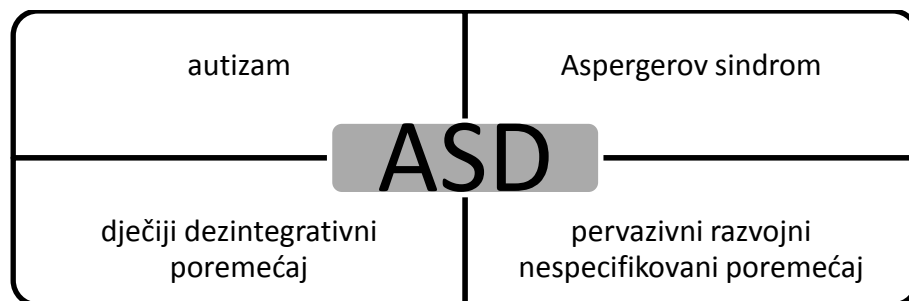


POREMEĆAJI AUTISTIČNOG SPEKTRA¹

Tatjana Gajić²

JU Centar „Zaštiti me”, Banjaluka

Poremećaji autističnog spektra (ASD)³ podrazumijevaju neurorazvojne poremećaje za koje je karakterističan deficit u razvoju komunikacije i socijalnih vještina i prisutnost repetitivnih i restriktivnih obrazaca ponašanja. DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013, p. 53)⁴ navodi: “Poremećaj autističnog spektra obuhvata poremećaje koji su ranije nazivani rani infantilni autizam, dječiji autizam, Kanerov autizam, visoko-funkcionalni autizam, atipični autizam, nespecificovani pervazivni razvojni poremećaj, dezintegrativni poremećaj koji se javlja u djetinjstvu i Aspergerov poremećaj.” Retov sindrom, koji je pored navedenih bio uvršten u DSM-4 (American Psychiatric Association, 2000), sad više ne pripada autističnom spektru. Poremećaji koji su poznati po ranijim nazivima (Slika 1) se od 2013. dijagnostikuju isključivo kao ASD, uz specifikaciju osobina i nivoa ozbiljnosti oštećenja. Tako bi i osoba koja bi ranije dobila dijagnozu autizam i osoba koja bi ranije dobila dijagnozu Aspergerov sindrom – danas dobile istu dijagnozu: ASD. S tim da bi u prvom slučaju dijagnostičari imali zadatak da naglase postoji li i koliko je intelektualno oštećenje, kao i kolika potpora je toj osobi potrebna. U drugom slučaju, dijagnoza bi bila ASD bez intelektualnih i jezičkih oštećenja.



Slika 1. Poremećaji koji ulaze u sastav ASD-a.

Različitosti djece i odraslih s ASD-om u odnosu na (statistički) normalnu populaciju u posljednje vrijeme se objašnjava time da oni nemaju razvijenu *teoriju uma* (Woolfolk, 2010). “Teorija uma je sposobnost identifikovanja mentalnih stanja, uključujući namjere, uvjerenja, želje i emocije,

¹ Ovaj radni dokument kreiran je za potrebe gostujućeg predavanja održanog na PIM Univerzitetu, Banjaluka, 9.4.2015. godine u okviru predmeta “Psihologija djece s posebnim potrebama” (odgovorni predmetni nastavnik: doc. dr Siniša Subotić), koji se realizuje u sklopu prvog ciklusa studijskog programa “Psihologija”. Dokument je interno recenziran i ulazi u sastav obavezne ispitne literature na navedenom predmetu za školsku 2014/2015. godinu.

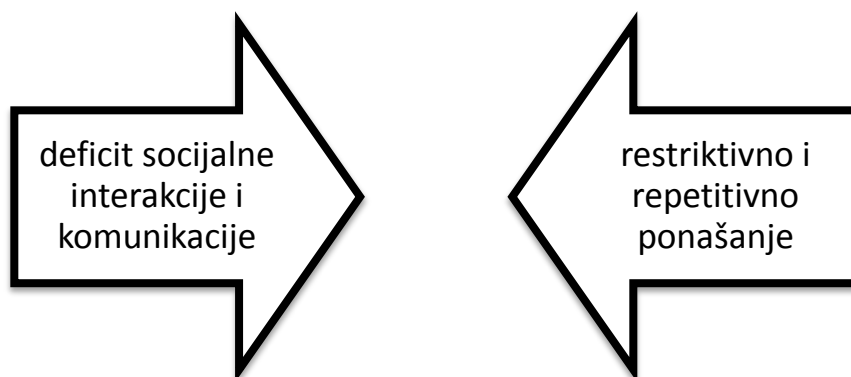
² Adresa e-pošte autora: klizajeva@gmail.com

³ ASD je akronim od Autistic Spectrum Disorders (poremećaji autističnog spektra) i koristiću ga u nastavku rada, kako zbog opšte prihvaćenosti ove skraćenice, tako i zbog uštede prostora i bolje preglednosti.

⁴ DSM je skraćenica od “The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” koji objavljuje Američka psihijatrijska asocijacija. Trenutno je aktuelan DSM-5, objavljen u maju 2013 (American Psychiatric Association, 2013).

kako svoje tako i drugih ljudi, te razumijevanja kako su ta unutrašnja iskustva povezana sa spoljašnjim ponašanjem” (O'Brien, Slaughter, & Peterson, 2011, p. 713).

Dijadna priroda ASD-a ilustrovana je na Slici 2.



Slika 2. Dijadna priroda ASD-a.

SOCIJALNA KOMUNIKACIJA

Ovaj pojam objedinjuje dvije povezane oblasti koje su u DSM-4 (American Psychiatric Association, 2000) predstavljala dva kriterijuma: 1) komunikacija, sa naglaskom na razvoj jezika i 2) socijalna interakcija.

Usvajanje govora kod djece sa ASD-om kasni u odnosu na vršnjake, dok određeni broj djece govor uopšte ne usvoji. Usvajanje prvih riječi do treće godine (nije bitno da li sa 12, 18 ili 24 mjeseca), kod djece s ASD-om u odnosu na djecu s ASD-om koja ovim vještinama ne ovladaju, povećava šansu za usvajanjem širokog spektra adaptivnih ponašanja, kao što su higijenske navike ili smanjena frustracija na osujećenje ili neugodu (jer dijete može saopštiti da nešto želi ili da ga nešto boli) (Mayo, Chlebowski, Fein, & Eigsti, 2013). Treba imati u vidu da i kada se govor razvije, obično je riječ o nefunkcionalnom govoru, ali s obzirom na to da dijete ima vještinu imitacije i motivisano je da reprodukuje zvukove, postoji temelj za učenje i razvijanje interpersonalne komunikacije. Nefunkcionalnim smatramo onaj govor koji je sam sebi svrha, tačnije vrsta je stereotipije⁵, tako da iako dijete formalno govori, one ne vrši interpersonalnu komunikacijsku razmjenu, tj. često nije u stanju da nam odgovori na pitanje (obično i ako da odgovor, riječ je o eholaliji), niti da verbalno traži nešto što želi (npr. da mu se uspe sok, da gleda crtani). Djeca sa manjim stepenom oštećenja imaju funkcionalniji

⁵ Na primjer, dijete u roku od sat vremena tridesetak puta ponovi neku riječ ili frazu („Dobro večer, dobro došli.“; „Monkey see, monkey do.“; speluje engleski alfabet, nabraja po redu televizijske kanale nekoliko puta zaredom). Pri tome, ne obraća se nikome, često daje do znanja da mu smeta ako neko s njim (na primjer) zapjeva ili ponavlja fraze.

govor, ali on je uglavnom agramatičan i upotreba ličnih zamjenica im predstavlja posebnu teškoću, naročito kad treba da pitanje sa drugim licem jednine preformulišu u odgovor u prvom licu jednine. Na primjer, na pitanje “Šta hoćeš?”, odgovaraju sa “Hoćeš sok.”, umjesto “Hoću sok.”.

Socijalni deficit i okrenutost ka sebi, koji su karakteristični za ASD, sami po sebi negativno djeluju na razvoj govora. Pored deficita verbalnog, otežan je (ili se ne razvija) ni neverbalni govor, djeca ne pokazuju željeno rukom i kažiprstom, nerazvijena je sposobnost imitacije i nema zajedničke pažnje (npr. ne gledaju šta im se pokazuje). Da postoje genetski činioci koji utiču na javljanje socijalnog deficita, sugeriše i nalaz da rođaci osoba sa specifičnim jezičkim oštećenjem (eng. specific language impairment, SLI) pokazuju veću stopu komunikacijskog deficita, a manju stopu socijalnog deficita, dok je obrnuto stanje kod rođaka osoba sa ASD (Pickles, St Clair, & Conti-Ramsden, 2012).

Iako se dugo mislilo da djeca sa ASD-om nisu u stanju prepoznati emocije na licima drugih ljudi, noviji nalazi to opovrgavaju. Prema Tanaka et al. (2012), djeca sa ASD mogu da prepoznaju osnovne facijalne emocije kao i njihovi vršnjaci istog IQ-a, osim facijalne ekspresije za ljutnju. Objašnjenje za to autori nalaze u činjenici da se djeca sa ASD koncentrišu na gledanje donjeg dijela lica i da pokret i oblik usana prepoznaju holistički, a oči kao izolovani dio. Za razliku od ostalih emocija, ljutnju uglavnom pokazujemo gornjim dijelom lica (stisnute oči, nabrane obrve).

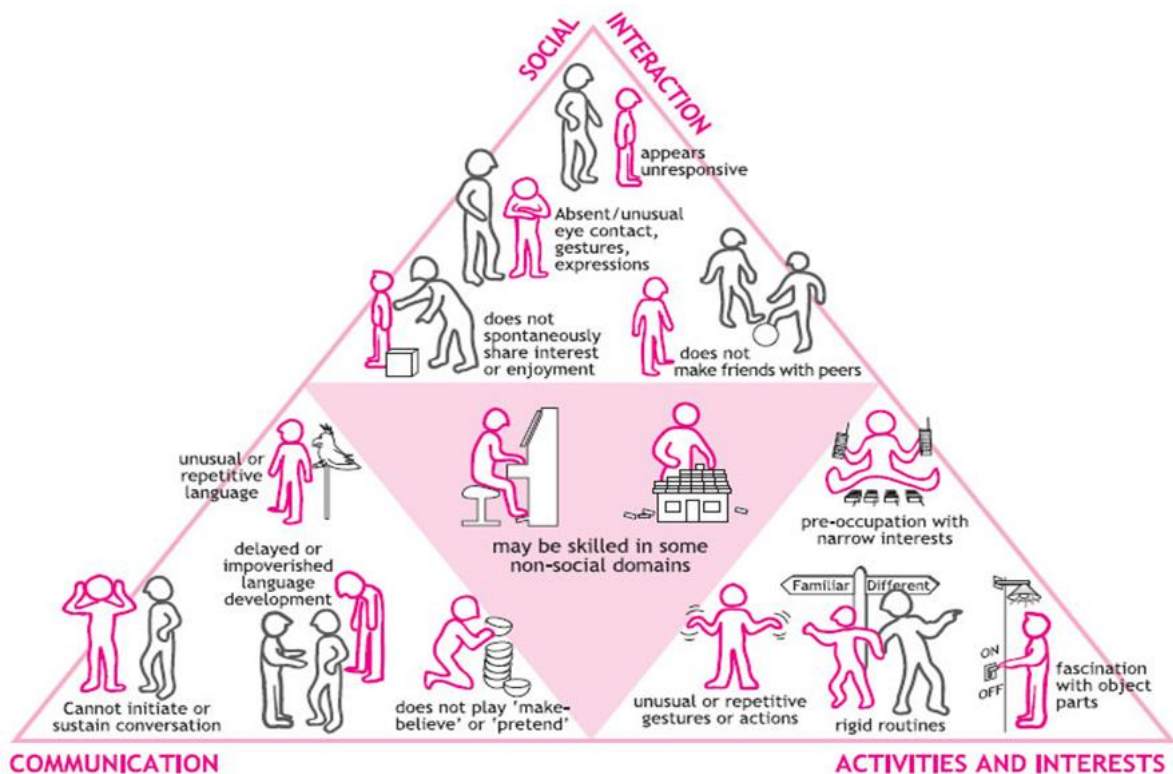
RESTRIKTIVNO I REPETITIVNO PONAŠANJE (RRP)

RRP je drugi kriterijum za dijagnostiku ASD-a i predstavlja široku kategoriju različitog ponašanja, počevši od privrženosti ritualima i rutini, preko motornih stereotipija, pa do neuobičajenih preokupacija. Bishop, Richler i Lord (2006) su dobili nalaze koji idu u prilog tezi da postoje različite klase RRP. Utvrdili su da razlike zavise i od neverbalnog kvocijenta inteligencije, kao i od uzrasta djece (mlađa djeca imaju više senzomotornih RRP, a starija više insistiranja na istovjetnosti). Bishop et al. (2013) takođe potvrđuju da postoje najmanje dvije podkategorije RRP: 1) repetitivno senzomotorno i 2) insistiranje na istovjetnosti, odnosno jednoličnosti.

Iako RRP može biti evidentirano i kod djece koja nemaju ASD (npr. kod djece sa intelektualnim disabilitetom, kod osoba sa opsesivno-kompulzivnim poremećajem, pa i kod djece normalnog razvoja u ranom uzrastu od 2 do 4 godine), Matson, Dempsey i Fodstad (2009) su dobili nalaze koji nedvosmisleno pokazuju da se i na ranom uzrastu (17-37 mjeseci) jasno vidi razlika u učestalosti RRP kod djece koja imaju dijagnozu autizam, pervazivni nespecificovani poremećaj, i kod djece bez dijagnoze, ali pod rizikom (sumnjom) za dobijanje iste. Prema Barber, Wetherby i Chambers (2012), na

ranom uzrastu, razlika između djece sa ASD i djece normalnog razvoja nije toliko u frekvenciji RRP koliko u kategoriji koju preferiraju; tako se djeca sa ASD više ljuljaju, okreću, rolaju i trljaju predmete, dok djeca normalnog razvoja predmete više tresu, redaju u linije i skupljaju. Prema nekim autorima, u osnovi javljanja RRP leži specifičan kognitivni stil koji je karakterističan za djecu sa ASD-om, a to je fokusiranje na detalje (Chen, Rodgers, & McConachie, 2008).

Na Slici 3 su jasno ilustrovane karakteristike socijalne komunikacije i RRP-a (s tim što su socijalna interakcija i komunikacija posebno prikazane).



Slika 3. Karakteristike osoba sa ASD-om (izvor: <http://goo.gl/sH2OKM>).

Pored kognitivnog stila, za RRP je vezana i anksioznost. Rodgers, Glod, Connolly i McConachie (2012) podijelili su prema nivou anksioznosti, 67-oro djece sa ASD-om na dvije grupe: grupu sa visokim i grupu sa niskim nivoom anksioznosti. Nalazi sugerišu da djeca u grupi sa povišenim nivoom anksioznosti imaju viši nivo insistiranja na istovjetnosti, dok u grupi djece s niskim nivoom anksioznosti, ista je asocirana sa senzomotornim repetitivnim pokretima. Odnosno, visina anksioznosti je u vezi sa drugačijim vrstama stereotipnog ponašanja.

DIJAGNOSTIKOVANJE I PREVALENCIJA ASD-a

Dijagnostikovanje ASD-a je zasnovano jedino na bihevioralnim znakovima, samim tim, promjene u definisanju ponašanja u dijagnostičkim priručnicima značajno utiču na dijagnozu (Barton, Robins, Jashar, Brennan, & Fein, 2013). Pored promjena sistema klasifikacije i kriterijuma i sama terminologija u dijagnostici ASD-a se mijenjala kroz vrijeme. Uglavnom se govorilo o pervazivnim razvojnim poremećajima i o autizmu, kao tipičnom predstavniku ove grupe. Pored toga, kod nas je uz prihvaćenu ICD-10 klasifikaciju (World Health Organization, 1992)⁶, i danas aktuelna francuska klasifikacija poremećaja djetinjstva i mladosti (Aleksić, Rudić, Popović-Deušić, Pejović-Milovančević i Banjac-Karović, 2002) te se nerijetko u nalazima sreće i dijagnoza “disharmoničan razvoj”.

Psihijatri nerijetko naglašavaju da je dijagnostika, naročito za mlađi uzrast, proces i da ne treba kritikovati dinamičku prirodu davanja i mijenjanja dijagnoza. Aleksić i sar. (2002) su pregledom podataka u toku desetogodišnjeg perioda dnevne bolnice za djecu ustanovili da je kod 52% djece za koju se sumnjalo da imaju ASD potvrđen autizam i Aspergerov sindrom (ostalo su bili mentalna retardacija, rana dječija psihoza i razvojna disfazija). Postoji nekoliko diferencijalnih dijagnoza čija je simptomatologija slična onoj koja se sreće kod ASD-a. Ono što na našim prostorima nedostaje jeste adekvatno dijagnostičko sredstvo koje će pomoći u ustanovljavanju poremećaja. Jedan od često korištenih testova u svijetu je ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) a Corsello, Akshoomoff i Stahmer (2013) su longitudinalnom studijom u kojoj su kliničari koristili ADOS, pokazali da ovaj standardizovani test pouzdan pokazatelj poremećaja autističnog spektra i kod dvogodišnjaka.

U Republici Srpskoj, do februara 2014. godine, prema podacima iz 30 centara za socijalni rad, bilo je registrovano 158 djece sa autizmom (hCa Banja Luka, 2014). Prema podacima CDC⁷-a (n.d.), prevalenca⁸ ASD kod djece rođene 2002. godine bila je 14.7 na hiljadu djece (od 68 djece, jedno ima ASD). Isti izvor navodi da su prevalencije za Aziju, Evropu i Sjevernu Ameriku u prosjeku 1% i da je poremećaj pet puta češći kod dječaka nego kod djevojčica. Prevalenca autističnog poremećaja je povećana tokom posljednjih decenija. U preglednom članku, Saracino, Noseworthy, Steiman, Reisinger i Fombonne (2010) su izložili rezultate 61 studije rađene u periodu od 1966. do 2010. godine. Utvrđeno je da broj detektovane djece raste. Mada ne isključuju mogućnost stvarnog povećavanja broja djece sa

⁶ ICD, (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) je klasifikacija koju objavljuje WHO (Svjetska zdravstvena organizacija). Trenutno se koristi ICD-10 a jedanaesta verzija se očekuje 2017.

⁷ CDC (Centres for Disease Control and Prevention) je Centar za kontrolu i prevenciju bolesti u USA.

⁸ Prevalenca je pojam koji se u epidemiologiji odnosi na ukupan broj oboljelih osoba unutar neke populacije u odnosu na cijelu populaciju, na primjer, ukupan broj Francuza oboljelih od malih boginja u odnosu na ukupan broj Francuza, i bolesnih i zdravih. Izražava se u procentima ili u promilima.

autizmom, ovi autori upozoravaju na značajan uticaj koji na dijagnostiku imaju promjene u definisanju, povećanje javne osviještenosti i promjene u socijalnim službama. Kielinen, Linna i Moilanen (2000) su testirali preko 39 000 djece u Finskoj. Koristeći isti uzorak, a različite kriterije, autori su dobijali različite stope prevalencije (po Kanerovom testu prevalencija je bila 2.3/10 000, po kombinaciji ICD-10 i DSM-4 bila je 6.1/10 000, dok je samo po ICD-10 iznosila 7.6/10 000). Još jedna potvrda da dijagnostički klasifikacioni sistem utiče na prevalenciju je studija Miller et al. (2012). Oni su uradili reviziju studije iz osamdesetih godina prošlog vijeka – od 108 osoba koja su u originalnoj studiji (po DSM-3) dobila dijagnozu “nema autizam”, 64 (59%) u njihovoj studiji (po DSM-4) dobija dijagnozu ASD.

RAZLIKE IZMEĐU DSM-4 I DSM-5

Pored već navedene promjene (sva četiri poremećaja se dijagnostikuju kao ASD, odnosno, ne koriste se raniji nazivi: autizam, Aspergerov poremećaj itd.), osnovne razlike između DSM-4 (American Psychiatric Association, 2000) i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ogledaju se u prelasku sa trijadnog na dijadni sistem i promjeni broja simptoma koji moraju biti prisutni da bi se kriterij smatrao ispunjenim. Prema DSM-4 (American Psychiatric Association, 2000), bilo je potrebno zadovoljiti barem šest od ukupno dvanaest simptoma u tri glavne oblasti (deficit socijalizacije, deficit komunikacije i restriktivno ili repetitivno ponašanje i interesovanja). Za razliku od navedenog, prema DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) postoje dvije oblasti (socijalizacija i komunikacija čine jednu oblast, a repetitivno i restriktivno ponašanje drugu oblast). Potrebno je zadovoljiti sva tri kriterijuma prve oblasti, te dva od četiri kriterijuma druge.

Turygin, Matson, Adams i Belva (2013) su sproveli komparativnu studiju u kojoj su uporedili djecu koja su dijagnozu ASD imali i po DSM-4 (American Psychiatric Association, 2000) i po DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), sa djecom koja su dijagnozu imala samo po starijem od dva priručnika. Utvrdili su da ne postoje značajne razlike između grupa, imajući u vidu da prva grupa ima viši nivo oštećenja adaptivnih funkcija. Takođe, isti autori ukazuju na neophodnost praćenja djece koja zbog kriterijumskih promjena nisu dobila dijagnozu, ali imaju oštećenja u sferama socijalne komunikacije i/ili RRP-a, jer njima je uskraćivanjem dijagnoze uskraćena i podrška u vidu interventnih programa i asistencije. Barton et al. (2013), navode da pooštreni kriterijumi u DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) u odnosu na DSM-4 (American Psychiatric Association, 2000) imaju najviše implikacija za najmlađe, odnosno da kod određenog broja djece ispod tri godine neće biti

prepoznat poremećaj autističnog spektra.

S druge strane, postoji dosta mišljenja da DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) dovodi do pozitivnih promjena (Vivanti et al., 2013; Huerta et al. 2013), koje su uslovljene naučnim saznanjima. Vivanti et al. (2013) navode da isticanje važnosti repetitivnog ponašanja za diferencijalnu dijagnozu i prelazak na dvofaktorski model olakšava i ubrzava proces dijagnostike. Prema ovim autorima, jedine moguće teškoće mogli bi imati pojedinci koji su po DSM-4 (American Psychiatric Association, 2000) imali dijagnozu iz autističnog spektra a koji bi po novoj klasifikaciji dobili dijagnozu poremećaj socijalne komunikacije.⁹ Osobe sa ovom dijagnozom (poremećaj socijalne komunikacije) nemaju tretmane uključene u paket zdravstvenog osiguranja, niti zakonske olakšice. Takođe, izražavaju bojazan da novo izdanje ICD-a neće biti usklađeno sa aktuelnim DMS-om, te će tako biti ugrožen internacionalni konzenzus.

TRETMANI

Iako se zna da genetska osnova utiče na javljanje i stepen oštećenja kod osoba sa ASD-om, još uvijek nije dovoljno razjašnjeno zašto i na koji način dolazi do ovog poremećaja. Na primjer, Rossignol i Frye (2012) navode da se mitohondrijski poremećaj javlja kod 0.01% normalne populacije, a kod 5% ljudi sa ASD; dovoljno da se uvidi statistički značajna razlika, nedovoljno da bi se time objasnila etiologija ASD-a. Iz nerazjašnjenosti etiologije, proizlazi i postojanje velikog broja tretmana. Navešću najčešće, kako u svijetu, tako i na našim prostorima.

Hiperbarična komora (HBOT, Hyperbaric Oxygen Therapy). HBOT podrazumijeva kontrolisano povećavanje kiseonika na nivo viši od atmosferskog pritiska. Jepson et al. (2010) navode da se HBOT nije pokazala efektivnim tretmanom za učesnike njihove studije. Slične nalaze su dobili Bent, Bertoglio, Ashwood, Nemeth i Hendren (2012). Desetoro djece je imalo po 80 seansi u hiperbaričnoj komori. Osim pozitivnih promjena koje su navodili roditelji, nisu našli na poboljšanja u ponašanju koja su mogli uočiti na snimcima nezavisni posmatrači.

Bezglutenska i bezkazeinska dijeta (GFCF, Gluten Free, Casein Free). Kontrolisane studije tipično ne pronalaze razliku između djece koja su na GFCF dijeti i djece iz kontrolnih grupa. Ilustracije radi, istraživanja Johnson, Handen, Zimmer, Sacco i Turner (2011) i duplo slijepo istraživanje Elder et al. (2006) su pokazala da nema razlika između djece koja su mjesecima na ovoj dijeti i djece u kontrolnim grupama. Pozitivni ishodi ovih dijeta se navode u izvještajima roditelja, gdje oni bilježe da

⁹ DSM-5 je uveo i poremećaj socijalne komunikacije unutar kategorije jezičkih oštećenja.

primjećuju poboljšanja kako u socijalnom aspektu, tako i u fiziološkom smislu (Pennesi & Klein, 2012).

Senzorna soba – terapija senzorne integracije (SIT). Masovnim otvaranjem senzornih soba na našim prostorima, ova terapija je postala jako popularna. Uvođenjem kategorija senzorne neadekvatnosti (preosjetljivost ili neosjetljivost djece na podražaje) u dijagnostički kriterij DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), za očekivati je da će SIT još dugo biti aktuelan. Kad je riječ o empirijskoj potvrđenosti efekata SIT, čak i pored 40 godina istraživanja i primjene SIT, ne postoje pouzdane naučne potvrde da je SIT uspješan tretman djece sa ASD (Polenick & Flora, 2012). Jedan od osnovnih postulata rada SI terapeuta jeste da djeca sama određuju šta rade, koliko dugo, da li će jednu aktivnost sprovoditi stalno i iznova i kad će uvesti novu. Javlja se bojazan da kod djece sa ASD, takav princip rada može prouzrokovati učvršćivanje stereotipnih obrazaca i pojačanje repetitivnih radnji poput ljuljanja, vrćenja oko svoje ose i slično. Prsluk s opterećenjem je jedan od pomagala u okviru SIT i često se preporučuje za djecu sa ASD, da bi ih umirila tokom nastave i tako dovela do poboljšanja njihove radne sposobnosti. Međutim, neadaptivno ponašanje djece sa ASD ne smanjuje se nošenjem prsluka (Davis et al., 2013; Reichow, Barton, Good, & Wolery, 2009). Takođe, u komparativnoj studiji (Devlin, Healy, Leader, & Hughes, 2011) potvrđeno je da je SIT inferiorniji tretman za smanjivanje problematičnog ponašanja u poređenju sa bihejvioralnom intervencijom.

TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children). Zasniva se na karakteristikama koje čine “autističnu kulturu”: bolje procesiranje vizuelnih u odnosu na auditivne informacije, pojačana pažnja prema detaljima i teškoće sa integrisanjem ili izvlačenjem zaključaka, velika varijabilnost pažnje, problemi u komunikaciji, teškoće sa usvajanjem koncepta vremena, tendencija vezivanja za rutinu, veoma intenzivno i impulsivno reagovanje vezano za omiljenu aktivnost, senzorne preferencije ili averzije (Mesibov & Shea, 2010). TEACCH, navode Mesibov i Shea (2010), preporučuje četiri vrste strukture: 1) fizička (adekvatan namještaj i redukcija distrakcije i prevelike stimulacije iz okruženja), 2) organizacija slijeda događaja (dnevni, odnosno sedmični rasporedi vizualno predstavljeni), 3) organizacija individualnih zadataka i 4) organizacija zadataka u slijed aktivnosti (sistem aktivnosti).

PECS (Picture Exchange Communication System). Prema Ostry, Wolfe i Rush (2008), studije pokazuju da ovaj metoda pomaže razvoju zahtjevanja i generalizacije. Iako u svom nazivu ima komunikaciju, da bi doprinio razvoju komunikacije, potrebno je da bude dio šireg komunikacijskog sistema i da je dijete podvrgnuto treninzima učenja zajedničke pažnje i postavljanja pitanja. PECS olakšava komunikaciju sa pojedincima koji ne govore ili čiji govor nije funkcionalan, ali nije utvrđeno

da dovodi do razvoja govora (Preston & Carter, 2009; Flippin, Reszka, & Watson, 2010).

ABA (Applied Behavior Analysis). Primjenjena bihevioralna analiza ima dugu istoriju, a njeni počeci su vezani za Skinnerovo instrumentalno učenje. Pomoću jasnih serija potkrepljivanja i korekcija, uz osmišljen program kojim se prati frekvencija ili dužina nekog ponašanja, bihevioralnom analizom se utiče na agresivno ponašanje, stereotipno ponašanje, uče adaptivni modeli ponašanja. Često se koristi u akademskom radu i u učenju novih vještina, pri čemu je naglasak na razlaganju koraka i sistematskoj generalizaciji naučenog. Meta-analiza 11 studija pokazala je da primjena ABA programa na ranom uzrastu dovodi do značajno boljeg ekspresivnog i receptivnog jezika, adaptivnog ponašanja i neverbalne inteligencije eksperimentalne grupe u odnosu na kontrolnu (Peters-Scheffer, Didden, Korzilius i Sturmey, 2010). Bihevioralne intervencije su primjenljive i uspješne i u školskom sistemu (Fava et al., 2012), ali najbolji rezultati se postižu kad je tretman intenzivan i sveobuhvatan, što znači da uključuje i djetetovu prirodnu sredinu (ne samo školu i kabinet terapeuta) i kad su roditelji obučeni i uključeni u cijeli proces (Hayward, Gale, & Eikeseth, 2008).

Kod nas, na području Bosne i Hercegovine, ne postoji sistem rane detekcije djece sa razvojnim poremećajima, niti program rane intervencije. Tretmani se rade sporadično, sa djecom koja su uglavnom ranog osnovnoškolskog uzrasta. Posljednjih pet godina u Sarajevu, u prostorijama Zavoda "Mjedena", radi se sa djecom sa ASD-om. Inicijativu, sprovođenje i finansiranje ovog projekta obezbjeđuje udruženje građana EDUS¹⁰, na čelu sa prof. dr Nirvanom Pištoljević¹¹. Koristi se CABAS¹² metoda u radu rane intervencije, vrtića, školskog programa (I-V razred) i tutoring programa (podrška djeci u inkluziji) (EDUS, n.d.a). U ovaj program je trenutno uključeno preko stotinu djece različitog uzrasta, a preko četrdeset ih je na listi čekanja (EDUS, n.d.b).

¹⁰ EDUS, Edukacija za sve. <http://edusbih.org/bhs/>

¹¹ <http://www.tc.columbia.edu/academics/index.htm?facid=np2127>

¹² CABAS (Comprehensive Application of Behavior Analysis to Schooling) je sveobuhvatni bihevioralni sistem razvijen na Columbia univerzitetu u Njujorku.

PRILOG: DIJAGNOSTIČKI KRITERIJI ZA POREMEĆAJ AUTISTIČNOG SPEKTRA PREMA DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)

Poremećaj autističnog spektra

Dijagnostički kriterij

299.00 [F84.0] (p. 50-51)

A. Trajni deficit u socijalnoj komunikaciji i socijalnoj interakciji u različitim kontekstima, koji se manifestuje na slijedeće načine:

1. Deficit u socijalno-emocionalnom reciprocitetu, na primjer, od neadekvatnog socijalnog ponašanja i neuspješnog vođenja konverzacije, preko redukovano dijeljenja interesovanja i emocija, do neuspjeha u iniciranju ili odgovaranju pri socijalnoj interakciji.
2. Deficit u neverbalnom komunikativnom ponašanju korištenom za socijalnu interakciju, na primjer, od loše integrisanosti verbalne i neverbale komunikacije, preko abnormalnosti kontakta očima i govora tijela ili deficita u razumijevanju i korištenju gestova, do potpunog nedostatka facijalne ekspresije i neverbalne komunikacije.
3. Deficit u razvijanju, održavanju i razumijevanju veza, na primjer, od poteškoća prilikom prilagođavanja ponašanja različitim socijalnim kontekstima, preko teškoća u imaginativnim igrama i stvaranja prijateljstava, do odsustva interesovanja za vršnjake.

Specifikovati trenutnu ozbiljnost oštećenja:

Ozbiljnost oštećenja je bazirana na neadekvatnoj socijalnoj komunikaciji i restriktivnim, repetitivnim obrascima ponašanja (vidjeti tabelu broj 1).

B. Restriktivni, repetitivni obrasci ponašanja, interesovanja ili aktivnosti, manifestovani na najmanje dva načina od dolje navedenih:

1. Stereotipnost ili repetitivnost pri motornim pokretima, pri korištenju objekata, ili u govoru (na primjer, jednostavne motorne stereotipije, kao što su lepršanje rukama, ljuljanje, igra prstima, redanje igračkica po nekoj osnovi, vrćenje špage, točkova autića, eholalija riječi ili fraza, korištenje netipičnih fraza).
2. Insistiranje na jednoličnosti, nefleksibilna privrženost rutini ili ritualizovanim obrascima verbalnog ili neverbalnog ponašanja (na primjer, ekstremni distress pri malim promjenama, rigidni obrasci mišljenja, rituali pozdravljanja, potreba da ide uvijek istim putem ili da jede istu hranu svaki dan).

3. Visoko restriktivni, fiksirani interesi, koji su abnormalni po svojem intenzitetu ili fokusu (na primjer, snažna, privrženost ili preokupacija neobičnim objektima, ekstremno ograničena ili ponavljajuća interesovanja).

4. Hiper- ili hipoosjetljivost na senzorne nadražaje, ili neuobičajena interesovanja za senzorne aspekte okruženje (na primjer, očigledna ravnodušnost na bol/povišenu temperaturu, negativna reakcija na specifične zvukove ili teksture, pretjerano mirisanje ili dodirivanje objekata, vizuelna fascinacija svjetlima ili pokretima).

Specifikovati trenutnu ozbiljnost oštećenja:

Ozbiljnost oštećenja je bazirana na neadekvatnoj socijalnoj komunikaciji i restriktivnim, repetitivnim obrascima ponašanja (vidjeti tabelu broj 1).

C. Simptomi se moraju pojaviti u ranom razvojnem periodu (ali ne moraju biti potpuno manifestovani sve dok socijalni zahtjevi ne prevaziđu limitirane kapacitete, ili mogu biti maskirani naučenim strategijama u kasnijem životu).

D. Simptomi uzrokuju klinički značajna oštećenja u socijalnoj, profesionalnoj, i svim drugim važnim aspektima trenutnog funkcionisanja.

E. Ovi poremećaji se ne mogu bolje objasniti intelektualnim disabilitetom (poremećaj intelektualnog razvoja) ili opštim razvojnim kašnjenjem. Intelektualni disabilitet i poremećaj autističnog spektra često se pojavljuju zajedno; za uspostavljanje udružene dijagnoze poremećaja autističnog spektra i intelektualnog disabiliteta, socijalna komunikacija mora biti ispod očekivanog opšteg razvojnog nivoa.

Napomena: Osobama sa dobro uspostavljenom DSM-4 dijagnozom autističnog poremećaja, Aspergerovog poremećaja ili nespecificovanog pervazivnog razvojnog poremećaja, treba dodijeliti dijagnozu poremećaja autističnog spektra. Osobe koje imaju deficit u socijalnoj komunikaciji, ali čijih simptoma nema u kriterijima poremećaja autističnog spektra, treba evaluirati kao poremećaj socijalne komunikacije.

Specifikovati ako je:

Sa ili bez pratećih intelektualnih oštećenja

Sa ili bez pratećih jezičkih oštećenja

Asociran sa poznatim medicinskim ili genetskim stanjem ili sredinskim faktorom (Napomena za kodiranje: koristiti dodatni kod za identifikaciju asociiranog medicinskog ili genetskog stanja)

Asociran sa drugim neurorazvojnim, mentalnim, ili ponašajnim poremećajem (Napomena za kodiranje: koristiti dodatni kod za identifikaciju asociiranog neurorazvojnog, mentalnog, illi ponašajnog poremećaja)

Sa katatonijom (odnosi se na kriterijume katatonije asociране sa drugim mentalnim poremećajima). **(Napomena za kodiranje:** koristiti dodatni kod 293.89 [F06.1] katatonija asociрана sa poremećajem autističnog spektra da bi ukazala na prisutnost prateće katatonije)

Diferencijalne dijagnoze:

- Rettov sindrom
- Selektivni mutizam
- Poremećaj razvoja govora i poremećaj socijalne komunikacije
- Intelektualni disabilitet bez poremećaja autističnog spektra
- Poremećaj stereotipnih pokreta
- ADHD (deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj)
- Šizofrenija

Nivo ozbiljnosti poremećaja autističnog spektra (p.52)

Nivo ozbiljnosti	Socijalna komunikacija	Restriktivno, repetitivno ponašanje
Nivo 3 „Zahtijeva veoma značajnu potporu“	Ozbiljni deficiti verbalnih i neverbalnih socijalnih komunikacionih vještina uzrokuju ozbiljne poremećaje u funkcionisanju, veoma ograničenu inicijaciju društvene interakcije, i minimalan odgovor na socijalnu inicijativu drugih. Na primjer, osoba sa malim fondom razumljivih riječi, koja rijetko inicira interakciju, a i kad je inicira, čini to na neuobičajen način samo da bi zadovoljila svoj potrebe i odgovara na samo veoma direktne socijalne pristupe.	Nefleksibilnost u ponašanju, ekstremno teško prihvatanje promjena, ili druga restriktivna / repetitivna ponašanja, koja utiču na funkcionisanje u svim drugim aspektima. Veliki distres / teškoće u mijenjanju fokusa ili aktivnosti.
Nivo 2 „Zahtijeva znatnu potporu“	Uočljivi deficiti verbalnih i neverbalnih socijalnih komunikacijskih vještina; socijalno odudaranje čak i kad je prisutna potpora; limitirana inicijacija društvene interakcije; redukovan ili neadakvatan odgovor na iniciranje kontakta od strane drugih. Na primjer, osoba koja se izražava jednostavnim	Nefleksibilnost u ponašanju, poteškoće u prihvatanju promjena, ili druga restriktivna / repetitivna ponašanja, koja se pojavljuju dovoljno često da bi bila očigledna i slučajnom posmatraču i koja utiču na funkcionisanje u različitim kontekstima. Distres i / ili teškoće u

	rečenicama, čija je interakcija ograničena na usko specijalizovana interesovanja i koja ima primjetno čudnu neverbalnu komunikaciju.	mijenjanju fokusa ili aktivnosti.
Nivo 1 „Zahtijeva potporu“	Bez podrške, deficit u socijalnoj komunikaciji uzrokuje uočljiva odstupanja. Poteškoće u iniciranju socijalne interakcije i jasni primjeri netipičnih ili neuspješnih odgovora u društvenim kontaktima. Može imati smanjeno interesovanje za društvene interakcije. Na primjer, osoba koja je sposobna govoriti punim rečenicama i učestovati u komunikaciji, ali koja je neuspješna u razgovorima i čiji pokušaji sticanja prijatelja su čudni i tipično neuspješni.	Nefleksibilnost u ponašanju uzrokuje značajna ometanja u funkcionisanju u jednom ili više konteksta. Poteškoće prilikom promijene aktivnosti. Problemi u organizovanju i planiranju sputavaju nezavisnost.

Reference

- Aleksić, O., Rudić, N., Popović-Deušić, S., Pejović-Milovančević, M., Banjac-Karović, i M. (2002). Mogućnost primene klasifikacionih sistema u oblasti pervazivnih razvojnih poremećaja. *Psihijatrija Danas*, 34(3-4), 281-289.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Barber, A. B., Wetherby, A. M., Chambers, & N. W. (2012). Brief report: Repetitive behaviors in young children with autism spectrum disorders and developmentally similar peers: A follow up to Watt et al. (2008). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 2006-2012.
- Barton, M. L., Robins, D. L., Jashar, D., Brennan, L., & Fein, D. (2013). Sensitivity and specificity of proposed DSM-V criteria for autism spectrum disorder in toddlers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 1184-1195.
- Bent, S., Bertoglio, K., Ashwood, P., Nemeth, E., & Hendren, R. L. (2012). Brief report: Hyperbaric oxygen therapy (HBOT) in children with autism spectrum disorder: A clinical trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 1127-1132.
- Bishop, S. L., Hus, V., Duncan, A., Huerta, M., Gotham, K., Pickles, A., Kreiger, A., Buja, A., Lund, S., & Lord, C. (2012). Subcategories of restricted and repetitive behaviors in children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 1287-1297.
- Bishop, S. L., Richler, J., & Lord, C. (2006). Association between restricted and repetitive behaviors and nonverbal IQ in children with autism spectrum disorders. *Child Neuropsychology*, 12, 247-267.
- Centers for Disease Control and Prevention / CDC. (n.d.). *Autism spectrum disorder (ASD): Data & statistics*. Retrieved from <http://goo.gl/omdMUv>
- Chen, Y., Rodgers, J., & McConachie, H. (2008). Restricted and repetitive behaviours, sensory processing and cognitive style in children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 635-642.
- Corsello, C. M., Akshoomoff, N., & Stahmer, A. C. (2013). Diagnosis of autism spectrum disorders in

2-year-olds: A study of community practice. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 178-185.

Davis, T. N., Dacus, S., Strickland, E., Copeland, D., Chan, J. M., Blenden, K., Scalzo, R., Osborn, S., Wells, K., & Christian K. (2013). The effects of a weighted vest on aggressive and self-injurious behavior in a child with autism. *Developmental Neurorehabilitation*, 16(3), 210-215.

Devlin, S., Healy, O., Leader, G., & Hughes, B. M. (2011). Comparison of behavioral intervention and sensory integration therapy in the treatment of challenging behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 1303-1320.

Edukacija za sve / EDUS. (n.d.a). *Aktivnosti EDUSa*. Preuzeto sa <http://goo.gl/dyfiJu>

Edukacija za sve / EDUS. (n.d.b). *EDUS bilježi rekordan broj zainteresovanih roditelja i djece: i dalje bez konkretne podrške nadležnih*. Preuzeto sa <http://goo.gl/ogAznw>

Elder, J. H., Shankar, M., Shuster, J., Theriaque, D., Burns, S., & Sherrill, L. (2006). The gluten free, casein free diet in autism: Results of a preliminary double blind clinical trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 413-421.

Fava, L., Vicari, S., Valeri, G., D'Elia, L., Arima, S., & Strauss, K. (2012). Intensive behavioral intervention for school-aged children with autism: Una breccia nel muro (UBM) – A comprehensive behavioral model. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 1273-1288.

Flippin, M., Reszka, S., & Watson, L. R. (2010). Effectiveness of the picture exchange communication system (PECS) on communication and speech for children with autism spectrum disorders: A meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19, 178-195.

Hayward, D. W., Gale, C. M., & Eikeseth, S. (2008). Intensive behavioural intervention for young children with autism: A research-based service model. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 571-580.

Helsinki Citizens' Assembly Banja Luka / hCa Banja Luka. (2014, February 17). *U RS registrovano 158 djece s autizmom*. Preuzeto sa <http://goo.gl/Bfd6SA>

Huerta, M., Bishop, S. L., Duncan, A., Hus, V., & Lord, C. (2013). Application of DSM-V for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of pervasive developmental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 169, 1056-1064.

Jepson, B., Granpeesheh, D., Tarbox, J., Olive, M. L., Stott, C., Braud, S., Yoo, J. H., Wakefield, A., &

- Allen, M. S. (2010). Controlled evaluation of the effects of hyperbaric oxygen therapy on the behavior of 16 children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 41*, 575-588.
- Johnson, C. R., Handen, B. L., Zimmer, M., Sacco, K., & Turner, K. (2011). Effects of gluten free / casein free diet in young children with autism: A pilot study. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 23*, 213-225.
- Kielinen, M., Linna, S. L., & Moilanen, I. (2000). Autism in northern finland. *European Child & Adolescent Psychiatry, 9*, 162-167.
- Matson, J. L., Dempsey, T., & Fodstad, J. C. (2009). Stereotypies and repetitive/restrictive behaviours in infants with autism and pervasive developmental disorders. *Developmental Neurorehabilitation, 12*(3), 122-127.
- Mayo, J., Chlebowski, C., Fein, D. A., & Eigsti, I-M. (2012). Age of first word predicts cognitive ability and adaptive skills in children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*, 253-264.
- Mesibov, G. B., & Shea, V. (2010). The TEACHH program in the era of evidence-based practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*, 570-579.
- Miller, J. S., Bilder, D., Farley, M., Coon, H., Pinborough-Zimmerman, J., Jenson, W., Rice, C. E., Fombonne, E., Pingree, C. B., Ritvo, E., Ritvo, R-A, & McMahon, W. M. (2012). Autism spectrum disorder reclassified: a second look at the 1980s utah/UCLA autism epimeiologic study. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*, 200-210.
- O'Brien, K., Slaughter, V., & Peterson, C. C. (2011). Sibling influences on theory of mind development for children with ASD. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(6), 713-719.
- Ostryn, C., Wolfe, P. S., & Rusch, R. (2008). A review and analysis of the picture exchange communication system (PECS) for individuals with autism spectrum disorders using a paradigm of communication competence. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities, 33*, 13-24.
- Pennesi, C. M., & Klein, L. C. (2012). Effectiveness of the gluten-free, casein-free diet for children diagnosed with autism spectrum disorder: based on parental report. *Nutritional neuroscience, 15*(2), 85-91.

- Peters-Shceffer, N., Didden, R., Korzilius, H., & Sturmey, P. (2010). A meta-analytic study on the effectiveness of comprehensive ABA-based early intervention programs for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 5*, 60-69.
- Pickles, A., St Clair, M. C., & Conti-Ramsden, G. (2012). Communication and social deficits in relatives of individuals with SLI and relatives of individuals with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*, 156-167.
- Polenick, C. A., & Flora, S. R. (2012). Sensory integration and autism. Science or pseudoscience? *Sceptic Magazine, 17-2*, 28-35.
- Preston, D., & Carter, M. (2009). A review of the efficacy of the picture exchange communication system intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 39*, 1471-1486.
- Reichow, B., Barton, E. E., Good, L., & Wolery, M. (2009). Brief report: effects of pressure vest usage on engagement and problem behaviors of a young child with developmental delays. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 39*, 1218-1221.
- Rodgers, J., Glod, M., Connolly, B., & McConachie, H. (2012). The relationship between anxiety and repetitive behaviours in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42*, 2404-2409.
- Rossignol, D. A., & Frye, R. E. (2012). Mitochondrial dysfunction in autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry, 17*, 290-314.
- Saracino, J., Noseworthy, J., Steiman, M., Resinger, L., & Fombonne, E. (2010). Diagnostic and assessment issues in autism surveillance and prevalence. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 22*, 317-330.
- Tanaka, J. W., Wolf, J. M., Klaiman, C., Koenig, K., Cockburn, J., Herlihy, L., Brown, C., Stahl, S. S., South, M., McPartland, J. C., Kaiser, M. D., & Schulty, R. T. (2012). The perception and identification of facial emotions in individuals with autism spectrum disorders using the let's face it! Emotion skills battery. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(12), 1259-1267.
- Turygin, N. C., Matson, J. L., Adams, H., & Belva, B. (2013). The effect of DSM-V criteria on externalizing, internalizing, behavioral and adaptive symptoms in children diagnosed with autism. *Developmental Neurorehabilitation, 16*(4), 277-282.
- Vivanti, G., Hudry, K., Trembath, D., Barbaro, J., Richdale, A., & Dissanayake, C. (2013). Towards the

DSM-V criteria for autism: Clinical, cultural, and research implications. *Australian Psychologist*, 48, 258-261.

Woolfolk, A. (2010). *Educational psychology*. New Jersey: Upper Saddle River, Merrill.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.