефикасније бихевиоралне интервенције за регулисање проблема исхране јесу трансфер стимулусне контроле (нпр. родитељи постепено преузимају терапеутску улогу), гашење и диференцијално поткрепљивање (114).

Касно успављивање, честа буђења ноћу и мања количина сна најчешћи су проблеми спавања код 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 (115). Утицај ароматерапије на поремећај спавања није доказан (116).

У регулисању сензорне преосетљивости и других проблема сензорног процесирања креира се специфично образовно окружење, усаглашено са потребама сваког појединачног детета. Одговарајућа упутства у вези са прилагођавањем простора и постепеним навикавањем на сензорне дражи треба дати и родитељима. Специфични програми интервенције као што су сензорна интеграција и третман у мултисензорном окружењу, као 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 (117).

Постоје докази о ефикасности когнитивно-бихевиоралне терапије у смањењу анксиозности код особа са ПСА (118), 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 (116).

У Табели 4. даје се приказ свеобухватних модела третмана и фокусираних интервенција, класификованих у четири групе.

Табела 4. – Класификација интервенција за децу са ПСА према степену доказане ефикасности

I група – највиши степен доказане ефикасности	II група – умерен степен доказане ефикасности	III група – недовољно доказа о ефикасности	IV група – потенцијално штетне интервенције
Анализа задатка ^{с,к}	Аугментативна и алтернативна комуникација	Ароматерапија	Акупунктура
Асистивне технологије ^{с,к,п}	Развојни приступи засновани на односима	Brain Gym	Фацитилитирана комуникација
Бихевиорално преусмеравање ^{с,к,п}	Интеракција заснована на имитацији	Floortime	Хелација
Диференцијално поткрепљивање ^{с,к,п}	Тренинг иницирања интеракције	Хомеопатија	Хипербарична оксигенација
Функционална процена понашања ^{к,п}	Језички тренинг	Интервенције засноване на покрету	Холдинг терапија
Функционално-комуникациони тренинг ^{с,к,п}	Масажа	Концептуалне мапе	Кранио-сакрална терапија
Гашење ^{с,к,п}	Музикотерапија	Милеров метод	Секретин
Интервенције које спроводе родитељи ^{с,к}	PECS	Neurofeedback	Витамински суплементи
Интервенције које спроводе вршњаци ^{с,к,п}	Реџукација психомоторике	Рестриктивне дијете	
Интервенције засноване на манипулисању антецедентима ^{с,к,п}	Мултикомпонентни третман	Sense театар	
Когнитивно-бихевиоралне интервенције ^{с,к,п}	Редукционистичка интервенција	Сензорна интеграција	
Моделовање ^{с,к}	Третман излагањем	Son-Rise	
Натуралистичке интервенције ^{с,к,п}	Знаковни језик	Стратегија подучавања социјалног понашања	
Подстицање ^{с,к,п}	Третман социјалне комуникације	Терапија дневног живота	
Подучавање дискриминативним наложима ^{с,к,п}	TEACCH	Тренинг аудитивне интеграције	
Самоусмеравање ^{с,к,п}	Увежбавање теорије ума	Третмани уз помоћ животиња	
Скриптинг ^{с,к}			
Социјалне приче ^{с,к,п}			
Структурирана групна игра ^{с,к,п}			
Тренинг социјалних вештина ^{с,к,п}			
Третман кључних одговора ^{с,к}			
Вежбање ^б			
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

Фармаколошке интервенције за децу и младе

Општи принципи примене фармакотерапије код деце и младих

Примена фармакотерапије код деце и младих у сваком смислу представља изазов за клиничара; он мора да поседује знање и вештине за примену, али и спремност да их континуирано унапређује. Деца и млади су сензитивнији на нежељене ефекте фармакотерапије него одрасли (119), због чега је иницијација третмана јако важна. Кад год је могуће, препорука је да се почне са врло малом дозом лекова, уз постепено повишење дозе у периоду од неколико дана до неколико недеља. Мада је метаболизам код деце и младих бржи у односу на одрасле (због чега влада мишљење да су потребне и више дозе), генерално гледано, више дозе не показују бољу ефикасност, осим код појединих лекова (120).

Такође је важно напоменути да су готово сви медикаменти који се примењују код деце и младих, а то се највише односи на психофармаке, ван индикационих подручја датих упутством о леку, због чега је важно о томе обавестити родитеље/старатеље, али и децу и адолесценте уколико то њихов развојни ниво дозвољава. Објашњење подразумева да им се саопшти да дати лекови нису препоручени за примену код деце, али да су неопходни у третману и да представљају лек избора. Често се 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 никако не представља каузално решење (лекови не лече ПСА), већ симптоматско и увек се примењује у комбинацији с другим третманима (120). Не постоје контролисане, дуготрајне студије праћења које би показале да фармаколошке интервенције утичу на основне симптоме поремећаја; такође, врло су оскудне студије које пореде ефикасност фармаколошких и нефармаколошких интервенција код деце и младих са ПСА (6, 83).

Најчешће фармаколошке интервенције код деце 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 код деце са аутизмом који се могу третирати лековима јесу 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 (6). Фармаколошке интервенције које се јављају с другим медицинским стањима, као што је епилепсија, неће бити описане у овим смерница, 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), као и дечјих дневних рутина (спавање, дневне активности, оброци и сл.).

Примена лекова и доношење одлуке о њиховом избору пре свега је у рукама лекара, а давање било каквих фармаколошких препарата од стране нестручних особа може имати озбиљне последице по здравље и безбедност детета.

У наставку се наводе 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 инхибитори преузимања серотонина (SSRI)

SSRI и други антидепресиви се често преписују особама са ПСА (121), 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, употреба SSRI за лечење депресије се заснива на клиничким студијама код одраслих пацијената без ПСА (122). У додатно разматрање треба узети и доказ о повишеној склоности ка нежељеним ефектима код деце са ПСА (123). Због свега наведеног, ми препоручујемо употребу SSRI у малим дозама, са титрирањем доза и континуираним праћењем пацијентовог стања како би се детектовали могући нежељени ефекти терапије.

Општи закључак је да није утврђена ефикасност SSRI лекова код деце са ПСА.

У Србији је одобрена употреба флуоксетина код деце старије од осам година у третману депресије. Агенција за лекове и медицинска средства га не препоручује за лечење других стања. **Сертралин** 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 интересу пацијента.

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. **Кломипрамин** је показао одређену супериорност у односу на плацебо у редукцији раздражљивости, стереотипних, ритуалних и компулзивних радњи код деце са ПСА (124). У случају давања кломипрамина препоручује се појачан мониторинг појаве значајних нежељених ефеката, али не постоји општа сагласност о препоруци коришћења код деце са ПСА.

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

Антипсихотици

Антипсихотици прве генерације

Ова група лекова делује као блокатор допаминских рецептора, а осим пожељних антипсихотичких ефеката узрокује и значајне нежељене ефекте (првенствено симптоме дисфункције екстрапирамидалног система, метаболичке дисбалансе и седацију). Плацебо контролисане двоструко следе студије показале су супериорност **халоперидола** у смањењу психомоторне узнемирености, агресивног понашања и стереотипија код деце са ПСА, уз испољавање значајних нежељених ефеката који се могу контролисати титрацијом дозе (125–129).

У Србији је одобрена употреба халоперидола код деце у третману тежких поремећаја понашања (посебно удружених са појачаном активношћу и агресијом), Gilles de la Tourette-овог синдрома и шизофреније.

Атипични антипсихотици

Атипични антипсихотици или антипсихотици друге генерације своје дејство испољавају са мањим антагонистичким дејством према допаминским, а већим према серотонинским рецепторима. Ови 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. **Рисперидон** је у добро контролисаним студијама показао ефикасност и добру подношљивост у краткорочном (6 недеља) и средњорочном третману агресивности, иритабилности, самоповређујућег понашања и стереотипија код деце старије од пет година са ПСА (130–133). Примена рисперидона има предност у односу на друге антипсихотике прве генерације. **Арипипразол** је у поређењу са рисперидоном показао сличну терапијску ефикасност. Сматрало се да је испољавање метаболичких нежељених ефеката мање, али то није доказано када су у питању деца са ПСА (134). **Оланзапин** је у недовољно контролисаним студијама показао ефикасност у општем функционисању деце са ПСА (135) уз добро позната и значајна метаболичка нежељена дејства праћена повећањем телесне тежине.

Не постоји довољно доказа о ефикасности и подношљивости **кветиапина, зипразидона, асенатина и клозапина** код деце са ПСА. **Луразидон и зипразидон** се испитују у великим добро контролисаним студијама са оптимистичким подацима у вези са значајним смањењем метаболичких нежељених ефеката (136).

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

У лечењу иритабилности повезане са аутистичним поремећајем Агенција за лекове и медицинска средства у Србији до сада није дала прецизну препоруку у вези са арипипразолом. Оланзапин се у Србији не препоручује за примену код деце и адолесцената млађих од 18 година услед недостатка података о безбедности и ефикасности.

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

Метилфенидат

Метилфенидат се показао као ефикасан у третману симптома хиперкинетског поремећаја код деце са ПСА (83). Ипак, проценат деце која реагују на терапију је нижи, а проценат деце која прекину терапију због нежељених ефеката је виши у поређењу са децом која имају хиперкинетски поремећај. Најчесталији нежељени ефекти су били пад апетита, несаница и емоционална нестабилност (6, 83, 93).

У Србији је метилфенидат са продуженим ослобађањем (Concerta®) доступан и одобрен за употребу код деце и младих узраста од шест до 18 година са дијагнозом хиперкинетског поремећаја.

Метилфенидат се може примењивати код деце са хиперкинетским поремећајем и ПСА, мада је ефикасност терапије мања него код деце са хиперкинетским поремећајем без ПСА.

Атомоксетин

Истраживања су показала ефикасност овог лека у третману хиперкинетског поремећаја код деце са ПСА (33). Лек се добро подноси, а најчесталији нежељени ефекти лека су били

умор, мучнина и пад апетита. За максимални ефекат атомоксетина је потребно дуже време, понекад и до 6 месеци континуиране терапије овим леком (34, 70).

Атомоксетин је лек који тренутно није регистрован у Србији. Атомоксетин се може примењивати у третману хиперкинетског поремећаја код деце са ПСА.

Клонидин и гуанфацин

Алфа-адренергични агонисти, који се користе у третману хипертензије, у неким земљама су одобрени и у третману хиперкинетског поремећаја (83).

У Србији није одобрена употреба клонидина и гуанфацина у третману хиперкинетског поремећаја.

Остали лекови

Налтрексон

Употреба налтрексона код младих са аутизмом има ефекат на хиперактивност и иритабилност, али не постоји довољно доказа о утицају на кључне симптоме аутизма (70, 80).

Налтрексон је у Србији регистрован и одобрен једино за третман зависности од опијата.

Секретин

Ово је једна од највише истраживаних супстанци у третману ПСА. И поред великог броја истраживања, ефикасност секретина у третману ПСА није доказана (6, 83, 93).

Секретин се не препоручује за третман симптома ПСА код деце и младих.

Окситоцин

Познато је да је окситоцински систем повезан са социјалним понашањем и неколико мањих пилот студија је дало обећавајуће резултате о утицају окситоцина на контакт очима и емоционално препознавање код деце са ПСА (6, 83). Тренутно су у току бројна клиничка истраживања ове супстанце као помоћне терапије (уз бихевиоралну терапију као основу) у третману особа са ПСА и тек ће резултати тих студија дати јаснију слику о ефикасности овог хормона у третману ПСА.

Мелатонин

Природни хормон који је важан за регулацију циркадијалног ритма биолошких функција, укључујући спавање. Постоји више студија о корисности мелатонина за децу и младе са ПСА који имају проблеме спавања (83, 93). Ниједна студија није показала статистички значајне нежељене ефекте због употребе мелатонина (83).

Код деце и младих са проблемима спавања који нису решени бихевиоралним интервенцијама треба размотрити увођење мелатонина како би се побољшало спавање.

Мелатонин треба употребљавати у договору са педијатром или психијатром који има искуства у збрињавању проблема спавања код деце са ПСА и употреба увек треба да буде повезана са бихевиоралним интервенцијама.

Пре увођења мелатонина потребно је водити дневник спавања. По увођењу треба наставити са мерама хигијене сна (устајање и одлазак на спавање у исто време, избегавање спавања преко дана) и са вођењем дневника спавања. Мелатонин се у Србији налази у слободној продаји и набавља се без рецепта, али нема препоруку за употребу код млађих од 18 година.

Антиепилептични лекови

Неки антиконвулзивни лекови као што су **валпроат, ламотригин и карбамазепин** користе се у третману поремећаја расположења, али и симптоматски, за третман импулсивности и агресивности (83, 137).

Не постоји довољно доказа како би се препоручила употреба антиепилептичних лекова код деце само са ПСА; потребне су даље студије са већим бројем деце.

Глутаматергички и ГАБА-ергички агенси

Иако су претклинички подаци били обећавајући, већина ових супстанци (**амантадин, рилузол, мемантин**) у РДСПК студијама нису успели да покажу ефикасност у третману ПСА (83). Новија истраживања се фокусирају на испитивање ефикасности ових лекова у комбинацији са рисперидоном и потребна је репликација резултата у већим студијама.

Још увек не постоји задовољавајућа количина доказа из клиничких студија која би показала јасну ефикасност за употребу било ког фармаколошког третмана у рутинском лечењу кључних симптома ПСА.

Постоји одређени број доказа који подржавају употребу рисперидона и ариприразола у лечењу репетитивних образаца понашања. Међутим, узимајући у обзир потенцијалне нежељене ефекте ових лекова, њих не би требало користити за рутинско лечење репетитивних симптома. Уколико се клиничари ипак одлуче за овакав корак, врло је битна евалуација односа ризика и користи од овог типа терапије.

Мелатонин је доказано делотворан у лечењу проблема спавања код деце са ПСА и добро се подноси.

Постоји задовољавајући број доказа ефикасности метилфенидата у лечењу ADHD код деце са ПСА. Атомоксетин се може размотрити као добра алтернатива за метилфенидат. Одређене студије указују на то да би у лечењу овог типа симптома од помоћи могли бити и рисперидон и ариприразол.

Комплементарне и алтернативне методе третмана (КАМ)

КАМ су облици третмана који се не темеље на научним стандардима; према дефиницији Националног центра за комплементарну и алтернативну медицину (National Center for Complementary and Alternative Medicine), КАМ представљају „скуп различитих медицинских и здравствених система, пракси и производа који не припадају конвенционалној медицини“. Скоро једна трећина деце са постављеном сумњом на ПСА још пре формалне дијагнозе имала је неку врсту примене КАМ, а у једној студији је чак 92% родитеља деце са ПСА из средње класе одговорило позитивно на питање да ли су примењивали КАМ интервенције (138). Иако су овакве интервенције веома разнолике, оне имају неке заједничке карактеристике:

- Као доказ за ефикасност третмана углавном се наводе анегдотска запажања, сведочанства чланова породице, а понекад и резултати истраживања у којима није

примењена одговарајућа методологија. Наводе се анегдотска запажања о видљивим променама у понашању врло брзо након опорчињања интервенције (125, 126).

- Аутори псеудонаучних концепција на супротна мишљења обично реагују догматским ставовима или модификацијама постојеће „теорије“.

КАМ интервенције које се примењују код ПСА се могу поделити на „небиолошке“ и „биолошке“. У прве спадају интервенције као што су АИТ (тренинг аудитивне интеграције), оптометрија понашања, кранио-сакрална манипулација, интервенције базиране на терапијској улози животиња, фацитирана комуникација. У биолошке спадају нпр. имунорегулаторне интервенције (дијета која искључује намирнице које могу да буду алергени, примена имуноглобулина или антивирусних средстава), детоксификационе терапије (нпр. хелација), гастроинтестинални третмани (нпр. примена дигестивних ензима, антимицотичне терапије, пробиотика, дијете без глутена и казеина, квасца, примена Vancomycin-a), као и примена дијететских суплемената за које се претпоставља да делују на неуротрансмисију, путем имунолошког система или епигенетичких механизма (нпр. витамини А, С, витамин В6-Mg, фолна киселина, витамин В12, диметилглицин и триметилглицин, карнозин, омега-3 масне киселине, инозитол, различити минерали итд.). Већина познатих КАМ интервенција наведена је у Табели 5.

Табела 5. – Комплементарне и алтернативне методе третмана

Група КАМ	Врсте КАМ
КАМ са недовољним и нејасним доказима о ефикасности	<ul style="list-style-type: none"> • примена аминокиселина и суплемената • интервенције базиране на примени животиња • оптометрија понашања • експресивна психотерапија • дијета без глутена и казеина • терапије звуком (нпр. Samonas Sound Therapy и Listening Programme) • масажа и друге интервенције на сензорној основи • примена омега-3 масних киселина
КАМ са доказаном неефикасношћу, чија примена не може да се препоручи	<ul style="list-style-type: none"> • примена диметилглицина • група интервенција заснованих на теорији о присутности можданог оштећења код деце са ПСА, као што су Doman-Delecatо или Glenn Doman програм
КАМ које се не препоручују јер носе здравствене ризике по дете	<ul style="list-style-type: none"> • примена антибиотика и антимицотичних лекова • акупунктура • примена великих доза витамина С • хелација • кiroprакса • кранио-сакрална терапија • дигестивни ензими • примена фолата • холдинг терапија • хипербарична комора • интравенозна примена имуноглобулина • примена секретина • примена комбинације витамин В6-Mg • примена цинка

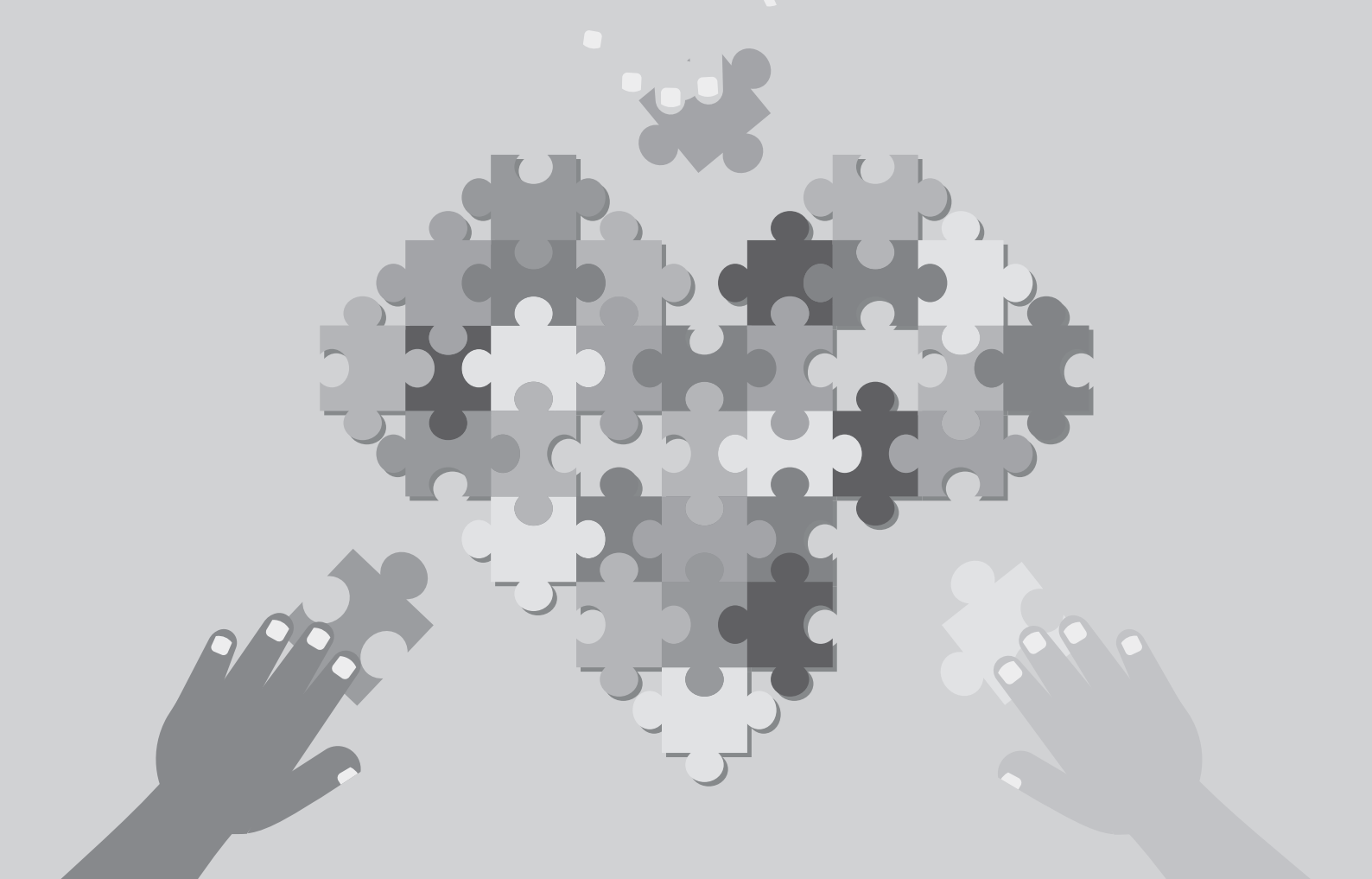
С обзиром на раширену примену ових метода и могуће неповољне ефекте, потребно је да стручњаци који помажу деци и родитељима буду отворени за разговор на тему употребе КАМ. Треба добити информације о ранијој и садашњој примени, разлозима за примену, дати избалансиране одговоре и савете, идентификовати могуће ризике и потенцијалне штетне ефекте. Са родитељима је важно разговарати о принципима научног доказивања ефикасности

интервенција, дати одговарајуће информације у вези са проценом квалитета информација и препознавањем псеудонаучних тврдњи и указати да истраживања која се односе на КАМ морају да задовоље исте критеријуме као и друга клиничка истраживања.

Одлука о примени КАМ треба да се заснива на процени:

- на који начин примењене КАМ интервенције делују додатно повољно на прихваћене интервенције које се примењују,
- ефеката инвестирања ограничених средстава (нпр. време, новац, људски ангажман) на интервенције које не дају очекиване резултате, а удаљавају родитеље од интервенција заснованих на доказима,
- 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 у вези са применом релевантних, сигурних и делотворних интервенција и терапија без обзира на то да ли су у питању прихваћене, „mainstream“ интервенције или КАМ интервенције. Одлука о примени одговарајуће интервенције треба да се заснива на поузданим доказима, као 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.



ИСХОД

Краткорочни и дугорочни исходи ПСА изузетно су варијабилни, тако да се на раном узрасту, а нарочито пре треће године живота, не може дати поуздана прогноза. Највећи број истраживања бави се краткорочним исходима ПСА, тј. променама у тежини клиничке слике, когнитивним, адаптивним и комуникационим способностима, у периоду од једне до десетак година након постављања дијагнозе. Истраживања дугорочних исхода углавном се односе на касну адолесценцију и зрело доба, уз врло мали број података о старим особама са ПСА.

Истраживање у којем су испитивани напредак у развоју вербалних способности и промене у тежини аутизма две године након иницијалне дијагнозе ПСА (која је постављена на просечном узрасту од 30 месеци) показало је да су више напредовала деца са боље развијеним невербалним способностима и лакшим облицима аутизма на иницијалном тестирању. Тип и интензитет третмана који су добила у овом периоду није имао значајан утицај на промене у клиничкој слици (140).

Бројна истраживања показују да су ефекти ране интервенције у значајној мери одређени карактеристикама детета и његовог окружења (141).

Процењена тежина аутизма на иницијалном тестирању има пресудан утицај на ефекте ране интервенције у домену когнитивног и адаптивног функционисања, као и у области тежине испољених симптома ПСА након спроведеног третмана. Могућност да се раном интервенцијом утиче на кључне клиничке симптоме ПСА зависи и од когнитивне и комуникативне

способности детета пре интервенције, времена када је третман започет (интервенција треба да почне што је раније могуће) и укључивања родитеља у реализацију третмана. Виши образовни ниво родитеља повезан је са бољим исходима у области когнитивног функционисања, док је у области адаптивног функционисања забележен позитиван утицај старости родитеља, а не њихов образовни ниво (142).

У малом броју лонгитудиналних истраживања деца са ПСА су праћена од друге године, када је дијагноза постављена, до раног школског узраста. У периоду од неколико година забележена је велика варијабилност у испољеној симптоматологији. Код деце са дискретније испољеним симптомима тежина аутизма је опадала у функцији времена, док су деца са типичном клиничком сликом забележила напредак у 48. месецу, да би се на узрасту од седам година њихово стање погоршало. Код обе групе испитаника забележен је напредак у когнитивном функционисању, утолико већи уколико је клиничка слика на иницијалном тестирању била лакша (143). Стереотипна понашања у другој години нису прогностички релевантан фактор. Насупрот томе, значајна преокупираност деловима објеката, специфична сензорна интересовања и моторички маниризми, опсервирани између треће и пете године, били су повезани са лошијим исходом у све три наведене области (144).

Индикатори дугорочних исхода ПСА јесу независност, запошљавање и пријатељство. На основу наведених индикатора, могући исходи ПСА сврставају су у пет категорија (врло добар, добар, осредњи, лош, врло лош). У неким истраживањима се, сажимањем прве две и последње две категорије, добијају само три категорије исхода: добар, осредњи и лош. Добар исход имају особе са ПСА које су запослене на плаћеним пословима и које имају пријатеље. Ове особе су релативно независне у активностима свакодневног живота, с тим што испитаници са добрим исходом (за разлику од врло доброг) захтевају изванредан ниво подршке. Особама са осредњим исходом потребна је подршка у активностима свакодневног живота ван резиденцијалног смештаја. Код особа са лошим исходом подршка се може остварити само у установама за трајни смештај, док је особама са најлошијим исходом потребна подршка у специјализованим здравственим установама.

Метаанализом 12 различитих истраживања са укупно 828 испитаника, који су у тренутку праћења имали између 12 и 64 године, добар исход је установљен код 20% испитаника, осредњи код 30%, док је преосталих 50% испитаника имало лош исход (145). Исход код одраслих особа са ПСА чији је IQ нижи од 50 увек је лош (146). Код одраслих особа са аутизмом чији је IQ већи од 50 добар исход је забележен у 22% случајева. Коефицијент интелигенције од 70 или више у периоду детињства повезан је са значајно бољим исходом. Међутим, пошто је варијабилност исхода изузетно велика, ни вербални ни манипулативни IQ нису поуздани прогностички индикатори (146–148).

У овом тренутку знамо да су очуване интелектуалне способности и појава говора до пете године живота повезане са могућим бољим исходом, док се епилептични напади, изражене бихевиоралне сметње и придружени психијатријски поремећаји по правилу доводе у везу са лошим исходом (149).

Обезбеђивање сервиса подршке детету и породици

ПСА је доживотно стање и особе са ПСА имају различите потребе (образовне, здравствене, социјалне и др.) у вези са овим стањем читавог живота. Како би се особама са ПСА омогућило да живе што самосталније, неопходно је да службе подршке омогуће разноврсне приступе и стратегије засноване на доказима и добрим праксама. Неопходна је мултисектор-

ска сарадња, у којој сваки од система треба да омогући планирање, дизајнирање и пружање подршке уз добру сарадњу с другим системима. Сада се дешава да родитељи „лутају“ унутар система подршке. Могуће је консултовање више лекара и здравствених радника, при чему се наилази на различите стратешке приступе у односу на ПСА. Честа је и неповезаност између система, а разликују се и нивои међусобне подршке. Остваривање координисане сарадње између система омогућило би свеобухватну подршку деци са ПСА и њиховим породицама.

Едукација професионалаца

Упркос све чешћем присуству ПСА код деце, повећању свести о овом проблему те интересовању стручне и шире јавности, и даље постоји проблем недовољне информисаности о ПСА, пре свега код стручњака који се баве децом и младима. То је врло често и разлог зашто се касни у започињању раних интервенција и програма подршке и помоћи (150, 151), односно зашто долази до релативно слабе сарадње између служби за пружање подршке и родитеља. Због тога је неопходно континуирано радити на едукацији свих пружалаца услуга деци и породици (здравствених радника, социјалних радника те 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 препознавали знаке и упућивали децу на специфичну дијагностику односно третман (152). Поред 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, па је њихова едукација још важнија.

Неопходно је да сви запослени у службама за подршку и помоћ деци (у оквиру здравственог, социјалног и образовног система) редовно преиспитују своја знања и вештине како би их унапређивали и усклађивали са савременим сазнањима и тиме боље препознавали ПСА, али и тељењије радили са децом и њиховим породицама у домену својих струка.

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 (153, 154). ПСА представља велику препреку у остваривању пуне родитељске улоге и извор је константног стреса за родитеље, како због тешкоћа у комуникацији, тако и због слабије адаптивбилности деце са ПСА. Кривица и осећај неефикасности у родитељској улози, средински стресори, однос са партнером, однос са широм породицом, однос са пријатељима и финансијска ситуација најчешће су извори незадовољства родитеља. Истакнуто је да се родитељи деце са ПСА у односу на родитеље деце која имају други облик развојних сметњи и инвалидитета сусрећу са израженијим психосоцијалним и економским стресорима (155, 156).

Тешкоће, неизвесност, потреба континуиране адаптације и погођеност целе породице захтевају константо разумевање, подршку и едукативни рад свих професионалаца који се баве децом са овим проблемом и њиховима породицама. У том смислу је саветовање у циљу бољег психосоцијалног прилагођавања потребно свакој породици, односно свим родитељима. Често су, због бављења децом, стручњаци занемаривали родитеље, а они су ти који преузимају одговорност и спроводе највећи део лечења, и физичког и психолошког, тако да се релативно мало може урадити за дете ако нема сарадње са родитељима. Због тога је потребно мотивисати

родитеље да препознају потенцијале и могућности своје деце, а не да акценат стављају на недостатке и дефиците, како би деци омогућили да се развијају у правцу што веће независности.

Третман ПСА у децјем добу укључује породично оријентисани приступ, у коме се сагледавају потребе породице у целини, а не само потребе детета са ПСА.

Родитеље и старатеље треба охрабривати да износе своје потребе за конкретном емоционалном подршком. То захтева да имају доступне информације, обезбеђене услуге и разрађен систем упућивања у установе вишег нивоа.

Родитеље деце са ПСА требало би оснажити знањем и вештинама како би могли да превазилазе стрес.

Осим информативне подршке, родитељи треба да добију и психолошку подршку кроз групе подршке и сусретања; здравствени радници који раде са децом у интервенцију треба да укључе и родитеље, да их обуче за слично поступање у кући и да са родитељима раде на превазилажењу постојећих личних проблема/дилема, односно да раде на оснаживању родитеља.

Брига о родитељу је брига за дете.

Обезбеђивање информација

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

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, тј. 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 (84, 157, 158). Осим пружања информација уско везаних за природу и манифестацију ПСА код детета, требало би омогућити информације (или изворе у којима се може доћи до информација) о расположивим интервенцијама и мерама неопходним за свеобухватну подршку деци и породици (услуге из система социјалне заштите и образовања) (159, 160). 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 су доступне на <http://deaps.org/saradnja-autism.html>.

Многобројне студије се баве питањем оснаживања породица за учествовање у доношењу одлука везаних за њихово дете и на значај утиска да је њихово мишљење у том процесу вредновано (161–163).

Информације које се обезбеђују родитељима треба да буду лако доступне за коришћење и представљене у разумљив начин.

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 овом раном периоду суочавања са ПСА свакако утичу на општи став породице према проблему (140, 151–154). 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, значајно је користити јасну терминологију у комуникацији са родитељима. Када пак постоји дилема око успостављања дијагнозе (нпр. гранична ситуација у односу на критеријуме за дијагностику), здравствени професионалац је у обавези да то објасни родитељима. Посебно су осетљива она стања где постоји коморбидитет између ПСА и других здравствених тегоба, социјалних услова, односно искустава у образовном систему.

Такође, врло је важно да стручњаци који саопштавају дијагнозу родитељима или другим члановима породице буду свесни могућности да период адаптације на дијагнозу може бити различите дужине и тежине те да неки родитељи могу имати проблеме у прилагођавању и различите емоционалне реакције (140, 151–154).

Ако је то могуће, за време постављања дијагнозе требало би обезбедити и краткотрајну здравствену негу детету, што би родитељима омогућило да се фокусирају на потпуно информисање о стању детета и на коришћење прилике да постављају питања која сматрају значајним.

Посебно је важно упознати родитеље, али и децу и младе са ПСА, са могућим компликацијама, и оним везаним за само стање и оним системским, не би ли се на тај начин предвидео додатни терет које само стање носи са собом (то се пре свега односи на краткотрајне и дуготрајне последице живота са ПСА).

Од чланова породице се очекује да преузму различите улоге у периоду успостављања дијагнозе, укључујући улогу котерапеута и онога који заговара дете. Поддршка породици у том периоду је од круцијалног значаја и може имати утицај на успешност интервенција надаље.

Умена и писана комуникација са породицом у време постављања дијагнозе мора бити квалитетна, уз укључивање писаних извештаја о исходима различитих процена које се користе приликом дијагностиковања.

Професионалци који су укључени у процес постављања дијагнозе морају се стално едуковати.

Деци, младим особама и њиховим родитељима треба рутински достављати писане информације. Ово подразумева и обезбеђивање копија дописа који су упућивани различитим професионалцима приликом процене стања детета.

Потребно је оснаживање деце, младих особа и њихових родитеља да континуирано уче о ПСА и о корисним интервенцијама и начинима подршке.

Подршка за време транзиције

Процес проласка кроз различите животне фазе (од предшколског периода до стања зрелости) препознаје се као посебан изазов за децу и младе људе који живе са ПСА. Иако су до-

ступни извори са доказима за овакве тврдње веома ограничени (168), познато је да је појачани контакт са службама подршке у том 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 потреба за подршком породици пре уласка у период транзиције није била препозната. Преиспитивање потреба за подршком и њихово планирање унапред, пре уласка у период транзиције, обезбеђује да се адекватне мере примене у право време, када су и најделотворније. Иако индивидуалне потребе за подршком могу варирати, неки основни аспекти подршке могу се генерално примењивати.

Породице и одговарајуће службе за лечење и подршку требало би да унапред донесу план мера подршке како би се смањио утицај транзиције кроз одређене животне фазе детета са ПСА.

Социјалне службе треба да успоставе контакте са породицама и да их интензивирају током периода транзиције.

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 дечији развој и компетентност (163).

Родитељима деце која су недавно добила дијагнозу ПСА, едукација и овладавање специфичним вештинама значајно поправљају ментално здравље и процес прилагођавања новонасталим условима (150, 154). Едукација родитеља позитивно утиче на: а) унапређење социјалних и комуникационих вештина детета; б) изазива позитивни ефекат на социјално понашање детета и његову комуникацију и на успешније родитељство и унапређење односа родитељ – дете (156, 157). Један од најпризнатијих програма едукација родитеља у свету јесте тренинг родитељских вештина (*Parental Skill Training – PST*). 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 предшколског узраста са ПСА препоручује се похађање предшколских програма.

Системи подршке

Укључивање у систем образовања и планирање транзиције

Образовни систем се препознаје као вредан ресурс у пружању континуиране, лако доступне подршке и детету и породици. Укључивање деце у систем раног образовања сматра се једним од важних услова за идентификацију деце под ризиком и за рану интервенцију (171). Професионалци из различитих система који су у контакту са породицом треба да подстакну и подрже породицу да дете правовремено укључи у образовни систем. Инклузивно образовање је стратешко опредељење и законска обавеза образовног система у Републици Србији (172). Деца са ПСА се по правилу образују у редовним групама и одељењима, а само када је то у најбољем интересу детета (по процени Интерресорне комисије (ИРК) и уз сагласност родитеља) и у развојној групи предшколске установе или школи за образовања ученика са сметњама у развоја и инвалидитетом (173).

Укључивањем детета у предшколски програм подржава се остваривање права детета на квалитетно предшколско васпитање и образовање путем стицања разноврсних искустава и прилика за игру, учење и учешће у заједничким активностима, лакши прелаз детета на следећи ниво образовања и остваривање континуитета у васпитно-образовном процесу. Значај вртића за породице деце са сметњама у развоју огледа се у пружању стимулативног окружења за дете, као и у јачању родитељских капацитета за адекватну бригу о детету (174). Родитељима на располагању стоје државне и приватне предшколске установе. Деца са ПСА имају приоритет приликом уписа у предшколску установу (175). Похађање предшколског програма је бесплатно за децу са сметњама у развоју и финансира се из буџета Републике Србије. Припремни предшколски програм обавезан је за сву децу у години пред полазак у школу (173).

Укључивање детета са ПСА у предшколску установу треба пажљиво планирати. План адаптације се прави тимски, у сарадњи са родитељима, пре поласка детета у вртић уз размену информација које су важне како би се сагледало дететово понашање и реаговање у различитим контекстима. Током процеса адаптације родитељи су непосредно укључени у рад васпитне групе и пружа им се правовремена стручна подршка (176).

Први разред уписује свако дете које пре почетка школске године има између 6,5 и 7,5 година. Основна школа има обавезу да прими свако дете које по месту становања припада територији школе. Информације од значаја за избор школе родитељи могу добити од запослених у школи или прегледом интернет презентација школа. Уместо провере готовости за полазак у школу, тестирање се врши тек након уписа детета у школу, и то само како би се утврдило да ли је детету потребна додатна подршка у образовању (173).

За дете са ПСА коме је услед сметњи у развоју и других разлога потребна додатна подршка, предшколска установа, односно школа су те које обезбеђују отклањање физичких и комуникацијских препрека и доносе индивидуални образовни план (Анекс 2) (177). Тим за пружање додатне подршке детету/ученику, који чине родитељ, васпитачи/наставници, стручни сарадник, лични пратилац/педагошки асистент и по потреби лице које добро познаје дете и у кога родитељ има поверење, на основу педагошког профила израђује индивидуални образовни план (ИОП) (178). Када је детету потребна додатна подршка, која захтева и додатна финансијска средства, може се покренути поступак пред ИРК како би се проценила потреба за додатном образовном, здравственом и социјалном подршком детету (Анекс 3, 4, 5, 6). Школа је обавезна да поступак покрене пре доношења индивидуалног образовног плана по измењеном програму (179).

Подршку у остваривању права деце на инклузивно образовање родитељи и наставници који раде са дететом могу добити од стручних радника предшколске установе, односно школе, од Мреже подршке инклузивном образовању (електронска адреса: iomreza1@gmail.com и office@mrezainkluzija.org), бесплатним телефонским позивом на број **0800 100 121** Инфо линије за родитеље за подршку инклузивном образовању, као и од запослених у школама за образовање ученика са сметњама у развоју по предвиђеној процедури.

Треба тежити да се кроз интерсекторску сарадњу обезбеде компатибилни и усаглашени планови подршке детету и породици из различитих система укључених у пружање подршке.

Планирање преласка детета из установе у установу или на следећи ниво образовања доприноси бржем и успешнијем прилагођавању и омогућава напредовање у учењу и развоју. За ефикасно планирање транзиције потребна је сарадња родитеља и професионалаца. Детету са аутизмом треба обезбедити континуитет дружења, социјалне и емотивне подршке од деце са којом је успоставило контакте те обезбедити укљученост и учествовање у активностима.

Транзиционе активности подразумевају подучавање детета вештинама које су значајне за што самосталније функционисање у новом окружењу, као и помоћ наставницима у новом образовном окружењу да разумеју потребе детета и у средини за учење и развој спроведу разумна прилагођавања усмерена на добробит, укљученост, учешће и напредовање детета. Укључивање вршњака у процес подршке транзицији, осим што је олакшава, доприноси развоју позитивних вршњачких односа у школи. Подршку детету и породици важно је планирати тако да буде што је могуће дискретнија како би се избегло додатно етикетирање детета. Установе имају обавезу да у процес размене информација о детету укључе и родитеље (179).

Ученицима са ПСА пружа се подршка и приликом полагања завршног испита. У складу са индивидуалним образовним планом, они имају право на полагање под посебним условима, на прилагођавање постојећих тестова специфичним потребама детета или на израду посебних тестова у складу са измењених образовним стандардима. Ученик са ПСА уписује се у средњу школу после обављеног завршног испита, по посебној процедури и на основу упута окружне уписне комисије, што је мера за постизање пуне равноправности у остваривању права на образовање. Млади са ПСА имају право на подршку и приликом уписа на факултет.

Социјална подршка

„Сваки појединац и породица којима је неопходна друштвена помоћ и подршка ради савладавања социјалних и животних тешкоћа и стварања услова за задовољење основних животних потреба имају право на социјалну заштиту, у складу са законом.

Права на социјалну заштиту обезбеђују се пружањем услуга социјалне заштите и материјалном подршком“ (180).

Породице које имају децу са сметњама у развоју (у даљем тексту: породице са ДСР) спадају међу најосетљивије корисничке групе у систему социјалне заштите (у даљем тексту: ССЗ), не само због тешкоћа детета које изискују додатно напрезање породице већ и због потребе за подршком која је дуготрајна, континуирана, свеобухватна и захтева координацију различитих ресурса, услуга, институција и организација. Деца са ПСА се сврставају у групу деце са сметњама у развоју. Уколико породице немају доступне сервисе подршке, повећава се ризик од исцрпљивања и сагоревања родитеља, као и од занемаривања, злостављања и издвајања деце из породице. Захваљујући реформским процесима у систему социјалне заштите, фокус у раду са децом померен је са заштите детета од породице која га угрожава на подршку породици да буде довољно добра за дете. Као основна вредност и најбољи интерес детета препознаје се право детета на живот у биолошкој породици. У функцији подршке породици са ДСР, у ССЗ постоји сет права намењених економско-социјалном оснаживању породице, као и сет услуга које оснажују капацитете родитеља и породице и подржавајуостанак детета у породичном окружењу. О коришћењу права и услуга намењених детету и породици одлучује центар за социјални рад (у даљем тексту: ЦСР), као кључна установа за пружање социјалне, породично-правне и старатељске заштите (180,181).

У циљу холистичког сагледавања и задовољавања потреба корисника, у ЦСР се примењује метод вођења случаја. Водитељ случаја је професионалац задужен за конкретног корисника (дете и породицу) и он уз активно учешће породице и детета процењује њихове потребе, сачињава план услуга и координира реализацију плана у циљу постизања жељених промена (182). У стручном раду професионалци у центрима за социјални рад, као и код пружалаца услуга, дужни су да се руководе начелом најбољег интереса корисника.

Сарадња различитих система (система социјалне заштите, здравственог и образовног система) неопходна је приликом идентификације породица које имају децу са сметњама у развоју и којима је потребна додатна подршка како би превазишле проблеме са којима се суочавају. Зато је важно да професионалци у другим системима познају мандат служби и институција у ССЗ, као и права, мере и услуге које овај систем пружа угроженим породицама и деци (Анекс 7).

Породице и деца са сметњама у развоју као корисници права и услуга у ССЗ

У центру за социјални рад родитељи и старатељи ДСР могу добити све информације о правима и услугама из надлежности самог центра, али и о онима које пружају други органи или организације. Стручни радници у центру информације пружају путем разговора, директног или преко телефона, а о неким услугама информације се могу добити и у форми лифлета, брошура и сл.

Најчешћи вид помоћи које преко ЦСР остварују породице са ДСР (укључујући децу са ПСА) јесу материјална давања, пре свега додатак и увећани додаток за помоћ и негу другог лица, затим помоћ у оспособљавању за рад, посебна новчана накнада за родитеља који није у радном односу и др. (Анекс 8). Ове врсте помоћи остварују се на основу захтева који подноси корисник, разматрањем прикупљене документације (укључујући и налаз лекарске комисије за додаток за помоћ и негу другог лица) и доношењем решења о признавању права или одбијању захтева (180).

Иако су различити видови материјалне помоћи свакако значајни за економско оснаживање породице, породицама са ДСР су потребни и други видови подршке и одговарајуће услуге како би очувале или унапредиле своје функционисање.

Процес адаптације породице на сметње детета је веома сложен и захтеван процес (183). У комбинацији са постојањем других фактора ризика (низак социо-економски статус породице, једнородитељска породица, болест родитеља, присуство насиља у породици и др.) прилагођавање може бити презахтевно за неке породице и додатно угрозити добробит детета. За породице које имају децу са ПСА, које су посебно изложене ризику од социјалне изолације, укључивање одговарајуће помоћи и ширење мреже социјалне подршке је од изузетне важности. У систему социјалне заштите у фокусу је развијање нових услуга које оснажују породицу, подржавају останак детета у породици и поспешују њихово социјално укључивање. Показало се да је услуга Породични сарадник за породице са ДСР, као услуга интензивне подршке породици (Анекс 8), веома корисна у оснаживању и социјалном укључивању породице, и у фази адаптације породице на сметње детета и у другим кризним периодима (184). Поред интензивних услуга усмерених ка породици, значајну подршку представљају и друге, мање интензивне социјалне услуге, на које породица може да се ослони све док постоји потреба за одређеним видом подршке, као што су Дневни боравак, Помоћ у кући за породице са децом са сметњама у развоју, Предах услуга, Лични пратилац детета, Подељена брига и др. (185) (Анекс 8). Свака од ових услуга има своје место и улогу у спектру услуга које су у функцији подршке ДСР.

Све врсте подршке које породице са децом са ПСА остварују у систему социјалне заштите треба да имају за циљ развој потенцијала детета и његово активно укључивање у друштвену заједницу, оснаживање породице и развој родитељских капацитета како би породица била довољно добра за раст и развој деце, као и сензибилизацију друштва и укључивање мреже социјалне подршке. Тиме се превенирају сагоревање породице, социјална изолација и издвајање дете-

та из породице и поштује његов најбољи интерес – да расте безбедно и сигурно у породичном окружењу.

Подршка у оквиру заједнице

Поред подршке уже и шире породице, формализованих облика здравствене, образовне и социјалне подршке, родитељи и старатељи деце са ПСА могу захтевати и подршку из других **извора у оквиру заједнице**. На пример, основни циљ „група за самопомоћ“ (које су добровољне организације) јесте да обезбеђују социјалну подршку и неопходне информације и да заговарају интересе корисника. Ове групе могу помагати родитељима да се носе са изазовима приликом успостављања дијагнозе и да им омогуће да се не осећају усамљено у том процесу (71, 144, 145). ПСА утиче на све аспекте живота детета и његове породице, па је значај друштвене подршке и постојање умрежавања породица са истим проблемима веома велики (140, 151–154). Помоћ и подршка родитељима и старатељима која стиже од породице и заједнице у којој живе значајно смањује ниво стреса који прати бригу о детету са ПСА. Неформална друштвена подршка значајна је за апсорбовање стреса у породици детета са аутизмом (144, 145). Удружења имају различите неформалне облике подршке, од којих издвајамо:

- Help line – поуздан сервис које води особље обучено за ПСА:
 - a) одговара на општа питања о ПСА
 - b) информише о опцијама које су доступне особама са ПСА
 - c) информише о опцијама подршке које су доступне члановима породице
 - d) упућује родитеље из других градова Србије на локална удружења
 - e) шаље кратке информације правних тумачења и процедура
- Саветодавни рад

Саветодавни рад, као пример добре праксе, подразумева формирање група родитеља (од 10 до 15 чланова) укључених у програм подршке. Групе су затвореног типа и окупљају се два пута недељно у трајању од 120 минута. Активности су организоване у форми радионица на којима се осим размене практичних знања и вештина подстиче што већа интеракција између самих учесника. Радионице воде стручњаци и тематске су подељене на два дела: први део чини излагање стручњака о некој теми (у трајању од 30 минута), а други део је посвећен искуствима родитеља и стратегијама за превазилажење проблема. Теме радионица обично предлажу родитељи.

Саветодавни рад у форми сусрета са родитељима изводе родитељи који су обучени на радионицама групног саветодавног рада. Ова активност се одвија у просторијама Савеза удружења Србије за помоћ особама са аутизмом уколико су родитељи из Београда или у посети родитељима из других градова Србије који су на клиникама на дијагностици. Овај систем подршке подразумева основне информације о самом поремећају (брошуре, информатори, флајери и контакти институција).

- Асистент у породици

Овај систем подршке додељује се породицама према унапред утврђеним критеријума. Предност имају самохрани родитељи, родитељи лошег здравственог стања и породице чије дете није укључено у установе државног система. Стручњаци различитих профила (дефектолог, педагог, медицинска сестра) заједно са родитељима осмишљавају како ће провести време са дететом и очекује се да то буде активност чији је циљ квалитетно проведено време (нпр.

пливање, одлазак на утакмице, шетња по граду или рад на животним вештинама у кући), а не чување детета.

- Едукативни кампови

Пројектна активност која се спроводи одласком у природу са планом и програмом у којима учествује 10 до 15 породица. Програм обухвата групни рад са децом са ПСА, индивидуалне разговоре родитеља са стручњацима и тематске групне разговоре родитеља и стручњака. У овај програм су укључени и браћа и сестре деце са аутизмом, за које су такође осмишљени програм и дружење. Након похађања овог програма родитељи најчешће кажу да им је лакше јер су схватили да нису сами и да могу да се ослане једни на друге.

Професионалци треба да разматрају контекст породице у којој живи дете са ПСА, као и да сагледају доступне неформалне системе подршке које сматрају корисним и делотворним.

АНЕКС 1: ДИЈАГНОСТИЧКИ КРИТЕРИЈУМИ

МКБ10

F84 Disorders evolutionis pervasivi

Первазивни развојни поремећаји

Ову групу поремећаја карактерише квалитативно оштећење реципрочних социјалних интеракција и образаца комуникације те оскудан, стереотипан, репетитивни репертоар интересовања и активности. Ове 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 5 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 је ментално ретардирана или не). Постоје извесна неслагања око поделе ове 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 присуство или одсуство било ког удруженог медицинског стања; свако овакво удружено стање мора се посебно шифрирати. Пошто ментална ретардација није општа карактеристика первазивних развојних поремећаја, неопходно је да се посебно шифрира у случају када постоји, под F70-F79.

F84.0 Autismus puerilis (Дечји аутизам)

Первазивни развојни поремећај који се дефинише постојањем абнормалног и/или оштећеног развоја који се манифестује пре узраста од 3 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 упутства

Обично не постоји период неспорно нормалног развоја, али и када постоји, абнормалности постају уочљиве пре узраста од 3 године. Увек постоје квалитативна оштећења реципрочних социјалних интеракција. Оне се одвијају у виду неадекватног схватања социо-емоционалних 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 и слабој интеграцији социјалног, емоционалног и комуникативног понашања и, нарочито, по недостатку социо-емоционалног 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 модулације у комуникацији те д) сиромаштва пратећих гестова који обезбеђују наглашавање или потпомажу разјашњавање у говорној комуникацији.

Стање се такође карактерише оскудним, репетитивним и стереотипним обрасцима 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 током раног детињства 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. отпор према померању украса или намештаја у кући).

Поред ових специфичних дијагностичких карактеристика, деца са ПСА имају и читав низ неспецифичних проблема, 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 менталном ретардацијом. Већини особа са ПСА недостаје 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 се мењају како деца одрастају, али дефицит постоји и током одраслог доба, углавном са сличним проблемима у социјализацији, комуникацији и интересовањима. Развојне абнормалности морају бити присутне током прве 3 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 ментална ретардација постоји у три четвртине случајева.

Укључује се: аутистични поремећај, инфантилни аутизам, инфантилна психоза, Канпер-ов синдром

Диференцијална дијагноза. Осим осталих варијетета первазивних поремећаја, важно је узети у обзир: специфични развојни поремећај рецептивног говора (F80.2) са секундарним социо-емоционалним проблемима; реактивни (F94.1) или дезинхибисани поремећај везивања (F94.2); менталну ретардацију (F70-F79) са неким удруженим емоционалним/бихевиоралним поремећајем; шизофренију (F20.-) са неуобичајено раним почетком; Rett-ов синдром (F84.2).

Искључује се: аутистична психопатија (F84.5)

F84.1 Autismus atypicus (Атипични аутизам)

Первазивни развојни поремећај који се разликује од аутизма или по узрасту када почиње или тако 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 постојању карактеристичних абнормалности у другим областима. Атипичан аутизам се најчешће развија код дубоко ретардираних особа, 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 перцептивног говора. Атипични аутизам због тога чини стање које се разликује од аутизма.

Укључује се: атипична дечја психоза, ментална ретардација са аутистичним елементима

F84.2 Syndroma Rett (Rett-ов 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 7. и 24. месеца живота. Нарочито су карактеристичне стереотипије у виду кршења шаке, хипервентилација и губитак сврсисходних покрета шака. Социјални развој и развој игре су успорени током прве 2 или 3 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. Тежак ментални хендикеп се увек развија. Напади често настају током раног или нешто каснијег детињства.

Дијагностичка упутства

У већини случајева почетак је између 7. и 24. месеца живота. Најкарактеристичнија појава је губитак сврсисходних покрета шака и стечених финих моторних манипулативних вештина. Ово 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 често социјална интеракција касније развија). 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 код око половине случајева. Касније, спастицитет може постати изражен, обично више на доњим него на горњим екстремитетима. Епилептички напади се јављају код већине случајева, обично у облику мањег напада и са почетком обично пре узраста од 8 година. Насупрот аутизму, ретко се јављају намерна самоповређивања и разне стереотипне преокупације.

Диференцијална дијагноза. Rett-ов 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 Disordo pueritiae desintegrativus alius (Други дезинтегративни поремећај у детињству)

Первазивни развојни поремећај (другачији од Rett-овог синдрома) који се дефинише постојањем периода нормалног 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, као 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. Код неких случајева је губитак способности 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 менталне ретардације. Неизвесно је до које мере се овај 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 упутства

Дијагноза се поставља на основу очигледно нормалног развоја до узраста од најмање 2 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, ово је праћено губитком интересовања за околинду, стереотипним, репетитивним моторним манирима и поремећајима у социјалним интеракцијама и комуникацијама сличним онима код аутизма. 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 који се могу 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: dementia infantilis, дезинтегративна психоза, Heller-ов синдром, симбиотска психоза

Искључује се: стечена афазиа са епилепсијом (F80.3), елективни мутизам (F94.0), схизофренија (F20.-), Rett-ов синдром (F84.2)

F84.4 Hyperkinesia cum retardatione mentali et motibus stereotypicis (Хиперкинетички поремећај удружен са менталном ретардацијом и стереотипним покретима)

Ово је лоше дефинисан поремећај несигурне нозолошке вредности. Категорија је овде укључена због података да деца са тешком менталном ретардацијом (IQ испод 50), која имају изражене проблеме хиперактивности и пажње, често испољавају и стереотипно понашање; у овим ситуацијама за децу нема користи од употребе стимулативних лекова (за разлику од деце са нормалним 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, било специфичним било глобалним.

Није познато до ког опсега је облик понашања функција ниског IQ-а или органског можданог оштећења. Такође је нејасно да ли је поремећај у деце са лаком менталном ретардацијом која испољавају хиперкинетички синдром боље класификовати овде или под F90.-; у овом тренутку укључује се у категорију F90.-.

Дијагностичка упутства

Дијагноза зависи од комбинације развојно непримерене тешке хиперактивности, моторних стереотипија и тешке менталне ретардације; сва три критеријума морају бити присутна 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 Syndroma Asperger (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 у томе што не постоји опште кашњење или ретардација говора или когнитивног развоја. Највећи број појединаца је нормалних интелектуалних способности, али су често изразито трапави, стање се већином јавља у 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 упутства

Дијагноза се заснива на комбинацији недостатка клинички значајног општег застоја у развоју говора или когнитивних способности, уз присуство (као код аутизма) 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 код аутизма, док значајно кашњење говора искључује ову 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

F84.9 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

A Континуирани дефицити у социјалној комуникацији и социјалним интеракцијама у различитим контекстима, манифестовано као (сва три критеријума):

- неспособност социо-емоционалног 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).

В Рестриктивни, репетитивни облици понашања, интересовања, активности, који се манифестују као најмање 2 од понуђена 4 критеријума:

- стереотипни или репетитивни моторни покрети, употреба објеката, говора; ређање играчака у линију, ехолалија, идиосинкратске фразе,
- потреба за одржавањем једнообразности, нефлексибилност у дневним рутинама, присуство ритуала (узнемиреност приликом и минималних промена, ригидни мисаони ток),
- високо рестриктивна 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.).

С Симптоми морају бити присутни у раном развојном периоду (али се у потпуности могу манифестовати тек онда када се успоставе јасни социјални захтеви, као што могу бити маскирани касније у животу наученим обрасцима).

Д Симптоми узрокују клинички значајну немогућност социјалног, радног функционисања.

Е Оваква стања нису последица интелектуалног заостајања.

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, ирегуларни ритам говора, неуобичајен квалитет гласа) 	<ul style="list-style-type: none"> • Репетитивно коришћење објеката (преокупираност) • Репетитивни несврхисходни покрети или став тела, руку, шака или прстију

Узраст 1–3 године (модификовани NAPS водич)

Неадекватне социјалне интеракције	Неадекватна комуникација	Репетитивна понашања и ограничена интересовања
<ul style="list-style-type: none"> • Не осмехује се другим особама • Кашњење или непостојање креативне игре (нема спонтане креативне употребе играчки или је ретка – изостанак спонтане игре у којој дете, у секвенцама, користи за игру 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 • Контакт очима лош, нема уобичајену социјалну компоненту започињања и одржавања комуникације (не подразумева да је контакт очима одсутан) • 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 одсуство поздрављања 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 односу на неструктурисани простор (нпр. обухватање периферије игралишта или просторије)

Узраст 4–8 године (модификовани NAPS водич):

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 учионици (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 ехопонију; 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 односу на неструктурисани простор (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; преокупација деловима објеката

Остали знаци који иду у прилог дијагнозе 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 при 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. преферирају 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 може бити значајно изнад година / менталног узраста детета).
- Постојање неуобичајених покрета (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. гласник РС“, бр. 88/2017), члан 76, и Правилнику о ближим упутствима за утврђивање права на индивидуални образовни план, његову примену и вредновање („Службени гласник РС“, бр. 76/2010), 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 индивидуалног образовног плана.

Индивидуални образовни план (у даљем тексту: ИОП) представља посебан акт, који има за циљ оптимални развој детета и ученика и остваривање исхода образовања и васпитања, у складу са прописаним циљевима и принципима, односно задовољавање 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 сагласности родитеља, односно другог законског заступника.

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

Врсте ИОП-а јесу:

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, одељенски 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 ИОП2 претходи доношење, примена и вредновање ИОП1, а обавезно је прибављање мишљења интерресорне комисије за процену потреба за додатном образовном,

здравственом и социјалном подршком детету и ученику. Мишљење интерресорне комисије за процену потреба за додатном образовном, здравственом и социјалном подршком детету и ученику може да предвиди и измену 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, у складу са овим законом.

Ближе упутство за остваривање ИОП-а, његову примену и вредновање доноси министар.

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
- поред усмених, дати и писана упутства како би дете могло да их поново 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 пуно читања
- дозволити штампана уместо писаних слова у изради задатака
- пратити задатке којима ученик сам одређује своју динамику (дневна, недељна, дво-недељна)
- 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 дуге 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 око организације учења
- одредити један систем за повезивање белешки и задатака
- припремити унапред распоред учења/задатака са учеником
- омогућити ученику да држи књиге у школи и има додатни 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 око 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 / позитивне подстицаје; убрзати њихову примену
- мудро користити негативне последице
- дозволити кратке одморе између задатака
- подсећати ученика да не прекида рад на задатку (различитим невербалним сигна-лима)
- 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 у оквиру истог спрата (тј. лако доступних учионица)
- 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 гестовног 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

4. Остале мере подршке

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

- материјална, здравствена помоћ
- асистивне технологије
- друге мере

АНЕКС 5: ИНТЕРРЕСОРНА КОМИСИЈА

Према Закону о основама система образовања и васпитања („Сл. гласник РС“, бр. 88/2017), члан 77, интерресорна комисија врши процену потреба детета, ученика и одраслог за додатном образовном, здравственом и социјалном подршком.

Додатна подршка се односи на права и услуге које детету обезбеђују превазилажење физичких и социјалних препрека у циљу несметаног обављања свакодневних животних активности од значаја за укључивање у образовни процес, живот у заједници и напредовање.

Интерресорну комисију 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 стране интерресорне комисије, обезбеђује архивирање и чување документације, прикупља извештаје о раду интерресорне комисије, предложеној подршци и њеним ефектима најмање два пута годишње.

Интерресорна комисија има пет чланова, и то четири стална (педијатар, представник центра за социјални рад, 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 сваког појединачно.

Интерресорна комисија 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.

Интерресорна комисија 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 се 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

Додатна подршка за коју је потребно одобрење Комисије регулисана је Правилником о додатној образовној, здравственој и социјалној подршци детету и ученику („Службени гласник РС“, број 63/2010), који у члану 4. прописује да додатна подршка може бити непосредна и посредна и обезбеђује се у породици, у редовном систему образовања, у посебној предшколској групи или школи и у установи социјалне и здравствене заштите.

Непосредни облици додатне подршке који захтевају додатна финансијска средства:

- 1) прилагођавање и набавка уџбеника и наставних средстава (нпр. на Брајевом писму и слично, зависно од потреба ученика);
- 2) употреба прилагођених наставних средстава и асистивне технологије (употреба алтернативних начина и средстава комуникације – сличице, цртежи и фотографије, предмети, прилагођен распоред часова, посебан начин обележавања места у учионици, посебан начин обележавања места за материјал за рад, посебан начин обележавања места за одлагање завршених радова и сл., рачунари, прилагођене тастатуре, екрани на додир (тач-скрин), прилагођени мишеви, посебни софтвери, тајмери и сатови, диктафони и сл.);
- 3) ангажовање педагошког асистента у образовно-васпитном раду, према потреби (током целог дана или само за неке предмете или активности);
- 4) обезбеђивање обуке за ученика за коришћење Брајевог писма, самостално кретање, коришћење средстава асистивне технологије, знаковног језика или других алтернативних начина комуникације;
- 5) превазилажење језичке баријере, као подршка деци којој матерњи језик није српски;
- 6) ангажовање пратиоца за личну помоћ детету ради лакшег функционисања и комуникације са другима током остваривања васпитно-образовног рада у предшколској установи или образовно-васпитног рада у школи, током целодневне наставе или продуженог боравка, ваннаставних активности, извођења наставе у природи, излета, екскурзија, одмора и сл.;
- 7) организовање образовне подршке у случају дужег изостајања из школе због тешких и хроничних болести ради остваривања континуитета у образовању, у виду појачане допунске наставе, индивидуалног рада и ангажовања стручњака са специјализованим знањима;
- 8) васпитање и образовање у посебној развојној групи, као и образовање у школи или одељењу за образовање ученика са сметњама у развоју, а у складу са посебно образложеном мишљењем Комисије, уколико је природа и озбиљност тешкоћа у развоју детета таква да се образовањем у редовној групи, школи или одељењу, не могу постићи задовољавајући резултати и поред помоћних средстава и додатних услуга;
- 9) ангажовање психолога или особе која познаје дете у остваривању здравствене заштите;
- 10) право на услуге здравствене заштите, које нису обухваћене здравственим осигурањем и службе кућног лечења и неге;
- 11) омогућавање бесплатног учешћа у културним, спортским и рекреативним активностима које организује школа;
- 12) други слични облици подршке, у складу са потребама детета.

Посредни облици додатне подршке који захтевају додатна финансијска средства:

- 1) прилагођавање окружења (прилаза и унутрашњег простора установе: постављањем рампе, гелендера, уградњом лифта, прилагођавањем тоалета, прилагођавањем стазе, као помоћи при самосталном кретању за децу оштећеног вида или децу која не виде, постављањем лампе, табле-путоказа, назива на вратима на језику који је у службеној употреби и језику националне мањине, са симболом, мапом простора и сл.);
- 2) обавезно стручно усавршавање васпитача, наставника и стручних сарадника непосредно ангажованих у образовно-васпитном раду, у складу са инклузивним принципима и обука за коришћење средстава асистивне технологије, алтернативних начина комуникације – нпр. за знаковни језик и сл.;
- 3) повећање осетљивости путем едукације свих запослених у образовној, здравственој или социјалној установи за начине задовољавања потреба деце из друштвено осетљивих група;
- 4) повећање осетљивости и едукација вршњака и њихових родитеља за прихватање деце којој је услед сметњи у развоју, потешкоћа у учењу, социјалне ускраћености и других разлога потребна додатна подршка;
- 5) саветодавни рад са родитељима или старатељима детета коме је потребна додатна подршка у образовној, здравственој и социјалној установи;
- 6) обезбеђивање подршке образовној, здравственој или социјалној установи ради прилагођавања услова и окружења и набавке средстава за рад са дететом коме је потребна додатна образовна подршка;
- 7) обезбеђивање продуженог боравка у образовној установи односно дневног боравка у социјалној заштити;
- 8) обезбеђивање превоза од места становања до образовне установе односно од образовне установе до дневног боравка;
- 9) обезбеђивање исхране у школским кухињама, одеће и обуће, бесплатних уџбеника и прибора за школу, литературе за ученике и наставнике;
- 10) обезбеђивање подршке службе правне помоћи јединице локалне самоуправе;
- 11) други облици посредне додатне подршке.

АНЕКС 7: ПЕДАГОШКИ И АНДРАГОШКИ АСИСТЕНТ

Према Закону о основама система образовања и васпитања („Сл. гласник РС“, бр. 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 у циљу унапређивања њиховог рада. Педагошки асистент у свом раду остварује сарадњу са родитељима, односно другим законским заступницима, органима јединице локалне самоуправе, надлежним установама,

Према истом 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

- (1) У вршењу јавних овлашћења, центар, у складу са законом (Правилник о организацији, нормативима и стандардима рада центра за социјални рад, члан 4), одлучује о:
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.
- (2) У вршењу јавних овлашћења, центар, у складу са законом, обавља следеће послове:
- спроводи поступак посредовања – медијације у породичним односима (мирење и нагодба);
 - 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;
 - доставља, на захтев суда, мишљење о сврсисходности мере заштите од насиља у породици коју је тражио други овлашћени тужилац;
 - пружа помоћ у прибављању потребних доказа суду пред којим се води поступак у спору за заштиту од насиља у породици;
 - спроводи поступак процене опште подобности хранитеља, усвојитеља и старатеља;
 - врши попис и процену имовине лица под старатељством;
 - сарађује са јавним тужиоцем, односно судијом за малолетнике у избору и примени васпитних налога;
 - спроводи медијацију између малолетног учиниоца и жртве кривичног дела;
 - подноси извештај о испуњењу васпитног налога јавном тужиоцу, односно судији за малолетнике;
 - присуствује, по одобрењу суда, радњама у припремном поступку против малолетног учиниоца кривичног дела (аслушање малолетног учиниоца кривичног дела, саслушање других лица), ставља предлоге и упућује питања лицима која се саслушавају;
 - 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 у којој и прилике под којима малолетник живи и друге околности које се тичу његове личности и понашања;
 - присуствује седници већа за малолетнике и главном претресу у кривичном поступку против малолетног учиниоца кривичног дела;

- 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;
- стара се о извршењу васпитних мера посебних обавеза;
- проверава извршење васпитне мере појачаног надзора од стране родитеља, усвојитеља или старатеља и указује им помоћ у извршењу мере;
- проверава извршење васпитне мере појачаног надзора у другој породици и указује помоћ породици у коју је малолетник смештен;
- 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;
- стара се о извршењу васпитне мере појачаног надзора уз обавезу дневног боравака у установи за васпитавање и образовање малолетника,
- доставља суду и јавном тужиоцу за малолетнике извештај о току извршења васпитних мера о чијем се извршењу стара;
- предлаже суду доношење одлуке о трошковима извршења васпитних мера;
- обавља друге послове утврђене законом.

(3) Центар у вршењу јавних овлашћења пружа услуге социјалног рада и покреће судске поступке када је законом на то овлашћен.

АНЕКС 9: ВРСТЕ МАТЕРИЈАЛНЕ ПОДРШКЕ И УСЛУГА У ССЗ

1. Материјална подршка

Према Закону о социјалној заштити, члан 79, породице са ДСР најчешће користе следеће видове материјалне подршке:

- **Право на додатак за помоћ и негу другог лица**, које остварује лице којем 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.
- **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.
- **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.
- **Право на новчану социјалну помоћ** је материјално давање које се финансира са републичког нивоа, а остварују га породице социјално-материјално угрожене на основу критеријума и под условима прописаним у чл. 82–91 ЗСЗ.
- **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 у виду трошкова оспособљавања за рад, трошкова смештаја у дом ученика, односно студената или интернат, као и у виду накнаде трошкова превоза.
- **Једнократна новчана помоћ, помоћ у природи и друге врсте материјалне подршке** (народне кухиње, субвенције и др.) додељује локална самоуправа, ако је центар за то овлашћен локалним прописима.

2. Услуге социјалне заштите

Услуге социјалне заштите подељене су у следеће групе (чл. 40 ЗСЗ):

- **услуге процене и планирања** – процена стања, потреба, снага и ризика корисника и других значајних особа у његовом окружењу; процена старатеља, хранитеља и усвојитеља; израда индивидуалног или породичног плана пружања услуга и мера правне заштите и других процена и планова;
- **дневне услуге у заједници** – дневни боравак, помоћ у кући, лични пратилац дитета, свратиште и друге услуге које подржавају боравак корисника у породици и непосредном окружењу;
- **услуге подршке за самосталан живот** – становање уз подршку, персонална асистенција, обука за самостални живот и друге врсте подршке неопходне за активно учешће корисника у друштву;

- **саветодавно-терапијске и социјалнообразовне услуге, интензивне услуге подршке породици која је у кризи**, саветовање и подршка родитеља, хранитеља и усвојитеља, подршка породици која се стара о свом детету или одраслом члану породице са сметњама у развоју, одржавање породичних односа и поновно спајање породице, саветовање и подршка у случајевима насиља, породична терапија, медијација, СОС телефони, активација и друге саветодавне и образовне услуге и активности;
- **услуге смештаја** – смештај у сродничку, хранитељску или другу породицу за одрасле и старије, домски смештај, смештај у прихватилиште, услуга предаха смештаја и др.
- Поступак за коришћење услуге спроводи центар за социјални рад, по службеној дужности или на захтев корисника. Иницијативу за покретање поступка може поднети свако физичко или правно лице. Месна надлежност центра за социјални рад утврђује се према пребивалишту корисника.

У наставку се наводе услуге социјалне заштите које су у функцији подршке деци са сметњама у развоју и њиховим породицама.

1. Лични пратилац детета

Сврха ангажовања личног пратиоца је пружање одговарајуће индивидуалне практичне подршке детету ради укључивања у редовно школовање и активности у заједници како би се успоставио што већи ниво самосталности.

Лични пратилац 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 дете укључено у васпитно-образовну установу, односно школу, до краја редовног школовања, укључујући завршетак средње школе.

2. Помоћ у кући

Сврха помоћи у кући је подршка корисницима у задовољавању свакодневних животних потреба како би се унапредио или одржао квалитет живота. Ова услуга је доступна деци, одраслима и старијима 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.

Услуга помоћи у кући укључује различите активности подршке породици са ДСР: помоћ у обезбеђивању исхране, помоћ у одржавању личне хигијене и хигијене стана, помоћ у загревању просторија, помоћ у задовољавању социјалних, културно-забавних и других потреба, посредовање у обезбеђивању различитих врста услуга, набавку и надгледање узимања лекова и др.

3. Дневни боравак за децу и младе са сметњама у развоју

Сврха услуге дневног боравака састоји се у унапређењу квалитета живота корисника у властитој социјалној средини кроз одржавање и развијање социјалних, психолошких и физичких функција и вештина како би се у што већој мери оспособили за самосталан живот.

Када је у питању услуга дневног боравака намењена деци и младима са сметњама у развоју, корисници у организованом окружењу, и уз потребни надзор, задовољавају развојне

потребе, стичу и развијају животне вештине, личну и друштвену одговорност ради развоја самосталности, социјалних, сазнајних и других важних функција, на начин који не омета њихово школовање. Услугом дневног боравка реализује се позитивно и конструктивно искуство боравка изван породице, а члановима породице слободно време за бављење радним и другим активностима.

4. Предах смештај

Сврха предах смештаја је краткорочни и повремени смештај детета са сметњама у развоју, који се обезбеђује као дневни, викенд или вишедневни смештај, чиме се пружа подршка и детету и породици детета у одржавању и побољшању квалитета њиховог живота са циљем останка детета у породици.

Услугом предах смештаја се обезбеђује краткорочна и повремена нега деци и младима са сметњама у развоју, унапређују се и развијају вештине самосталног живота, стварају могућности за укључивање у заједницу, као и за развијање, очување и унапређење снага породице.

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

5. Интензивне услуге подршке породици – породични сарадник за породице са ДСР

Породични сарадник за породице са ДСР је специјализација услуге породичног сарадника за породице са бројним и сложеним потребама. Ова услуга припада групи интензивних услуга подршке породици, чија је сврха да деци омогуће да живе у својој породици, у безбедној, стабилној и негујућој средини. Конкретни циљеви пружања услуге укључују: унапређење родитељских капацитета да брину о деци и функционисања породице у целини, укључивање детета у услуге од општег интереса, повећање формалне и неформалне подршке која је на располагању породици и детету, унапређење услова у којима породица живи у мери којој услови живота утичу на безбедност и добробит детета и др. Главна одлика ових услуга је што се пружају непосредно у породици и локалној заједници, што укључују све чланове породице, што су интензивне (посета породици у просеку једном недељно) и што имају ограничено трајање (до годину дана) (186).

6. Повремени породични смештај

Сврха услуге повремених породичних смештаја јесте побољшање квалитета живота породица које брину о деци са сметњама у развоју, проширивање и стицање нових искустава деце, очување породичних снага и породичне заједнице, смањење социјалне изолације и одрастање деце у породичном окружењу. Ова услуга се реализује кроз укључивање компетентне повремене хранитељске породице у бригу о детету, у краћим интервалима, што омогућава предах биолошким родитељима и смањење ризика од раздвајања породице, односно институционализације деце са сметњама у развоју (187).

Литература

1. Марковић М. Особе са инвалидитетом у Србији, Попис становништва, домаћинстава и станова 2011. у Републици Србији. Београд: Републички завод за статистику.
2. Situaciona analiza: Položaj dece sa smetnjama u razvoju i invaliditetom u Republici Srbiji. Nacionalna organizacija osoba sa invaliditetom Srbije (NOOIS); 2017.
3. Милановић М. Анализа положаја породица деце са сметњама у развоју. Београд: Национална организација особа са инвалидитетом; 2017.
4. Republika Srbija, Republički zavod za statistiku i UNICEF. Istraživanje višestrukih pokazatelja položaja žena i dece. Beograd: Republički zavod za statistiku; 2014.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association; 2013. Available on: <http://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
6. 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.
7. Balasubramanian B, V Bhatt C, A Goyal N. Genetic studies in children with intellectual disability and autistic spectrum of disorders. Indian J Hum Genet. 2009; 15(3):103–7.
8. Autism | Guidance and guidelines | NICE. (cited 20.01.2018); Available on: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs51>
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association; 2013.
10. Tonge BJ, Rinehart NJ. Autism and attention deficit/hyperactivity disorder. In: Neurology and Clinical Neuroscience. Elsevier; 2007. p. 129–39.
11. Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Blumberg SJ. Estimated Prevalence of Autism and Other Developmental Disabilities Following Questionnaire Changes in the 2014 National Health Interview Survey. Natl Health Stat Report. 2015; (87):1–20.
12. Kim YS, Leventhal BL, Koh Y-J, Fombonne E, Laska E, Lim E-C, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorders in a Total Population Sample. Am J Psychiatry. 2011; 168(9):904–12.
13. Fombonne E, Marcin C, Manero AC, Bruno R, Diaz C, Villalobos M, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Guanajuato, Mexico: The Leon survey. J Autism Dev Disord. 2016; 46(5):1669–85.
14. Rudra A, Belmonte MK, Soni PK, Banerjee S, Mukerji S, Chakrabarti B. Prevalence of autism spectrum disorder and autistic symptoms in a school-based cohort of children in Kolkata, India. Autism Res. 2017; 10(10):1597–605.
15. Christensen DL, Bilder DA, Zahorodny W, Pettygrove S, Durkin MS, Fitzgerald RT, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among 4-Year-Old Children in the Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. J Dev Behav Pediatr. 2016;37(1):1–8.

16. Baron-Cohen S, Scott FJ, Allison C, Williams J, Bolton P, Matthews FE, et al. Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. *Br J Psychiatry*. 2009;194(6):500–9.
17. WHO | Autism spectrum disorders. WHO [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 20]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/en/>
18. Hertz-Picciotto I, Delwiche L. The Rise in Autism and the Role of Age at Diagnosis. *Epidemiology*. 2009;20(1):84–90.
19. Hansen SN, Schendel DE, Parner ET. Explaining the Increase in the Prevalence of Autism Spectrum Disorders. *JAMA Pediatr*. 2015;169(1):56.
20. Pejovic-Milovancevic M, Stankovic M, Mitkovic-Voncina M, Rudic N, Grujicic R, et al. Perceptions on support, challenges, and needs among parents of children with autism: the Serbian experience. *Psychiatr Danub*. 2017; in press.
21. Freitag CM. The genetics of autistic disorders and its clinical relevance: a review of the literature. *Mol Psychiatry*. 2007;12(1):2–22.
22. Ozonoff S, Young GS, Carter A, Messinger D, Yirmiya N, Zwaigenbaum L, et al. Recurrence risk for autism spectrum disorders: a Baby Siblings Research Consortium study. *Pediatrics*. 2011;128(3):e488–95.
23. Lichtenstein P, Carlström E, Råstam M, Gillberg C, Anckarsäter H. The Genetics of Autism Spectrum Disorders and Related Neuropsychiatric Disorders in Childhood. *Am J Psychiatry*. 2010;167(11):1357–63.
24. Ronald A, Hoekstra RA. Autism spectrum disorders and autistic traits: A decade of new twin studies. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet*. 2011;156(3):255–74.
25. Stafstrom CE, Hagerman PJ, Pessah IN. Pathophysiology of Epilepsy in Autism Spectrum Disorders [Internet]. *Jasper's Basic Mechanisms of the Epilepsies*. National Center for Biotechnology Information (US); 2012.
26. Anney R, Klei L, Pinto D, Almeida J, Bacchelli E, Baird G, et al. Individual common variants exert weak effects on the risk for autism spectrum disorders. *Hum Mol Genet*. 2012;21(21):4781–92.
27. Gaugler T, Klei L, Sanders SJ, Bodea CA, Goldberg AP, Lee AB, et al. Most genetic risk for autism resides with common variation. *Nat Genet*. 2014;46(8):881–5.
28. Rutter M. Genetic studies of autism: from the 1970s into the millennium. *J Abnorm Child Psychol*. 2000;28(1):3–14.
29. de la Torre-Ubieta L, Won H, Stein JL, Geschwind DH. Advancing the understanding of autism disease mechanisms through genetics. *Nat Med*. 2016;22(4):345–61.
30. Schaefer GB, Mendelsohn NJ, Professional Practice and Guidelines Committee. Clinical genetics evaluation in identifying the etiology of autism spectrum disorders: 2013 guideline revisions. *Genet Med*. 2013;15(5):399–407.
31. Meta-analysis of GWAS of over 16,000 individuals with autism spectrum disorder highlights a novel locus at 10q24.32 and a significant overlap with schizophrenia. *Mol Autism*. 2017;8(1):21.
32. Black C, Kaye JA, 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.

33. 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.
34. Constantino JN, 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.
35. 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.
36. Schumann CM, Bloss CS, Barnes CC, Wideman GM, Carper RA, Akshoomoff N, et al. Longitudinal magnetic resonance imaging study of cortical development through early childhood in autism. *J Neurosci*. 2010;30(12):4419–27.
37. Zielinski BA, Prigge MBD, Nielsen JA, Froehlich AL, Abildskov TJ, Anderson JS, et al. Longitudinal changes in cortical thickness in autism and typical development. *Brain*. 2014;137(6):1799–812.
38. Lange N, Travers BG, Bigler ED, Prigge MBD, Froehlich AL, Nielsen JA, et al. Longitudinal volumetric brain changes in autism spectrum disorder ages 6–35 years. *Autism Res*. 2015;8(1):82–93.
39. Raznahan A, Lenroot R, Thurm A, Gozzi M, Hanley A, Spence SJ, et al. Mapping cortical anatomy in preschool aged children with autism using surface-based morphometry. *NeuroImage Clin*. 2012;2:111–9.
40. Lakić A. Udžbenik psihijatrije za studente medicine. Lečić Toševski D, Jašović Gašić M, editors. 2013.
41. Fricker PA, Pyne DB, Saunders PU, Cox AJ, Gleeson M, Telford RD. Influence of training loads on patterns of illness in elite distance runners. *Clin J Sport Med*. 2005 Jul;15(4):246–52.
42. Gabriele S, Sacco R, Persico AM. Blood serotonin levels in autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014;24(6):919–29.
43. Chugani DC, Muzik O, Rothermel R, Behen M, Chakraborty P, Mangner T, et al. Altered serotonin synthesis in the dentatohalamocortical pathway in autistic boys. *Ann Neurol*. 1997;42(4):666–9.
44. Veenstra-VanderWeele J, Muller CL, Iwamoto H, Sauer JE, Owens WA, Shah CR, et al. Autism gene variant causes hyperserotonemia, serotonin receptor hypersensitivity, social impairment and repetitive behavior. *Proc Natl Acad Sci*. 2012;109(14):5469–74.
45. Rubenstein JLR, Merzenich MM. Model of autism: increased ratio of excitation/inhibition in key neural systems. *Genes Brain Behav*. 2003;2(5):255–67.
46. Mendez MA, Horder J, Myers J, Coghlan S, Stokes P, Erritzoe D, et al. The brain GABA-benzodiazepine receptor alpha-5 subtype in autism spectrum disorder: A pilot [11C]Ro15-4513 positron emission tomography study. *Neuropharmacology*. 2013;68:195–201.
47. Baumgartner T, Heinrichs M, Vonlanthen A, Fischbacher U, Fehr E. Oxytocin Shapes the Neural Circuitry of Trust and Trust Adaptation in Humans. *Neuron*. 2008;58(4):639–50.
48. Domes G, Heinrichs M, Michel A, Berger C, Herpertz SC. Oxytocin Improves “Mind-Reading” in Humans. *Biol Psychiatry*. 2007;61(6):731–3.
49. Winslow JT, Ferguson JN, Young LJ, Hearn EF, Matzuk MM, Insel TR. Social amnesia in mice lacking the oxytocin gene. *Nat Genet*. 2000;25(3):284–8.

50. Estes ML, McAllister AK. Immune mediators in the brain and peripheral tissues in autism spectrum disorder. *Nat Rev Neurosci*. 2015;16(8):469–86.
51. Koyama R, Ikegaya Y. Microglia in the pathogenesis of autism spectrum disorders. *Neurosci Res*. 2015;100:1–5.
52. Ferguson BJ, Marler S, Altstein LL, Lee EB, Mazurek MO, McLaughlin A, et al. Associations between cytokines, endocrine stress response, and gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder. *Brain Behav Immun*. 2016;58:57–62.
53. Lyte M, Vulchanova L, Brown DR. Stress at the intestinal surface: catecholamines and mucosa–bacteria interactions. *Cell Tissue Res*. 2011;343(1):23–32.
54. Goines PE, Ashwood P. Cytokine dysregulation in autism spectrum disorders (ASD): Possible role of the environment. *Neurotoxicol Teratol*. 2013;36:67–81.
55. 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):40–5.
56. 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.
57. Kim YS, Leventhal BL. Genetic Epidemiology and Insights into Interactive Genetic and Environmental Effects in Autism Spectrum Disorders. *Biol Psychiatry*. 2015;77(1):66–74.
58. Koufaris C, Sismani C. Modulation of the Genome and Epigenome of Individuals Susceptible to Autism by Environmental Risk Factors. *Int J Mol Sci*. 2015;16(4):8699–718.
59. Chauhan A, Chauhan V. Oxidative stress in autism. *Pathophysiology*. 200;13(3):171–81.
60. Christensen J, Grønberg TK, Sørensen MJ, Schendel D, Parner ET, Pedersen LH, et al. Prenatal Valproate Exposure and Risk of Autism Spectrum Disorders and Childhood Autism. *JAMA*. 2013 Apr 24;309(16):1696.
61. Bromley RL, Mawer G, Love J, Kelly J, Purdy L, McEwan L, et al. Early cognitive development in children born to women with epilepsy: A prospective report. *Epilepsia*. 2010;51(10):2058–65.
62. Ornoy A, Weinstein-Fudim L, Ergaz Z. Prenatal factors associated with autism spectrum disorder (ASD). *Reprod Toxicol*. 2015;56:155–69.
63. 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;7:46207.
64. Zheng Z, Zhang L, Li S, Zhao F, Wang Y, Huang L, et al. Association among obesity, overweight and autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2017;7(1):11697.
65. Li M, Fallin MD, Riley A, Landa R, Walker SO, Silverstein M, et al. The Association of Maternal Obesity and Diabetes With Autism and Other Developmental Disabilities. *Pediatrics*. 2016;137(2):e20152206.
66. Curran EA, O’Neill SM, Cryan JF, Kenny LC, Dinan TG, Khashan AS, et al. Research Review: Birth by caesarean section and development of autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(5):500–8.

67. Mandic-Maravic V, Pljesa-Ercegovac M, Mitkovic-Voncina M, Savic-Radojevic A, Lecic-Tosevski D, Simic T, et al. Impaired Redox Control in Autism Spectrum Disorders: Could It Be the X in GxE? *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(8):52.
68. Taylor LE, Swerdfeger AL, Eslick GD. Vaccines are not associated with autism: An evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. *Vaccine [Internet].* 2014;32(29):3623–9.
69. Fuentes J, Bakare M, Munir K, Aguayo P, Gaddour N, Öner Ö, et al. Autism spectrum disorders. 1960; Available from: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/C.2-AUTISM-SPECTRUM-072012.pdf>
70. Lee SH, Ripke S, Neale BM, Faraone S V, Purcell SM, Perlis RH, et al. Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Nat Genet.* 2013;45(9):984–94.
71. Taylor B, Miller E, Farrington CP, Petropoulos MC, 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.
72. 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.
73. 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.
74. Kaye JA, 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.
75. Dales L, Hammer SJ, Smith NJ. Time trends in autism and in MMR immunization coverage in California. *JAMA [Internet].* 2001 Mar 7 [cited 2018 Mar 29];285(9):1183–5.
76. Fombonne E, Chakrabarti S. No evidence for a new variant of measles-mumps-rubella-induced autism. *Pediatrics.* 2001;108(4):E58.
77. Smeeth L, Cook C, Fombonne E, Heavey L, Rodrigues LC, Smith PG, et al. MMR vaccination and pervasive developmental disorders: a case-control study. *Lancet.* 2004;364(9438):963–9.
78. Mrozek-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.
79. Doja A, Roberts W. Immunizations and autism: a review of the literature. *Can J Neurol Sci.* 2006;33(4):341–6.
80. Hviid A, Stellfeld M, Wohlfahrt J, Melbye M. Association Between Thimerosal-Containing Vaccine and Autism. *JAMA.* 2003;290(13):1763.
81. Chlebowski C, Green JA, Barton ML, Fein D. Using the Childhood Autism Rating Scale to Diagnose Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord.* 2010;40(7):787–99.
82. Zwaigenbaum L, Bauman ML, Stone WL, Yirmiya N, Estes A, Hansen RL, et al. Early Identification of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics.* 2015;136 Suppl 1(Supplement 1):S10–40.
83. Intercollegiate Guidelines Network S. Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders. (SIGN Guideline No 98). 2007; Available from: <http://www.autismeurope.org/wp-content/uploads/2017/08/Assessment-diagnosis-and-clinical-interventions-for-children-and-young-people-with-ASD.pdf>

84. Ministries of Health and Education of New Zealand. New Zealand Autism Spectrum Disorder Guideline. 2008.
85. Sand N, Silverstein M, Glascoe FP, Gupta VB, Tonniges TP, O'Connor KG. Pediatricians' Reported Practices Regarding Developmental Screening: Do Guidelines Work? Do They Help? *Pediatrics*. 2005;116(1):174–9.
86. Durand VM. *Autism spectrum disorder : a clinical guide for general practitioners*. 2014. 183 p.
87. 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.
88. 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.
89. Cohen IL, 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.
90. Ribeiro KMN, Assumpção FB, Valente KDR. [Landau-Kleffner and autistic regression: the importance of differential diagnosis]. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002;60(3-B):835–9.
91. Granpeesheh D, Tarbox J, Dixon DR. Applied behavior analytic interventions for children with autism: a description and review of treatment research. *Ann Clin Psychiatry*. 2009;21(3):162–73.
92. Shonkoff JP. *Handbook of early childhood interventions – second edition*. 2000.
93. Santosh PJ, Baird G. Psychopharmacotherapy in children and adults with intellectual disability. *Lancet*. 1999;354(9174):233–42.
94. Wong C, Odom SL, Hume KA, Cox AW, 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.
95. Odom SL, Collet-Klingenberg L, Rogers SJ, Hatton DD. Evidence-Based Practices in Interventions for Children and Youth with Autism Spectrum Disorders. *Prev Sch Fail*. 2010;54(4):275–82.
96. Roberts JMA, Williams K. *Autism spectrum disorder: Evidence-based/evidence-informed good practice for supports provided to preschool children, their families and careers*. 2016.
97. Bishop-Fitzpatrick L, Minshew NJ, Eack SM. A Systematic Review of Psychosocial Interventions for Adults with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord*. 2013;43(3):687–94.
98. Callahan K, Hughes HL, Mehta S, Toussaint KA, Nichols SM, Ma PS, et al. Social Validity of Evidence-Based Practices and Emerging Interventions in Autism. *Focus Autism Other Dev Disabl*. 2017;32(3):188–97.
99. Lang R, Hancock TB, Singh NN. *Early intervention for young children with autism spectrum disorder*. 2016. 301 p.
100. Ivy JW, Schreck KA. The Efficacy of ABA for Individuals with Autism Across the Lifespan. *Curr Dev Disord Reports*. 2016;3(1):57–66.
101. Oono IP, Honey EJ, McConachie H. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(4):CD009774.

102. Kaale A, Fagerland MW, Martinsen EW, Smith L. Preschool-Based Social Communication Treatment for Children With Autism: 12-Month Follow-Up of a Randomized Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53(2):188–98.
103. Estes A, Munson J, Rogers SJ, Greenson J, Winter J, Dawson G. Long-Term Outcomes of Early Intervention in 6-Year-Old Children With Autism Spectrum Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015;54(7):580–7.
104. Pickles A, Le Couteur A, Leadbitter K, Salomone E, Cole-Fletcher R, Tobin H, et al. Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up of a randomised controlled trial. *Lancet (London, England).* 2016;388(10059):2501–9.
105. Kasari C, Rotheram-Fuller E, Locke J, Gulsrud 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.
106. National Autism Center. Findings and Conclusions: National Standards Project, Phase 2. Addressing the need for evidence-based practice guidelines for autism spectrum disorder. 2015; Available from: <http://www.autismdiagnostics.com/assets/Resources/NSP2.pdf>
107. Chiu Y, Chou M, Lee J, Wong C, Chou W, Wu Y, et al. Determinants of maternal satisfaction with diagnosis disclosure of autism. *J Formos Med Assoc.* 2014;113(8):540–8.
108. Geretsegger M, Elefant C, Mössler KA, Gold C. Music therapy for people with autism spectrum disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(6):CD004381.
109. Saitour A, Albaret J-M. Dimension proprioceptive et tactile de la conscience corporelle et action volontaire chez un enfant avec TSA : protocole à cas unique en rééducation psychomotrice. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2017;65(1):42–53.
110. Buiza JJ, Rodríguez-Parra MJ, Adrián JA. Trastorno Específico del Lenguaje: Marcadores psicolingüísticos en semántica y pragmática en niños españoles. *An Psicol.* 2015;31(3):879.
111. ElGarhy S, Liu T. Effects of psychomotor intervention program on students with autism spectrum disorder. *Sch Psychol Q.* 2016;31(4):491–506.
112. Virues-Ortega J, Julio FM, Pastor-Barriuso R. The TEACCH program for children and adults with autism: A meta-analysis of intervention studies. *Clin Psychol Rev.* 2013;33(8):940–53.
113. Kokina A, Kern L. Social Story™ Interventions for Students with Autism Spectrum Disorders: A Meta-Analysis. *J Autism Dev Disord.* 2010;40(7):812–26.
114. Seiverling LJ, Williams KE, 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. p. 491–508.
115. Cohen S, Conduit R, Lockley SW, Rajaratnam SM, Cornish KM. The relationship between sleep and behavior in autism spectrum disorder (ASD): a review. *J Neurodev Disord.* 2014;6(1):44.
116. 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.
117. Barton EE, Reichow B, Schnitz A, Smith IC, Sherlock D. A systematic review of sensory-based treatments for children with disabilities. *Res Dev Disabil.* 2015;37:64–80.

118. Ung D, Selles R, Small BJ, Storch EA. 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.
119. Santosh PJ, Baird G. Psychopharmacotherapy in children and adults with intellectual disability. *Lancet.* 1999;354(9174):233–42.
120. Volkmar F, Cook EH, 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.
121. Coury DL, 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.
122. 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 DJ, Blier P, editors. *J Psychopharmacol.* 2015;29(5):459–525.
123. King BH, Hollander E, Sikich L, McCracken JT, Scahill L, Bregman JD, 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.
124. Gordon CT, State RC, Nelson JE, Hamburger SD, Rapoport JL. A double-blind comparison of clomipramine, desipramine, and placebo in the treatment of autistic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50(6):441–7.
125. Anderson LT, Campbell M, Adams P, Small AM, 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.
126. Campbell M, Anderson LT, Small AM, Perry R, Green WH, Caplan R. The effects of haloperidol on learning and behavior in autistic children. *J Autism Dev Disord.* 1982;12(2):167–75.
127. Campbell M, Anderson LT, Meier M, Cohen IL, Small AM, 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.
128. Anderson LT, Campbell M, Grega DM, Perry R, Small AM, Green WH. Haloperidol in the treatment of infantile autism: effects on learning and behavioral symptoms. *Am J Psychiatry.* 1984;141(10):1195–202.
129. Campbell M, Armenteros JL, Malone RP, Adams PB, Eisenberg ZW, Overall JE. Neuroleptic-Related Dyskinesias in Autistic Children: A Prospective, Longitudinal Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997; 36(6):835–43.
130. McCracken JT, McGough J, Shah B, Cronin P, Hong D, Aman MG, et al. Risperidone in Children with Autism and Serious Behavioral Problems. *N Engl J Med.* 2002;347(5):314–21.
131. 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.
132. 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.

133. McDougle CJ, Scahill L, Aman MG, McCracken JT, 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.
134. LeClerc S, Easley D. Pharmacological therapies for autism spectrum disorder: a review. *P T*. 2015;40(6):389–97.
135. Hollander E, Wasserman S, Swanson EN, Chaplin W, Schapiro ML, 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.
136. McClellan L, Dominick KC, Pedapati E V., Wink LK, Erickson CA. Lurasidone for the treatment of irritability and anger in autism spectrum disorders. *Expert Opin Investig Drugs*. 2017;26(8):985–9.
137. Kumra S, Oberstar J V, Sikich L, Findling RL, McClellan JM, Vinogradov S, et al. Efficacy and tolerability of second-generation antipsychotics in children and adolescents with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2008;34(1):60–71.
138. 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;2015:1–31.
139. Levy SE, Hyman SL. Complementary and alternative medicine treatments for children with autism spectrum disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008;17(4):803–20.
140. Eaves LC, Ho HH. The Very Early Identification of Autism: Outcome to Age 4½–5. *J Autism Dev Disord*. 2004;34(4):367–78.
141. Ben-Itzhak E, Zachor DA. The effects of intellectual functioning and autism severity on outcome of early behavioral intervention for children with autism. *Res Dev Disabil*. 2007;28(3):287–303.
142. Zachor D, Ben-Itzhak E. Variables Affecting Outcome of Early Intervention in Autism Spectrum Disorder. *J Pediatr Neurol*. 2017;15(3):129–33.
143. Clark MLE, Barbaro J, Dissanayake C. Continuity and Change in Cognition and Autism Severity from Toddlerhood to School Age. *J Autism Dev Disord*. 2017;47(2):328–39.
144. Troyb E, Knoch K, Herlihy L, Stevens MC, Chen C-M, Barton M, et al. Restricted and Repetitive Behaviors as Predictors of Outcome in Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord*. 2016;46(4):1282–96.
145. Steinhausen H-C, Mohr Jensen C, Lauritsen MB. A systematic review and meta-analysis of the long-term overall outcome of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;133(6):445–52.
146. Howlin P, Moss P, Savage S, Rutter M. Social Outcomes in Mid- to Later Adulthood Among Individuals Diagnosed With Autism and Average Nonverbal IQ as Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(6):572–581.e1.
147. Howlin P, Goode S, Hutton J, Rutter M. Adult outcome for children with autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004;45(2):212–29.
148. Howlin P, Magiati I. Autism spectrum disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30(2):69–76.
149. Glumbić N. Odrasle osobe sa autizmom. Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju; 2009.

150. Autism in Scotland's Schools Crisis or Challenge? | Scottish Autism. 2002. Available from: <http://www.scottishautism.org/about-autism/strategy-policy-and-initiatives/autism-policy/autism-scotland-s-schools-crisis-or>
151. Gregor EMC, Campbell E. The Attitudes of Teachers in Scotland to the Integration of Children with Autism into Mainstream Schools. *Autism*. 2001;5(2):189–207.
152. Kennedy T, Regehr G, Rosenfield J, Roberts SW, 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.
153. Rivers JW, Stoneman Z. Sibling Relationships When a Child Has Autism: Marital Stress and Support Coping. *J Autism Dev Disord*. 2003;33(4):383–94.
154. Eisenhower AS, Baker BL, 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.
155. Bristol MM, Gallagher JJ, Schopler E. Mothers and fathers of young developmentally disabled and nondisabled boys: Adaptation and spousal support. *Dev Psychol*. 1988;24(3):441–51.
156. Montes G, Halterman JS. Child Care Problems and Employment Among Families With Preschool-Aged Children With Autism in the United States. *Pediatrics*. 2008;122(1):e202–8.
157. 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.
158. 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.
159. 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.
160. Whitaker P. Supporting Families of Preschool Children with Autism. *Autism*. 2002;6(4):411–26.
161. Brogan CA, Knussen C. The Disclosure of a Diagnosis of an Autistic Spectrum Disorder. *Autism*. 2003;7(1):31–46.
162. Howlin P, Moore A. Diagnosis in Autism. *Autism*. 1997;1(2):135–62.
163. Osborne LA, Reed P. Parents' perceptions of communication with professionals during the diagnosis of autism. *Autism*. 2008;12(3):309–24.
164. Hastings RP, Johnson E. Stress in UK families conducting intensive home-based behavioral intervention for their young child with autism. *J Autism Dev Disord*. 2001;31(3):327–36.
165. Pakenham KI, Sofronoff K, Samios C. Finding meaning in parenting a child with Asperger syndrome: correlates of sense making and benefit finding. *Res Dev Disabil*. 2004;25(3):245–64.
166. Mansell W, Morris K. A survey of parents' reactions to the diagnosis of an autistic spectrum disorder by a local service. *Autism*. 2004;8(4):387–407.
167. Symon JB. Parent Education for Autism. *J Posit Behav Interv*. 2001;3(3):160–74.
168. Newsome WS. Parental Perceptions During Periods of Transition: Implications for Social Workers Serving Families Coping with Autism. *J Fam Soc Work*. 2001;5(2):17–31.
169. Williams TO, Eaves RC. The reliability of test scores for the pervasive developmental disorders rating scale. *Psychol Sch*. 2002; 39(6):605–11.

170. Skuse DH, Mandy WPL, Scourfield J. Measuring autistic traits: heritability, reliability and validity of the Social and Communication Disorders Checklist. *Br J Psychiatry*. 2005;187(6):568–72.
171. Стратегија развоја образовања у Србији до 2020. године. „Службени гласник РС“, бр. 107/2012. 2012.
172. Закон о основама система образовања и васпитања. „Службени гласник РС“, бр. 72/2009, 52/2011 и 55/2013.
173. Krstić T, Mihić I, Rajić M, Branković J. Podrška roditeljima dece sa smetnjama u razvoju i hroničnim bolestima – Praktikum za program „Naša priča“. Filozofski fakultet Novi Sad; 2017.
174. Правилник о ближим условима за утврђивање приоритета за упис деце у предшколску установу. „Службени гласник РС“, бр. 44/11.
175. Правилник о стандардима квалитета рада установе. „Службени гласник РС“, бр. 7/2011 и 68/2012.
176. Правилник о ближим упутствима за утврђивање права на индивидуални образовни план, његову примену и вредновање. „Службени гласник РС“, бр. 76/2010.
177. Ољача М, Костовић С. Тимски рад и индивидуални образовни план у инклузивном образовању, у: Инклузивно образовање – развојни правци и перспективе, Тематски зборник. Нови Сад: Филозофски факултет Нови Сад; 2013.
178. Правилник о додатној образовној, здравственој и социјалној подршци детету и ученику. „Службени гласник РС“, бр. 63/2010.
179. Zlatarović V, Mihajlović M. Karika koja nedostaje – Mehanizmi podrške detetu sa teškoćama pri prelasku na sledeći nivo obaveznog obrazovanja u „redovnom obrazovnom sistemu“. Beograd: CIP – Centar za interaktivnu pedagogiju; 2013.
180. Закон о социјалној заштити, „Службени гласник РС“, бр. 24/2011 од 4. 4. 2011. године.
181. Породични закон, „Службени гласник РС“, бр. 18/2005, 72/2011 - др. закон и 6/2015.
182. Правилник о организацији, нормативима и стандардима рада центра за социјални рад, „Службени гласник РС“, бр. 59/2008, 37/2010, 39/2011 - др. правилник и 1/2012 - др. правилник.
183. Hilton D. Savetovanje roditelja hronično obolele ili dece ometene u razvoju. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 1995.
184. Оснаживање биолошке породице детета, Анализа услуге Породични сарадник за породице са децом са сметњама у развоју, [Интернет]. UNICEF; РЗСЗ; доступно на сајту: www.zavodsz.gov.rs
185. Правилник о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите, „Службени гласник РС“, бр. 42/2013.
186. Предлог Правилника о интензивним услугама подршке породици (необјављени документ).
187. Аничих В, Благојевић В, Грујић Д, Д М, Пилиповић Којић М, Поповић Л. Смернице за Повремени породични смештај. Покрајински завод за социјалну заштиту; 2016.

