



Sveučilište u Zagrebu  
Filozofski fakultet

Eleonora Glavina

# **INTERVENCIJE I TRETMANI AUTISTIČNOG POREMEĆAJA KOD DJECE**

Specijalistički rad

Zagreb, 2017.



Sveučilište u Zagrebu  
Filozofski fakultet

Eleonora Glavina

# **INTERVENCIJE I TRETMANI AUTISTIČNOG POREMEĆAJA KOD DJECE**

Specijalistički rad

Mentorica: prof. dr.sc. Anita Vulić Prtorić

Zagreb, 2017.

## SPECIJALISTIČKI STUDIJ KLINIČKE PSIHOLOGIJE

Specijalistički rad obranjen je 17.05. 2017. pred Stručnim povjerenstvom u sastavu:

**1. prof. dr. sc. Gordana Kuterovac Jagodić**

predsjednica povjerenstva

**2. prof. dr. sc. Nataša Jokić Begić**

članica povjerenstva

**3. prof. dr. sc. Anita Vulić Prtorić (Odjel za psihologiju Sveučilišta u Zadru)**

članica povjerenstva

Zahvaljujem se,  
svojoj mentorici prof. dr.sc. Aniti Vulić Prtorić na velikodušnoj podršci, ohrabivanju i  
vođenju prilikom izrade ovog rada;

svojoj mentorici praktičnih vještina, prijateljici i savjetnici, Ljiljani Husnjak, prof.  
na slušanju, razumijevanju, podršci i nesebičnom dijeljenju svog znanja;

svojim dragim kolegicama i prijateljicama Jadranki, Ani M., Emini, Mariji i Sandri A.B.  
na prijateljskim savjetima, podršci i pomoći;

svojim sinovima Vedranu i Deniju i suprugu Vladimiru  
na razumijevanju i tehničkoj podršci.

## **prof. dr. sc. Anita Vulić-Prtorić – Životopis mentora**

### **Datum i mjesto rođenja:**

8. svibnja 1960. u Slavonskoj Orahovici, Hrvatska

### **Obrazovanje:**

Osnovna i srednja škola u Požegi; Studij psihologije na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu, 1979.-1985.; Poslijediplomski studij iz Dječje i adolescentne psihijatrije na Medicinskom fakultetu u Zagrebu, 1987.-1993.; Doktorski studij iz kliničke psihologije na Filozofskom fakultetu u Zagrebu, 1999.-2000.

### **Zaposlenje:**

Stručni suradnik - psiholog u osnovnoj školi, 1985.-1995.; predavač na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zadru (1995.-2000.), viši predavač na (2000.-2001.), docent (2001.-2006.), izvanredni profesor (2006.-2012.), redoviti profesor na Odjelu za psihologiju Sveučilišta u Zadru (od 2012. godine). Voditeljica Katedre za kliničku i zdravstvenu psihologiju na Odjelu za psihologiju Sveučilišta u Zadru od 2007. godine. Voditeljica Studentskog savjetovišta Sveučilišta u Zadru od 2008. do 2015.

### **Nastavna djelatnost:**

Nastavnica i voditeljica Katedre za kliničku i zdravstvenu psihologiju i nastavnica na Odjelu za zdravstvene studije Sveučilišta u Zadru. Nositeljica kolegija: Uvod u kliničku psihologiju, Praktikum iz psihodijagnostike, Klinička psihologija, psihološka procjena, Psihološki tretmani i terapije Psihologija savjetovanja, Razvojna psihopatologija, Pedijatrijska psihologija, Suvremene metode istraživanja u kliničkoj psihologiji, Preventivni programi u zajednici.

Nastavnica na Poslijediplomskom specijalističkom studiju iz kliničke psihologije i Poslijediplomskom doktorskom studiju na Odsjeku za psihologiju, Filozofski fakultet u Zagrebu, te na Odsjeku za psihologiju Hrvatskog katoličkog sveučilišta.

### **Stručni i znanstveni interesi**

Klinička psihologija djetinjstva i adolescencije; Psihodijagnostika, prevencija, psihološka pomoć, savjetovanje i psihoterapija u radu s djecom i adolescentima.

### **Stručne i znanstvene publikacije**

Ukupno do sada prezentirala rezultate istraživanja u više od stotinu znanstvenih i stručnih radova u časopisima i zbornicima radova, te konferencijskih priopćenja; jedan sveučilišni udžbenik (Depresivnost u djece i adolescenata), a u koautorstvu je objavila jednu znanstvenu monografiju (Istraživanja u razvojnoj psihopatologiji) koja je objavljena i na engleskom jeziku (Child and Adolescent Clinical Psychology: Research Review), te 4 priručnika (Priručnik za Skalu strategija suočavanja sa stresom za djecu i adolescente, Priručnik za Skalu depresivnosti za djecu i adolescente, Priručnik za Skalu strahova i anksioznosti za djecu i adolescente, Intervju za dijagnostiku poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji).

### **Znanstveni projekti**

Od 2009. godine predstavnica Sveučilišta u Zadru u TEMPUS projektu EduQuality - Education for Equal Opportunities at Croatian Universities

Od 2006. Suradnica na međunarodnom Tempus projektu Developing University Counseling and Advisory Services (DUCAS)

2006.-2009. Znanstveno-istraživački projekt (MZOS RH) Psihosocijalni aspekti zdravlja djece i adolescenata (šifra 269-0092660-1430) - voditeljica projekta

2006.-2009. Znanstveno-istraživački projekt (MZOS RH) Medijacijska uloga emocija u procesu samoregulacije učenja (šifra 269-1301676-0821) - suradnik na projektu

2002.-2006. Znanstveno-istraživački projekt (MZOS RH) Psihosocijalni aspekti psihopatologije u djetinjstvu i adolescenciji (šifra 070012) - voditeljica projekta

1996-2002. Znanstveno-istraživački projekt (MZOS RH) Osobni i okolinski faktori reakcija na stres (šifra 070022) - suradnica na projektu

### **Stručna edukacija**

Edukacija iz biheviorn terapije, Zagreb, 1988.; Edukacija iz transakcijske analize, Zagreb, 1988. – 1990.; Edukacija o ratnim traumama i kriznim intervencijama,

Izrael, 1994.; Edukacija iz psihotraume - Advanced Trauma and Recovery Training Program for Mental Health Professionals, 1995.- 1996.; Edukacija u okviru međunarodnog projekta Aktivno učenje i kritičko mišljenje u visokoškolskoj nastavi Zagreb, 2002.-2003.; Edukacija iz geštalt terapije - Kenneth Evans, MA Shame and Guilt, Zadar,2006.

### **Članstva**

Hrvatsko psihološko društvo; Hrvatska psihološka komora; Hrvatsko udruženje za psihosomatska istraživanja; Hrvatsko društvo za dječju i adolescentnu psihijatriju.

### **Nagrade i priznanja**

„Marko Marulić“ Hrvatskog psihološkog društva, 2008.; Psihologijska nagrada Zoran Bujas, 2005.; Rektorova nagrada Sveučilišta u Zadru, 2004.

## SAŽETAK

Autistični poremećaj pervazivni je razvojni poremećaj koji počinje u ranom djetinjstvu i bitno utječe na socijalni, emocionalni, komunikacijski i kognitivni razvoj. Heterogena etiologija poremećaja utjecala je na razvoj različitih intervencija i tretmana poremećaja osobito u dječjoj dobi. Cilj rada je ponuditi pregled psihosocijalnih intervencija i tretmana autističnog poremećaja kod djece te njihove učinkovitosti na različita razvojna područja koristeći recentnu literaturu iz ovog područja. Intervencije i tretmane autističnog poremećaja kod djece možemo podijeliti u dvije osnovne skupine: usmjerene intervencije i modele sveobuhvatnih tretmana. Usmjerene intervencije uglavnom su proizašle iz bihevioralne teorijske paradigme, dok modeli sveobuhvatnih programa proizilaze iz bihevioralne, razvojne, eklektičke i mješovite teorijske paradigme. Intervencije i tretmani proizašli iz bihevioralne paradigme uglavnom imaju dobro utvrđenu efikasnost i njih se ističe u literaturi kao prevladavajuće i učinkovite. Način provođenja navedenih tretmana i rezultate, moguće je mjeriti strogim znanstvenim mjerilima, međutim postavlja se pitanje da li se ti tretmani i intervencije na takav način i provode u praksi. Isto tako, da li intervencije i tretmani koji nisu mjerljivi na navedene načine, tj. njihova učinkovitost nije utvrđena u strogo kontroliranim uvjetima, jesu ili nisu u praksi učinkoviti. Zaključno, možemo reći da izbor intervencije i tretmana ovisi o nizu faktora koji uključuju znanje i vještine praktičara, individualne karakteristike djeteta, procjenu kapaciteta obitelji i poznavanje obiteljskog okruženja. Važno je istaknuti da rezultati svi tretmanskim pristupa govore u prilog činjenicama da tretman treba započeti što ranije, što intenzivnije ga provoditi uz uključenost i suradnju stručnjaka, članova obitelji i obiteljskog okruženja na dobrobit djeteta i njegovog napretka.

Ključne riječi: autistični poremećaj, usmjerene intervencije autističnog poremećaja, modeli sveobuhvatnih tretmana autističnog poremećaja, bihevioralna teorijska terapijska paradigma, primijenjena analiza ponašanja, praksa temeljena na dokazima, dokazi temeljeni na praksi, razvojna psihopatologija.



## **SUMMARY**

Autistic disorder is a pervasive developmental disorder that starts in early childhood and significantly affects social, emotional, communicative and cognitive development. Its heterogeneous etiology has stimulated the emergence of various interventions and treatments, used especially during childhood. The aim of this paper is to make an overview of the psychosocial interventions and treatments of autistic disorder in children, as well as of their efficiency, by using current literature from the field. Interventions and treatments of autistic disorder in children can be divided into two basic groups: focused interventions and comprehensive treatment models. Focused interventions have mostly originated from behavioral theory, while comprehensive treatment models trace their roots to behavioral, developmental, eclectic and mixed theoretical paradigms. Interventions and treatments originating from behavioral theory usually have well-established efficacy and are highlighted in literature as being prevailing and effective. Their implementation and results can be measured using strict scientific methods. The question is, however, whether theory can in this way be implemented in practice. The question is also whether interventions and treatments whose efficacy has not been established under strictly controlled conditions, can nevertheless be effective in practice.

In conclusion, the choice of interventions and treatments depends on various factors such as a practitioner's knowledge and experience, a child's individual characteristics, assessment of family's capacities and awareness of family social environment and circumstances. It is important to note that the results of all treatment types show that treatment should be started as early as possible and conducted as intensively as possible, with involvement and cooperation of experts, family members and family surroundings to the benefit of the child and its progress.

**Keywords:** autistic disorder, directed interventions, comprehensive treatment models, behavioral theory therapy paradigm, applied behaviour analysis, evidence – based practice, practise based evidence, developmental psychopathology.

## SADRŽAJ

<b>1. UVOD</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Metoda</b>	<b>5</b>
<b>1.2. Organizacija informacija</b>	<b>6</b>
<b>2. POVIJEST ISTRAŽIVANJA INTERVENCIJA I TRETMANA AUTISTIČNOG POREMEĆAJA</b>	<b>7</b>
<b>3. INTERVENCIJE I TRETMANI AUTISTIČNOG POREMEĆAJA KOD DJECE</b>	<b>13</b>
<b>3.1. Usmjerene intervencije i tretmani autističnog poremećaja kod djece</b>	<b>14</b>
<b>3.2. Modeli sveobuhvatnih tretmana autističnog poremećaja kod djece</b>	<b>26</b>
<b>4. RASPRAVA I ZAKLJUČAK</b>	<b>37</b>
<b>5. LITERATURA</b>	<b>44</b>
<b>6. PRILOG</b>	<b>56</b>
<b>ŽIVOTOPIS</b>	<b>57</b>

## 1. UVOD

Autistični poremećaj pervazivni je razvojni poremećaj koji počinje u djetinjstvu, zahvaća gotovo sve psihičke funkcije i traje cijeli život (Bujas Petković, Frey Škrinjar, Hranilović, Divčić, Stošić, 2010). Autistični poremećaj, skraćeno autizam, zahvaća različita područja razvoja i s obzirom na to predstavlja izazov za razumijevanje i za tretman (Grofer Klinger, Dawson, Renner, 2003).

Prvi puta ga spominje Kanner 1943. godine opisujući 11 djece s ovim poremećajem (Kanner, 1943). Istaknuo je da ova djeca nemaju mogućnost da se vežu za druge ljude i situacije na uobičajeni način od samog početka života. Opisao je i teškoće u razvoju govora, te sklonost ritualima i rutinama (Grofer Klinger, Dawson, Renner, 2003). Tijekom 20. stoljeća za autizam se smatralo da je jedna od manifestacija psihoze, pa se tako u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (DSM) Američke psihijatrijske udruge u prvom i drugom izdanju ne navodi dijagnoza autizma ili pervazivnog razvojnog poremećaja. Tek se u DSM – III priručniku, koji je publiciran 1980. godine, prvi puta spominje pervazivni razvojni poremećaj (PDD) u koji se ubrajaju pervazivni razvojni poremećaj, infantilni autizam i atipični autizam (Kaufmann, 2012). U DSM – IV priručniku publiciranom 1994. u SAD – u, kategorija pervazivnog razvojnog poremećaja uključuje podkategorije: autistični poremećaj, Rettov poremećaj, dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu, Aspergerov sindrom te Pervazivni razvojni poremećaj neodređen (Američka psihijatrijska udruga, 1996). Obzirom da većina znanstvenika smatra da su navedene podkategorije jedno stanje s različitim stupnjevima težine (American Psychiatric Association, 2013) u petom izdanju DSM priručnika prihvaćen je jedinstven termin poremećaji iz spektra autizma (ASD, engl. Autism Spectrum Disorder) koji obuhvaća podkategorije pervazivnog razvojnog poremećaja iz DSM - IV ali ih time i ukida. Navedeni poremećaji uvršteni su u skupinu neurorazvojnih poremećaja (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Unutar kategorije poremećaju iz spektra autizma, razlikujemo poremećaje u skladu sa stupnjem oštećenja, tj. sa stupnjem podrške koja je potrebna djetetu s poremećajem i to 1., 2. i 3. stupanj. Termin autistični spektar ili autistični kontinuum osamdesetih godina 20 stoljeća uvodi Lorna Wing (1988). U DSM – 5 je uvedena je i nova dijagnostička kategorija pod nazivom poremećaj socijalne komunikacije koja zamjenjuje nespecificirani pervazivni razvojni poremećaj čime je u stvari ovaj poremećaj isključen iz kategorije poremećaja autističnog spektra (Kaufmann, 2012).

Nakon razmatranja povijesti dijagnostičkih naziva u pojedinim klasifikacijskim sustavima, važno je naglasiti da je klasifikacijski pristup poremećajima na osnovu simptoma koji je izražen

kod poremećaja autističnog spektra, upitan glede objektivnosti osobito u dječjoj psihijatriji između ostaloga i zbog toga što u tom području dolazi do interakcije razvojnih procesa s psihopatologijom (Bujas Petković i sur., 2010). Mijenjanje kliničke slike poremećaja ovisno o dobi važan je element koji utječe na dijagnostiku a time i terapijski pristup. Ova dilema očituje se i u brojnim izmjenama koje su se događale od prvog spominjanja autizma kao poremećaja 1980. godine do danas.

Prema *epidemiološkim* studijama autistični poremećaj se javlja u 2 – 5 slučajeva na 10 000 osoba (Američka psihijatrijska udruga, 1996). Obzirom na to da različiti autori uzimaju različite kriterije za procjenu poremećaja i različite metodologije za prikupljanje podataka, prevalencija se kreće od 1 na 10 000 do 70 na 10 000, pri čemu je dječaka 4 – 5 puta više s navedenom dijagnozom od djevojčica (Bujas Petković i sur., 2010). Obzirom na nove dijagnostičke kriterije javljaju se dodatne teškoće u utvrđivanju prevalencije poremećaja jer podaci dobiveni ranijim klasifikacijama neće biti usporedivi. U svakom slučaju, literatura upućuje na to da se broj dijagnosticiranih slučajeva naglo povećao početkom 1990- tih i 2000 – tih godina. Vjerojatni razlozi ovoj pojavi su promjene u dijagnostičkoj praksi, dostupnost, starost pri dijagnozi, senzibiliziranost javnosti ali i mogućnosti korištenja određenog stupnja podrške od strane društva. Tako da u nekim zemljama zemljama (npr. SAD) postoji propisan sustav stručne podrške u obliku različitih tretmana i intervencija za djecu s određenim dijagnozama dok za djecu sa sličnim teškoćama ali bez navedene dijagnoze takav sustav ne postoji.

Oba klasifikacijska sustava koja su u upotrebi, MKB – 10 (Deseta međunarodna klasifikacija bolesti, ozljeda i srodnih zdravstvenih stanja) i DSM, naglašavaju četiri ključna obilježja autističnog poremećaja (Remschmidt, 2009):

- 1) kvalitativno oštećene uzajamne socijalne aktivnosti
- 2) kvalitativno oštećena komunikacije
- 3) ograničeni stereotipni obrasci ponašanja i interesa
- 4) početak prije treće godine života

DSM – V (Američka psihijatrijska udruga, 2014) sažima navedene kriterije u dvije kategorije: kvalitativno oštećenje socijalne komunikacije (što podrazumijeva ranije navedene kriterije 1) i 2)) i ograničeni, fiksirani interesi i repetitivni stereotipni obrasci ponašanja, dok je kategorija početka javljanja poremećaja opisana kao „početak rano u djetinjstvu“ a simptomi ne trebaju u potpunosti biti uočeni dok zahtjevi okoline ne nadmaše kapacitete, tj. ograničene sposobnosti djeteta (Kaufmann, 2012).

Oštećenje recipročnih socijalnih interakcija osobito je izraženo. Može se manifestirati u ranoj dobi kao: otežano ostvarivanje emocionalne povezanosti, nemogućnost imitiranja drugih,

nerazvijena sposobnost združene pažnje, nerazumijevanje emocija drugih i nemogućnost sudjelovanja u simboličkoj igri (Grofer Klinger i sur., 2003).

Oštećenje komuniciranja vezano je uz neverbalne i verbalne vještine. U neverbalne vještine ubrajaju se nedostatni odgovor na verbalne ili neverbalne signale drugih ljudi, nedostatne vizualne provjere, nemogućnost tumačenje emocionalnog izraza drugih ljudi. U verbalne vještine ubrajaju se izostanak socijalne uporabe govornog jezika. Razvoj govora može kasniti, ili se govor uopće ne razvije. Kod osoba koje nauče govoriti često se javlja eholalija i abnormalna prozodija. Govorni poremećaj kod autizma u velikoj mjeri je povezan sa pragmatičkim, socijalnim aspektom upotrebe jezika (Grofer Klinger i sur., 2003).

Stereotipni, restriktivni i repetitivni modeli ponašanja, interesa i aktivnosti tipični su za osobe s autističnim poremećajem. Često je nefleksibilno priklanjanje specifičnim nefunkcionalnim rutinama ili ritualima, kao i stereotipni motorički manirizmi ili trajna zaokupljenost određenim predmetima ili njihovim dijelovima. Vezano uz potrebu za stereotipijama u rutinama, mogu se javljati katastrofične reakcije i kod manjih najobičnijih promjena u okolini ili nakon postupaka socijalne okoline koje odstupaju od uobičajenih. Neke osobe s dijagnozom autizma stereotipno ponavljaju motoričke radnje kao što su: lepršanje, skakanje, njihanje i sl.

Tijekom prvih nekoliko godina života, socijalni, emocionalni, komunikacijski i kognitivni razvoj usko su povezani i svako zaostajanje u razvoju jednog područja ima negativne posljedice na sva druga područja (Grofer Klinger i sur., 2003).

Uz navedena ključna obilježja autizma kod nekih osoba s navedenim poremećajem javljaju se samoozljeđivanje, agresija, poremećaji spavanja, poremećaji hranjenja i pretjerana anksioznost.

Osobito je važno istaknuti da oko 75% djece s poremećajem iz autističnog spektra ujedno ima i intelektualno oštećenje (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Procjena intelektualne razine važna je za donošenje odluke o vrsti tretmana ili intervencije koja će dovesti do najboljih ishoda za svako pojedino dijete. Većina stručnjaka smatra da detaljan opis kliničke slike djeteta s autističnim poremećajem koji obuhvaća i druge simptome koji nisu ključni za postavljanje dijagnoze ali su relevantni za tretman bitno doprinose povoljnijim ishodima za dijete. Isto tako potrebno je redovito pratiti dijete jer se slika djeteta s poremećajem iz autističnog spektra mijenja s razvojem poremećaja i s dobi djeteta (Bujas Petković i sur., 2010).

Navedeno ukazuje da osobe s autističnim poremećajem imaju teškoća u nizu područja od kojih je najistaknutije područje komunikacije i socijalnih vještina. Socijalni aspekt života izvor je učenja u najširem smislu, ali i motivacije, inspiracije i mnogih životnih radosti koje bitno

doprinosu ukupnoj kvaliteti života. U ranoj dobi okruženje drugih ljudi osobito je važno za stvaranje spoznaja o svijetu, kao i stjecanje socijalnih vještina i kompetencija. Ljudi koji su nam bliski, kao i oni koje prolazno susrećemo u našem životu, daju nam i informacije o nama samima, našim osobinama, vrijednostima, manama, i tako sudjeluju u stvaranju slike o sebi svakog pojedinca. Stoga možemo reći da su osobe s autističnim poremećajem uskraćene za važne komponente života koje utječu na naše cjelokupno funkcioniranje. Osim toga ovaj poremećaj započinje vrlo rano u djetinjstvu te pojedinci koji su njime zahvaćeni već u toj dobi nisu u mogućnosti iz socijalne okoline primati one informacije koje bi potaknule njihov kognitivni, emocionalni i socijalni razvoj i time su dodatno uskraćeni.

Mnogobrojna istraživanja upućuju na to da je autizam poremećaj heterogene *etiologije* (Bujas Petković i sur., 2010). Pretpostavke o psihosocijalnim uzrocima poremećaja koje su desetljećima prevladavale u etiološkim studijama autizma, preusmjerile su se na biološke uzročnike (Remschmidt, 2009). Ovoj promjeni doprinio je u velikoj mjeri razvoj neuroznanosti što je omogućilo bolji uvid u niz neurobioloških osobitosti tipičnih za osobe s autističnim poremećajem.

Psihodinamsko tumačenje etiologije autizma osnova je za razvoj nekih terapijskih pristupa i intervencija. Navedeno tumačenje bazira se na poremećenom razvoju odnosa djeteta prema vanjskom svijetu (Bujas Petković i sur., 2010). Prvih mjeseci života dijete zbog nezrelosti mozga i osjetila nije u mogućnosti razlikovati svoje tijelo od okoline, te zapaža samo osjete koji se odnose na vlastito tijelo (tzv. stanje normalnog autizma). Razvoj omogućava djetetu da bolje zapaža okolinu i povezuje se s osobom koja se najviše o njemu brine, s majkom. Time ulazi u simbiotsku fazu tijekom koje dijete stječe povjerenje u majku, a kroz taj odnos razvija i povjerenje prema vanjskom svijetu. Simbiotska faza razrješava se usporednim procesima separacije i individuacije do 6 mjeseca života djeteta. Interakcija i razvoj sigurne povezanosti majke i djeteta baza su kasnije emocionalne, a time i socijalne organizacije, ali i svih drugih psihičkih procesa. Nepovoljni čimbenici u bilo kojoj od navedenih faza mogu poremetiti daljnji razvoj. Prema psihodinamskom tumačenju autistično dijete zaustavljeno je u ranoj autističnoj fazi, te nije ušlo u simbiotsku fazu.

Posljednjih godina prevladava gledište prema kojima su za nastanak autističnog poremećaja odgovorni slijedeći činitelji (Remschmidt, 2009) :

- 1) utjecaji nasljeđa
- 2) moždana oštećenja i poremećaji moždane funkcije
- 3) biokemijske osobitosti
- 4) poremećaji emocionalnog razvoja

- 5) poremećaji kognitivnih procesa i govorno – jezičnog razvoja
- 6) interakcija navedenih činitelja.

Navedene teorije objašnjavaju nastanak autističnog poremećaja, ali s različitih aspekata. Stoga možemo pretpostaviti da postoji interakcija tih čimbenika koja predstavlja jedan dinamičan sustav kod većine osoba s navedenim poremećajem (Remschmidt, 2009). Prema Bujas Petković i sur. (2010) najveći broj stručnjaka smatra da je autizam multikauzalno uzrokovan i da je to u stvari bihevioralno opisan sindrom raznolike etiologije prvenstveno uvjetovan različitim funkcionalnim oštećenjima središnjeg živčanog sustava.

Terapijski pristup autističnom poremećaju treba imati u vidu heterogenost etioloških teorija autističnog poremećaja kao i višestruku simptomatologiju.

Cilj ovog rada je predstaviti najznačajnije intervencijske i terapijske pristupe ovom poremećaju kod djece te rezultate aktualnih istraživanja kojima je bio cilj utvrditi učinkovitost pojedinog terapijskog pristupa.

### **1.1. Metoda**

Ovaj pregledni rad napisan je na osnovu pregleda studija u recentnim stručnim časopisima i publikacija u kojima je prikazana evaluacija intervencija i tretmana autističnog poremećaja kod djece. Najveći broj prikupljenih radova objavljen je u posljednjih 10 – tak godina. Radovi su prikupljeni putem baza podataka EBSCO, PsychInfo i ScienceDirect. Ključne riječi korištene za pretraživanje bile su: „autizam kod djece“ ili „autistični spektar poremećaja kod djece“ kombinirano s riječima „intervencija“, „tretman“, „treening“, „socijalne vještine“, „komunikacijske vještine“, „samoozljeđivanje“, „povijest tretmana autističnog poremećaja“, „primijenjena analiza ponašanja“, „praksa temeljena na dokazima“, „dokazi temeljeni na praksi“. Pregledano je 110 relevantnih radova i publikacija iz ovog područja. 63% pregledanih radova obuhvaća istraživanja vezana uz specifične psihosocijalne intervencije i tretmane poremećaja, 10% odnosi se na pregledne radove i publikacije o različitim tretmanima autizma (psihosocijalnim, medicinskim, alternantivnim), 14% radova usmjereno je na sam poremećaj, dijagnostički kriterij određivanja poremećaja, etiologiju i epidemiologiju poremećaja, 7% radova obuhvaća informacije o autizmu i o istraživanjima različitih vrsta intervencija i tretmana, 6% radova obuhvaćaju analizu nekih pojmova bitnih za rad u cjelini (npr. tematika razvojne psihopatologije, tematika pristupa temeljenog na dokazima iz prakse i sl). Radovi i publikacije razmatrani u ovom radu uglavnom su rezultat timskog rada stručnjaka

različitih profila (edukacijskih rehabilitatora, logopeda, psihologa, pedagoga, liječnika...) što ukazuje na potrebu specifičnog pristupa analizi radova.

Osobitost analiziranih recentnih radova je i to što timovi različitih sveučilišta osobito u SAD – u, nastoje utvrditi vlastite kriterije za procjenu učinkovitosti intervencije ili tretmana unutar načela „prakse temeljene na dokazima“ (EBP, engl. evidence – based practice) pristupa. Rezultati tih nastojanja analizirani su u sklopu nekoliko opsežnih i temeljitih publikacija.

Osobitosti u pristupu su se javile zbog toga što su neki tretmani ili intervencije usmjereni na ukupno funkcioniranje, dok su neki usmjereni samo na neke aspekte funkcioniranja (npr. na agresivno ponašanje djece s poremećajima iz autističnog spektra, na uspostavu ritma spavanja, na anksioznost...). U radu smo se nastojali usmjeriti na one intervencije koje obuhvaćaju šire funkcioniranje i usmjerene su na osnovna obilježja poremećaja (npr. komunikacijske vještine, socijalne vještine, igra).

Pregledni rad usmjeren je na psihosocijalne tretmane autističnog poremećaja kod djece, mada se povremeno u recentnoj literaturi, a osobito na različitim web – stranicama mogu pronaći podaci o različitim drugim vrstama tretmana kao što su primjena psihofarmaka, različite dijete, neurofeedback, glazbena terapija i slično. Istraživanja primjene navedenih tretmana vrlo su oskudna i upitne znanstvene valjanosti. Osim toga navedeni tretmani koriste se uglavnom kao dodatak psiho – socijalnim tretmanima koji su u široj kliničkoj primjeni i izloženi su strožoj kvalitativnoj i kvantitativnoj znanstvenoj i kliničkoj provjeri.

## **1.2. Organizacija informacija**

Informacije su organizirane u 4 osnovna poglavlja. Nakon uvodnog dijela u kojem je iznesen kratki opis samog poremećaja, etiološke teorije, metoda rada i organizacija informacija, opisana je povijest intervencija i tretmana autističnog poremećaja. U 3. i najopsežnijem dijelu rada opisane su psihosocijalne intervencije i tretmani autističnog poremećaja u primjeni kod djece s naglaskom na njihovu učinkovitost. U završnom dijelu rada dat je zaključak i spoznajni i znanstveni doprinos rada.



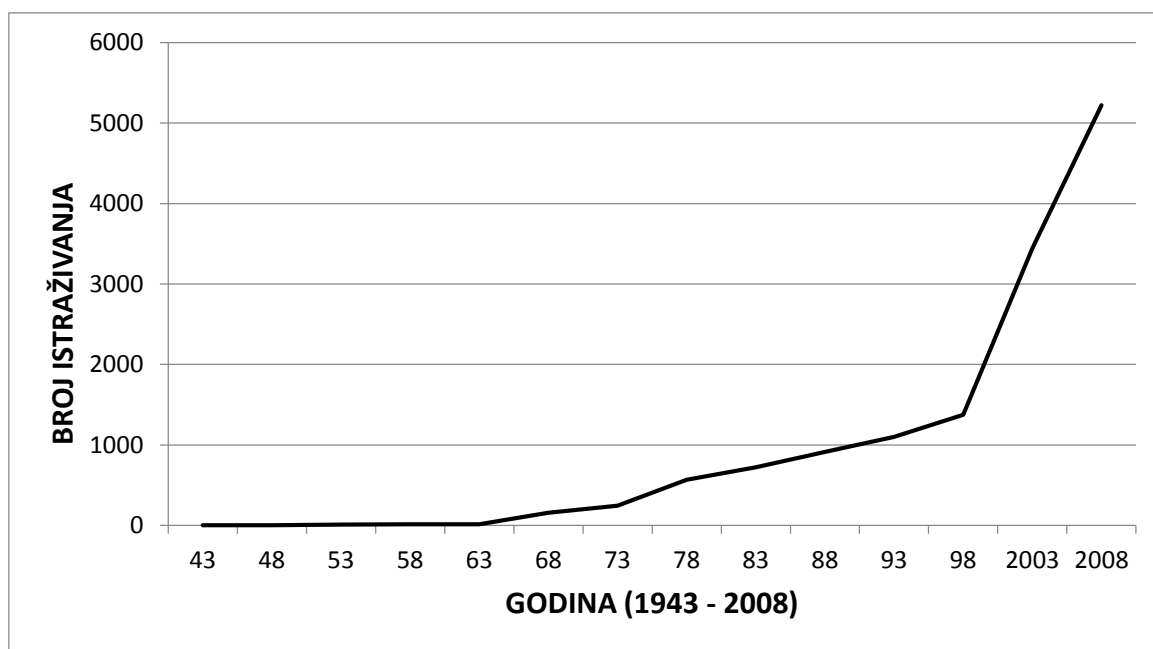
## 2. POVIJEST ISTRAŽIVANJA INTERVENCIJA I TRETMANA AUTISTIČNOG POREMEĆAJA

Autizam je poremećaj sindromskog tipa i nedovoljno utvrđene etiologije. Dugi niz godina smatralo se da su za pojavu autizma kod djece odgovorni roditelji koji su previše usmjereni na intelektualni razvoj djeteta, emocionalno hladni i ograničenog interesa za druge ljude uključujući i supružnike i vlastitu djecu (Kanner, 1943). Kao odgovor na ovo odbacivanje od strane roditelja djeca s autizmom se povlače iz socijalnih interakcija i postaju sami sebi dovoljni (Bettelheim, 1967). Do sredine 70 – tih tretmani su bili usmjereni na pomaganje roditeljima, obično majkama, da postanu manje odbijajuće prema svojoj djeci. Empirijski pokazatelji nisu podržali ovo etiološku teoriju, te stoga ni rezultati tretmana nisu ukazivali na očekivane rezultate (Grofer Klinger i sur., 2003). *Pristup tretmanima mijenjao se paralelno s novim etiološkim teorijama.* Bernard Rimland (1964.) prvi je predložio teorijski okvir autizma kao poremećaja neurološke etiologije tj. kao biološki uvjetovanog stanja. Daljnja istraživanja su pokazala da autizam ima čvrste genetske korijene (Folsten, Rutter, 1971.). Novi preokret koji se javlja u tretiranju autizma je preporuka Ericha Schopera (Schoper, Reichler, 1971.) da bi roditelji trebali biti dio timskog rada u tretiranju autizma kod djece umjesto da su tretmani usmjereni na roditelje, poglavito majke. Upravo ovaj autor je 1972. godine osmislio i sa timom suradnika započeo s provođenjem programa *Tretman i edukacija djece s autizmom i poremećajima socijalne komunikacije* (TEACCH, engl. Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children) koji obuhvaća i rad s roditeljima kao dijelom tima. Važno je napomenuti da u tim ranim godinama razvoja intervencija i tretmana autizma kod djece, većina djece, odnosno, gotovo sva djeca, nisu bila uključena u škole, niti u bilo kakve oblike odgojno – obrazovnog rada. Roditeljima je najčešće savjetovano da djecu smjeste u neku od institucija gdje je bilo malo mogućnosti da kroz proaktivno učenje djeca razviju važne adaptivne vještine potrebne za samostalan život. Prepoznavanje autizma kao zasebnog poremećaja 1980. u dijagnostičkom priručniku DSM – III, Američkog psihijatrijskog udruženja, ubrzalo je istraživanja etiologije i tretmana autizma, ali i svjesnost javnosti o tom problemu (Reichow i Volkmar, 2011). Uslijedila je pojava velikog broja novih tretmana baziranih na različitim osnovama: *Projektni model rada s malom djecom*, Sveučilišta u Kaliforniji, Los Angeles (UCLA YAP, engl. The University of California at Los Angeles Young Autism Project; Lovaas, 1987.), baziran na primijenjenoj analizi ponašanja; *Rani početak - Denver model* (ESDM, engl. Early Start Denver Model) koji se više bazira na razvojnim principima; *Iskustva učenja i alternativni programi* (LEAP, engl. Learning Experiences and Alternative Programs; Strain, 2001.) za djecu predškolske dobi i njihove

roditelje koji je usmjeren na vršnjačku medijaciju u interakciji. Osobito je važno istaknuti rano - intervencijske tretmane koje je moguće provoditi već pri samoj sumnji na poremećaj, a pokazalo se da djeca koja su uključena u navedene programe prije pete godine postižu znatno bolje rezultate u razvoju (Green, 1995).

Iz navedenog je vidljivo da su različita tumačenja etiologije autističnog poremećaja imala važne implikacije na tretman tog poremećaja. Etiološka tumačenja u početku su bila usmjerena isključivo na socijalno okruženje u kojem dijete odrasta. Ove teorije isticale su emocionalno hladnu primarnu obitelj što prema njihovom tumačenju ima za posljedicu djetetovo zaostajanje u komunikaciji i doživljavanju i iskazivanju emocija. Stoga je cilj tretmana bio poticanje emocionalne osjetljivosti skrbnika, primarno majki. Kasnije je pristup autizam je stavljen u okvire biološkog poremećaja što je tretmane usmjerilo u medicinski pristup i mogućnosti liječenja medikamentima. Paralelno se javlja shvaćanje autizma kao multikauzalnog poremećaja što postaje osnova za razvoj psihosocijalnih tretmana koji uključuju djecu i njihove roditelje kao važan dio terapijskog tima. Odvajanje autizma kao zasebnog poremećaja u DSM – III priručniku, dalo je novi zamah istraživanju etiologije, ali i efikasnosti tretmana autizma. Osmišljavaju se i provode psihosocijalni tretmani različitih temeljnih teorijskih paradigmi od razvojne do bihevioralne koji se u nekim slučajevima kombiniraju s medikamentnim liječenjem.

Istraživanja različitih tretmana autizma kod djece također je imala određenu povijesnu razvojnu liniju. Ranih istraživanja bilo je vrlo malo i rađena su na malom uzorku djece ili na samo jednom ispitaniku. Često je bilo teškoća u integriranju rezultata istraživanja sa kliničkom praksom (Reichow i Volkmar, 2011). Tijekom 1980 – tih i 90 – tih povećao se broj i kvaliteta istraživanja tretmana autizma kod djece što je trend i danas.



*Slika 1.* Grafički prikaz broja istraživanja povezanih s autizmom u periodu između 1943. – 2008. godine prezentiran u blokovima od 5 godina koji su pronađeni u bazi podataka Medline Database (prema (Reichow i Volkmar, 2011)).

Slika 1 pokazuje porast broja istraživanja povezanih s autizmom od prvog opisa Kannerovog autizma 1943. godine do 2008. godine prema autorima Reichow i Volkmar (2011) koji su za ovaj prikaz koristili samo jednu bazu podataka Medline Database. Broj istraživanja je počeo rasti 1970 – tih kao rezultat promjene u pristupu etiologiji autizma iz isključivo psihoanalitičke perspektive u neurološku. Novi porast broja istraživanja javlja se 80 – tih godina kao rezultat uključivanja autizma kao dijagnostičke kategorije u DSM -III klasifikacijski sustav. Porast 90 – tih godina možemo pripisati promjenama u DSM – IV i usklađivanju tog sustava s MKB – 10 klasifikacijskim sustavom bolesti i zdravstvenih stanja kao i povećanju državne podrške pojedinih zemalja istraživanjima ovog područja. Od 2000. godine do danas porast je konstantan i iznosi od 500 istraživanja svake godine (Reichow i Volkmar, 2011). Mnogi autori govore o hiperprodukciji istraživanja autizma te spominju mnogo veće brojke od navedenih. Dovoljno je otvoriti i druge baze podataka osim Medline Database, kao što su EBSCO, PsychInfo i ScienceDirect koje su korištene u pisanju ovog rada da se stekne takav dojam. Na navedenim bazama dnevno se javlja i po 10 - tak istraživačkih radova iz ovog područja. Osim povećanja broja istraživanja uočen je i trend povećanja razine kvalitete istraživanja kao i upotrebe sofisticiranijih metoda istraživanja.

Zbog brojnih teškoća na koja se nailazilo tijekom evaluacije tretmana djece s autizmom 1990 – tih godina pa do danas razvijen je pristup ovoj problematici specifičnog naziva, tzv. „praksa temeljena na dokazima“ (EBP, engl. evidence – based practice). Ovaj pristup pojavio se prvi puta u području medicine. Definicija navedenog pristupa u tom području je postupak od više koraka koji uključuju najbolje trenutne dokaze, kliničke ekspertize i izbor pacijenata (Reichow i Volkmar, 2011). Prvi korak postupka uključuje formuliranje pitanja na razini pojedinca ili populacije koji se tretmanom želi postići. Drugi korak uključuje traženje i pronalazak dokaza povezanih s pitanjem. Treći korak uključuje kritičku procjenu dokaza dobivenog u istraživanju. Četvrti korak uključuje sintezu dobivenih nalaza i donošenja odluke za praksu. Peti i posljednji korak je proces praćenja koji uključuje praćenje uspješnosti praktične primjene. Ovaj proces omogućava prilagodbu modela tretmana ovisno o povratnoj informaciji kako bi tretman bio što učinkovitiji. EBP model koristi se i u društvenim znanostima, pa tako i u području dijagnostike, te procjeni uspješnosti intervencija i tretmana autizma, ali i ostalih poremećaja i tretmana kod djece. Stvaranje univerzalnog modela evaluacije intervencija i tretmana autizma kod djece započela su u Sjedinjenim Američkim Državama sa ciljem utvrđivanja najefikasnijih postupaka koji bi bili podržavani u edukativnom i financijskom smislu od strane zdravstvenog, socijalnog i odgojno – obrazovnog sustava (Odom, Collet – Klingenberg, Rogers, and Hatton, 2010). U te svrhe izrađeni su sustavi u području medicine, psihologije i obrazovanja. American Psychological Association (APA) oformila je operativnu grupu za psihološke intervencije da bi utvrdila set smjernica u svrhu evaluacije terapije za djecu (Chambless, Sanderson, Shoham, Bennett Johnson, Pope, 1996). Ove smjernice uključuju 3 stupnja EBP – a od najvišeg stupnja učinkovitosti prema najnižem: dobro utvrđeni, vjerojatno efikasni i eksperimentalni. Smjernice su proširene odvojenim uputama za 4 različite istraživačke metodologije: grupna istraživanja, istraživanja s jednim slučajem, kvalitativna istraživanja i evaluacija tretmana (Kratochowill & Stoiber, 2002). Sustavi procjene se i dalje proširuju, osobito u SAD – u gdje navedeni sustav ima važnu funkciju procjenjivanja i integraciji efikasnih tretmana u odgojno – obrazovni sustav. Osnovna premisa ovih sustava procjene je da se znanost zasniva na ideji ponavljanja tretmana ili intervencija na isti način što podrazumijeva dosljedno i detaljno opisanu metodologiju istraživanja. Ukoliko metodologija nije adekvatno opisana, istraživanje nije moguće replicirati što dovodi u pitanje značaj bilo kojeg nalaza koji je utvrđen samo jednom.

Međutim, postoje i neki nedostaci koji se pripisuju EBP pristupu određivanja efikasnosti tretmana. Ovaj pristup ima za cilj stvaranje priručnika za efikasne terapije. Takav priručnik nije u skladu s humanističkim vrijednostima savjetodavne i kliničke psihologije koja je usmjerena

ka individualnom fenomenološkom subjektivnom iskustvu klijenta kojeg treba promatrati kroz klijentovo kulturano i socijalno okruženje kao baze za izbor najadekvatnijeg terapijskog pristupa (Foster, 2015). Nije etično pretpostaviti da će tretman koji odgovara većini, biti efikasan za svakog pojedinca bez uzimanja u obzir svih relevantnih faktora (Frost, 2012). Isto tako važno je napomenuti da rezultati istraživanja na selekcioniranim ispitanicima i u optimalnim uvjetima nisu vjerodostojni stvarnim klijentima i rutinskoj svakodnevnoj kliničkoj praksi.

Pravac koji se sve više razvija i obilježava istraživanja u različitim područjima naziva se „dokazi temeljeni na praksi“ („practise based evidence“, skraćeno PBE). Osnovni postulat ovog pristupa možda najbolje objašnjava citat: „Niti sve što je važno možemo izmjeriti, a niti je sve što možemo izmjeriti važno.“ (*“Not everything that can be counted counts and not everything that counts can be counted.”*), (Cameron, 1963)<sup>1</sup>. Naime, studije koje imaju odgovarajuće eksperimentalne dokaze u skladu sa strogim znanstvenim postulatima često ne odgovaraju načinu primjene tretmana u kliničkoj praksi, pa se zato preporuča da se učinkovitost prati u uvjetima što sličnijim kliničkoj primjeni. Ovaj pristup polazi od procjene efikasnosti tretmana u realnim kliničkim uvjetima kao odgovor na različite potrebe svakog individualnog klijenta i uzima u obzir cijeli proces, koji je nedvojbeno važan za klijenta, a ne samo krajnji rezultat (Foster, 2015).

Svaki od navedenih pristupa procjeni efikasnosti tretmana i intervencija ima svojih prednosti i nedostataka. EBP i PBE su samo koraci prema otkrivanju najefikasnije paradigme. U novu paradigmu procjene uz rezultate strogo kontroliranih istraživačkih postupaka, treba uključiti eksperte, kliničare, njihovo znanje i iskustvo, kao i potrebe i preferencije klijenta, te njihovo okruženje i socio – ekonomski položaj (Charman, Barkham, 2005).

U području evaluacije intervencija i tretmana autističnog poremećaja kod djece, sintetizirani nalazi u skladu sa EBP i PBE pristupima procjene efikasnosti, vrlo su skromni zbog širine i različitih aspekata koje intervencije i tretmani pokrivaju, zatim zbog različitih ishoda koji se očekuju u određenim dobnim skupinama kao i zbog eksperimentalnih nacрта koji uključuju jedno ili svega nekoliko djece i najčešće ne uključuju kontrolnu skupinu. Osim toga istraživanja vezana uz tretmane autizma provode se u mnogim poljima znanosti (psihologija, medicina, pedagogija) s različitim teorijskim postulatima, teorijskim pozadinama i metodama, te je važno imati u vidu i sintetizirati sva ta istraživanja (Reichow i Volkmar, 2011) a to dodatno otežava stvaranje jedinstvenog modela procjene učinkovitosti. Stoga je važno napomenuti da

---

<sup>1</sup> Citat se katkad pripisuje Albertu Einsteinu (<http://quoteinvestigator.com/2010/05/26/everything-counts-einstein/>)

za sada nema univerzalnog modela dogovorenih standarda procjene, ali su istraživanja u smjeru stvaranja tih standarda sve brojnija (Odom i sur., 2010).

### 3. INTERVENCIJE I TRETMANI AUTISTIČNOG POREMEĆAJA KOD DJECE

U literaturi vezanoj uz tretmane i intervencije autističnog poremećaja postoji veliki broj različitih pristupa ovoj problematici što je i očekivano obzirom da etiologija poremećaja nije razjašnjena. Tretmani su usmjereni na različite aspekte funkcioniranja pojedinca, od komunikacijskih i socijalnih vještina do teškoća spavanja, hranjenja, smanjenja anksioznosti, hiperaktivnosti itd. Važno je naglasiti da svi tretmani kao i očekivani ishodi trebaju biti individualizirano prilagođeni djetetu kao i njegovoj dobi. Za potrebe ovog rada napravljena je podjela tretmana u dvije osnovne skupine što je i inače prihvaćeno gledište među stručnjacima: usmjerene intervencije i modeli sveobuhvatnih tretmana (CTM, engl. comprehensive treatment models), (Odom i sur., 2010).

*Usmjerene intervencije* su individualne prakse ili strategije koje učitelji i drugi praktičari koriste da bi razvijali specifičnu obrazovnu ciljanu vještinu ili koncept kod djece s autizmom (Odom i sur., 2010). Takav je čitav niz intervencija usmjerenih na razvoj socijalnih vještina koje se značajno razlikuju obzirom na dob, razvojni stupanj i obzirom na fokus intervencije. Neke od navedenih intervencija usmjerene su na socijalno učenje kroz imitaciju i modeliranje uključivanjem odrasle osobe koja je za to posebno educirana i bliska djetetu (Charlop – Christy, Lee, Freeman, 2000.), druge pak intervencije usmjerene su na vršnjake djeteta s autizmom koji su također posebno instruirani za igru i interakciju s tim djetetom (Sperry, Neitzel, Engelhardt-Wells, (2010). Rezultate ovih intervencijskih pristupa prema nekim autorima teško je adekvatno znanstveno procjenjivati jer postoje neki dokazi da karakteristike sudionika mogu uvelike moderirati te rezultate (Reichow, Volkmar, 2001.).

Provođenje ovih intervencija može biti u odgojno – obrazovnim ustanovama (vrtičke skupine, razredi), na klinikama, kod kuće i baziraju se na specifičnom ponašanju terapeuta koje može biti opisano i mjereno. Većina intervencija uključuje više koraka tijekom provedbe. Primjer za ovakvu fokusiranu intervenciju je *sustav komunikacije razmjenom slika* (PECS, engl. Picture Exchange Communication System), (Odom i sur., 2010).

*Modeli sveobuhvatnih tretmana* su konceptualno organizirani paketi i komponente dizajnirane za široki raspon vještina i sposobnosti za djecu s autizmom i njihove obitelji (Odom i sur., 2010). Sastoje se od skupa postupaka osmišljenih tako da potaknu šire učenje ili razvojni utjecaj na temeljne teškoće kod djece s autističnim poremećajem. Primjenjuju se tijekom dužeg vremenskog perioda (godinama), vrlo su intenzivni (25 ili više sati tjedno) i imaju više komponenata. Jedan od ovakvih tretmana je ranije spomenuti TEACCH.

### 3.1. Usmjerene intervencije i tretmani autističnog poremećaja kod djece

Veliki broj intervencija koja se primjenjuju u terapiji djece s poremećajima iz autističnog spektra temelje se na *biheviornalnim tehnikama*. Biheviornalni pristup u tretmanima i intervencijama vezano uz autizam javlja se od sredine 60 – tih godine dvadesetog stoljeća što je rezultat odbacivanja psihodinamskog pristupa etiologije autizma prema kojem je uzrok autizma psihogen (Stošić, 2008). U toj ranijoj fazi u skladu s tadašnjim pristupom podučavanju, cilj primjene bio je promijeniti ponašanje osobe te je većina intervencija bila usmjerena na posljedice ponašanja (Stošić, 2009). Suvremeni pristupi usmjereni su na manipulaciju podražajima što podrazumijeva mijenjanje i prilagođavanje okoline, jezika, stila interakcije, didaktičkog materijala (Stošić, 2009). 80 – tih godina javljaju se biheviornalni pristupi koji se temelje isključivo na pozitivnom pristupu bez korištenja strogih kazni koje su ranije bile zastupljene (Green, 1995).

Biheviornalna tehnika koja se najviše koristi je tzv. *primijenjena analiza ponašanja* (ABA, engl. Applied Behavior Analysis). ABA se bazira na biheviornalnim principima operantnog uvjetovanja sa ciljem povećanja socijalno prihvatljivog ponašanja koristeći pojačanja i smanjenja neprilagođenog ponašanja gašenjem ili kaznom primjerenom dobi djeteta (Naoi, 2009). Njenu primjenu karakteriziraju sustavno prikupljanje podataka, kontinuirano praćenje napretka i empirijsko vrednovanje (Bregman, Zager, Gerdtz, 2005). 1968. godine Baer, Wolf i Risley definirali su tri osnovne karakteristike ABA – e to su: primjenjivost, biheviornalnost i analitičnost. Primjenjiva znači da ponašanje ili podražaj koji se koristi treba biti značajan za čovjeka i život u zajednici, a ne za teoriju što znači da je izbor ponašanja i podražaja individualan i ovisi o kontekstu. Biheviornalna oznaka znači da je usmjerena na ono što pojedinac može učiniti, ne na ono što može npr. reći. Obzirom da je ponašanje fizička kategorija, moguće ga je mjeriti na objektivnan način od strane više promatrača. Analitička se odnosi na karakteristiku da je moguće uočiti događaj koji je doveo do ponašanja i uvježbavati kontrolu ponašanja. Osim ove tri karakteristike još četiri su istaknute kao važne: potpuno objašnjenje i opis svakog postupka i metode na način da svatko tko pročita uputu može replicirati postupak, konceptijska sistematičnost, intervencija se oslanja se jasne principe, učinkovitost primjene u smislu mjerljive promjene ponašanja i mogućnost generalizacije u različitim situacijama i sličnim ponašanjima (Baer i sur., 1968). Iz svega navedenog možemo zaključiti da se ABA temelji na „...točnoj interpretaciji interakcije između prethodnog podražaja i posljedica te upotrebe dobivenih informacija za sustavno planiranje željenog učenja i programa promjene ponašanja“ (Stošić, 2008; str.99). ABA pristup bazira se na principima



operantnog kondicioniranja da bi se povećala frekvencija prikladnog ponašanja koristeći pojačanja i smanjujući neprilagođeno ponašanje korištenjem gašenja ili kazne (Naoi, 2009).

Bihevioralni pristup koji se bazira na ABA – i uključuje *funkcionalnu analizu ponašanja* da bi se utvrdilo što prethodi tom ponašanju i koje su posljedice tog ponašanja, izbor ponašanja na kojem će se vršiti intervencija, mjerenje trenutne frekvencije tog ponašanja i implementiranja intervencije. Tijekom cijelog procesa prati se frekvencija ponašanja u različitim kontekstima sa ciljem generalizacije ponašanja koje se implementira (Naoi, 2009). Na primjer ukoliko želimo smanjiti neko neprilagođeno ponašanje, provodi se funkcionalna analiza okoline da bi se utvrdile varijable koje vjerojatno podržavaju takvo ponašanje. Te varijable su najčešće pažnja odraslih, bijeg iz neke situacije, pristup nekoj stvari ili aktivnosti i senzorna stimulacija (Car, Durand, 1985; Hanley, Iwata, McCord, 2003). Kad se utvrdi da je funkcija, tj. cilj ponašanja pažnja odraslih ili bježanje od zahtjeva okoline, ti uvjeti se mijenjaju sa ciljem smanjenja frekvencije ponašanja. Mijenjanje može uključivati ignoriranje ponašanja i/ili podučavanje djeteta drugom ponašanju koje će dovesti do istih rezultata kao i nepoželjno ponašanje. U navedenim slučajevima moguće je koristiti i kaznu za korekciju ponašanja. Kazna se koristi isključivo kada pozitivni pristupi sami za sebe nisu dovoljni da smanje frekvenciju nepoželjnog ponašanja pri čemu je važno procijeniti ozbiljnost nepoželjnog ponašanja u smislu potencijalne šteta ili ozljede djeteta i drugih i korisnosti primijenjene procedure za smanjenje frekvencija nepoželjnog ponašanja (Naoi, 2009). Izbor ciljanog ponašanja djeteta, tj. ponašanja koje se želi razviti kod djeteta jedan je od najvažnijih aspekata uspješnosti intervencije. Bosch i Fuquava (2001) navode kriterije za izbor potencijalno važnih ponašanja: promjena u ponašanju treba dovesti do interesa za novo pojačanje ili okruženje za koje dijete ranije nije pokazivalo interes; promjena u ponašanju treba biti u skladu s zahtjevima djetetove socijalne okoline; promjena u ponašanju treba olakšati novo učenje tako što je ili preduvjet ili komponenta složenijih odgovora; promjena u ponašanju treba onemogućiti ili zamijeniti nepoželjno ponašanje i promjena u ponašanju treba biti pozitivno usmjerena prema drugima, roditeljima, braći i sestrama, odgajateljima i učiteljima. Nepoželjno ponašanje koje je u fokusu rada treba biti jasno, objektivno i kvantitativno definirano tako da tako da se može pratiti svaka promjena (Naoi, 2009). Ovo je osobito važno kako bi se ponašanje moglo mjeriti što omogućava implementiranje intervencijskih strategija ali i povećava odgovornost i suradnju između roditelja i stručnih radnika.

ABA pristup fokusiran je na učenje malih mjerljivih dijelova ponašanja na sistematski način sa ciljem povećanja prikladnog, prihvatljivog ponašanja. Ciljna vještina se dijeli na male korake i svaki korak se podučava koristeći bihevioralne tehnike kao što su oblikovanje,

podržavanje i ulančavanje. Oblikovanje se odnosi na podržavanje uspješnog približavanja ciljnom ponašanju postupno, korak po korak. Podrška se odnosi na osiguranje različitih načina pomoći djetetu tijekom približavanja ciljnom ponašanju. Podrška može biti verbalna instrukcija, gestovni poticaj ili fizičko vođenje. Podrška se smanjuje i na kraju potpuno gasi u skladu s napredovanjem djeteta. Ulančavanje podrazumijeva podjelu ponašanja u manje sekvence odgovora, u lance, koji se uče prema određenom redosljedju. Kada dijete savlada neku sekvencu, prelazi se na učenje druge i tako dalje. Ulančavanje se može započeti od završne sekvence pa prema početnoj ili obratno (Naoi, 2009).

Jedna od intervencijskih strategija koja se bazira na ABA pristupu je *podučavanje diskriminativnim nalogima* (PDN; engl. Discrete Trial Instruction, DTI, odnosno Discrete Trial Training DTT)) koja se provodi u strukturiranoj okolini za učenje specifičnih vještina (Naoi, 2009). Metoda se bazira na podjeli ciljnog ponašanja na dijelove i učenje svakog dijela pojedinačno. Učenje ima tri komponente: diskriminativni podražaj (npr. uputa dana djetetu), ponašanje djeteta i reakcija terapeuta koja slijedi odmah nakon odgovora djeteta. Diskriminativni podražaj izražava se verbalno na jasan način, a ciljno ponašanje je podijeljeno u male dijelove. Posljedica od strane terapeuta može biti pojačanje tj. pozitivno potkrepljenje ili uskraćivanje pojačanja tj. negativno potkrepljenje uz ponavljanje zadatka i pružanje podrške u skladu s mogućnostima djeteta. Prema Škrinjar, Teodorović (1997), pojačanja su posljedice koje slijede ponašanje i povećavaju mogućnost pojavljivanja tog istog oblika ponašanja. Posljedice, potkrepljenja, mogu biti primarne tada su najčešće materijalne prirode (npr, hrana, piće) ili sekundarne, najčešće socijalne prirode (osmijeh, zagrljaj). Aktivnosti koje dijete voli raditi također mogu uslijediti kao potkrepljenje (Stošić, 2008). Izuzetno je važno da pojačanja budu pažljivo izabrana i da slijede odmah nakon odgovarajuće reakcije djeteta. Kazna u kontekstu ove i ostalih suvremenih intervencija ne koristi se u obliku grubih ili čak bolnih posljedica za dijete (Stošić, 2008). Kazna podrazumijeva kratkotrajno isključenje uz uskraćivanje pažnje na nekoliko sekundi ili se koristi rječca „ne“ (Škrinjar, Teodorović, 1997; Harris, Delmolino, 2002). Kao pomoć pri usvajanju novih vještina koristi se podrška od fizičke pomoći i vođenja, demonstracija, slikovne smjernice i slično (Stošić, 2009). Situacija se mora ponavljati mnogo puta da je dijete može usvojiti i generalizirati. Neka faza je usvojena kada je za nju potrebno minimalna podrška ili potkrepljivanje (Prelock, Paul, Allen, 2011). Ova intervencija se u početku rada s djetetom koristi za usvajanje osnovnih vještina potrebnih za daljnje učenje kao što su združena pažnja, ekspresivni i receptivni jezik, samostalna igra, a nakon toga zahtjevnije vještine, na primjer vještine konverzacije i socijalne interakcije (Stošić, 2008).

Pretpostavka od koje polazi metoda podučavanje diskriminativnim nalogima je da se ponašanje uči i da se zakoni teorije učenja mogu sustavno primijeniti u edukaciji djece s autizmom (Harris, Delmolino, 2002). PDN se primjenjuje za učenje širokog raspona vještina kod djece s teškoćama iz spektra autizma. Najviše istraživanja sa pozitivnim nalazima provedeno je za područje motoričke, vokalne i verbalne imitacije (Young, Krantz, McClannahan & Poulson, 1994), verbalnog izražavanja uključujući receptivne i ekspresivne govorne vještine i vještine alternativne komunikacije (Hung, 1977, 1980; Krantz & McClannahan, 1993), vještine igranja i upravljanje neprilagođenim ponašanjem (Naoi, 2009). U jednoj metanalizi Reichow i Wolery (2009) utvrdili su da je PDN efikasna u poboljšanju ekspresivnog i receptivnog jezika u šest rano – interventnih studija i to od razine malog poboljšanja do vrlo velikog poboljšanja. Dokazano je da je PDN korisna metoda u učenju novih vještina (Smith, 2001). Mnogi sveobuhvatni tretmani rane intervencije djece s poremećajem autističnog spektra uključuju ovu intervenciju u svom radu i ti tretmani dokazali su efikasnost PDN – a u različitim okolnostima uključujući vrtiće, škole, obiteljski dom kao i u različitim stupnjevima teškoća koje dijete pokazuje (Naoi, 2009). Treba ipak naglasiti da navedena intervencija ima i neka ograničenja. U literaturi se najčešće spominju nedostatak inicijative djeteta u komunikaciji i ograničena generalizacija naučenih vještina u različitim okolnostima, s različitim ljudima i materijalima obzirom da je PDN intervencija koja je inicirana i vođena od strane odrasle osobe i provodi se u strogo strukturiranoj okolini (Lovaas, Koegel, Simmons & Long, 1973; Rogers – Warren & Warren, 1980), način interakcije između djeteta i terapeuta repetitivan je i strukturiran i ne odgovara prirodnom načinu interakcije (Stošić, 2009).

Tendencija suvremene primijenjene analize ponašanja je korištenje prirodnog konteksta interakcije s odraslima i vršnjacima za učenje i promjenu, i to kroz svakodnevne aktivnosti i dnevne rutine s naglaskom na iniciranje komunikacije i primjerenoj igri (Ingersoll, Schreibman, 2006). Najčešće primijenjena metoda u skladu s navedenim pravcem je *incidentalno (slučajno) podučavanje* (IT, engl. Incidental teaching). Ova metoda bazira se na praćenje djetetovih interesa na način da kada dijete pokaže interes za neku aktivnost ili predmet, odrasla osoba potiče da dijete komunicira na više načina i daje željeni predmet ili započinje željenu aktivnost. Obzirom da ova tehnika nije pogodna za djecu koja nemaju mnogo inicijative, razvijena je *modificirana tehnika incidentalnog podučavanja* (MIT, engl. Modified incidental teaching) sa ciljem povećanja prilika za učenje korištenjem inicijative odraslih u prirodnom okruženju (Rogers-Warren, Warren, 1980). Ova tehnika, kao i druge vrlo slične (*mand podučavanje, vremenska odgoda, podučavanje u prirodnom miljeu*), najviše se koriste u svrhu poticanja razvoja verbalne i neverbalne komunikacije (Stošić, 2009). Istraživanja praćenja efikasnosti IT

i MIT tehnike pokazala su povećanje generalizacije i inicijalizacije receptivnih i ekspresivnih jezično – govornih vještina, te vještina socijalne interakcije (Naoi, 2009).

*Podučavanje pivotalnih (ključnih) odgovora* (PRT, engl., Pivotal Response Training) jedna je od metoda podučavanja u ABA pristupu koja se također ubraja u bihevioralne intervencije u prirodnom kontekstu. Pivotalna ponašanja su ponašanja važna u različitim područjima funkcioniranja: motivacija, odgovaranje na višestruke zadatke, upravljanje sobom, inicijativa i empatija umjesto učenje individualnih ciljanih ponašanja jedno po jedno kako se to provodi metodom PDN (Ringdahl, Kopelman i Falcomata, 2009). Provođenje ove intervencije podrazumijeva jasnu, neometanu uputu, primjerenu kontekstu. Djetetova pažnja treba biti usmjerena na terapeuta. Usvojene ciljeve treba ponavljati i održavati. Odgovor djeteta treba biti višestruko podržavan izrazom lica, gestom, pokretom, slikom. Biranje materijala i igračaka prepušteno je djetetu. Pojačanja trebaju biti u skladu sa situacijom i primijenjena odmah nakon situacije (Stošić, 2009). Rezultati istraživanja pokazali su da PRT metoda povećava inicijativu i generalizaciju vještina govorenja, poboljšava razumljivost govora i smanjuje neprilagođena ponašanja kod djece s ASD – om (Naoi, 2009). Neka istraživanja pokazala su da primjena ove metode pomaže u učenju simboličke i socio – dramske igre (Stahmer, 1999), u vršnjačkim interakcijama (Pierce & Schreibman, 1995), u razvijanju sposobnosti združene pažnje (Whalen & Schreibman, 2003) i u razvoju sposobnosti imitacije (Ingersoll & Gergans, 2007; Ingersoll, Lewis & Kroman, 2007; Ingersoll & Schreibman, 2006).

*Verbalno ponašanje* (VB, engl., Verbal Behavior), u hrvatskoj stručnoj literaturi spominje se pod nazivom „mand podučavanje“ (Stošić, 2009) još je jedna intervencija koja se koristi u tretmanu djece s poremećajima iz autističnog spektra. Navedena intervencija bazira se na ABA principima. Fokusrana je na funkcionalne jezične vještine (Naoi, 2009) i bazira se na klasifikaciji verbalnog ponašanja B.F. Skinner. Skinner je (1957., prema Naoi, 2009) analizirao je verbalno ponašanje i klasificirao ga na osnovne funkcionalne dijelove kao što su traženje nečega (engl., mand), odjek i intraverbalno ponašanje. Kada dijete spontano pokaže interes za neki predmet, terapeut daje djetetu do znanja da treba aktivno tražiti neki predmet. Kao posljedica takvog ponašanja, je najčešće zadovoljavanje neke djetetove potrebe ili iskazanog makar i kratkotrajnog interesa, odnosno, dijete dobije taj predmet. Ujedno dobijanje igračke ili aktivnosti je u stvari i pozitivno potkrepljenje tog ponašanja. Tijekom tog procesa odrasla osoba je model za imitaciju. Ova metoda koristi se u radu s djecom koja još spontano ne iniciraju komunikaciju (Stošić, 2009). Intervencija je efikasna i za smanjenje različitih neprilagođenih ponašanja (Carr & Durand, 1985) i povećanje efikasnosti usvajanja jezika za ostale verbalne operacije (Nuzzolo – Gomez & Greer, 2004). Pozitivni rezultati pronađeni su vezano uz

povećanje broja kontakata, usmjerenog traženja i ponavljanja uz smanjenje nepoželjnog ponašanja (Drash, High, Tudor, 1999).

Kod vještina koje su složenije i zahtijevaju izvođenje više koraka u nizu primjenjuje se metode bihevioralnog oblikovanja i nizanja. Ove metode baziraju se na analiziranju koraka od kojih se sastoji složena radnja i poticanju provođenja svakog koraka podrškom, pojačavanjem ili ako je moguće, imitacijom. Pri provođenju navedenih intervencija važno je koristiti najmanje intruzivnu podršku koja će osobi omogućiti da bude uspješna (Minshawi, Ashby, Swiezy, 2009). Pa tako postupno treba, na primjer, fizičko vođenje zamijeniti pokazivanjem kada dijete za to bude spremno. Navedene tehnike koriste se za usvajanja vještina samostalne brige o sebi (npr. pranje ruku, pospremanje kreveta, sudjelovanje u zajedničkom objedovanju...), kao i razvoja govora (Stošić, 2009).

Bihevioralne tehnike koje obuhvaća ABA pristup usmjerene su i na smanjenje nepoželjnih oblika ponašanja (agresija, autoagresija, samostimulacija, izoliranje). Važno je napomenuti da ovakvi oblici ponašanja često donose očekivane i željene posljedice za dijete, te je dijete svaki puta na različite načine nagrađivano za svoje ponašanje, stoga ova ponašanja zahtijevaju usmjerenost i rad na njima jer bez odgovarajuće intervencije neće nestati ili se smanjiti (Glassberg, La Rue, 2006). Ranije tendencija u ovom području bile su reaktivne, tj. slijedile su nakon pojave nepoželjnih oblika ponašanja. Unatrag dva desetljeća uspješno se razvijaju i metode prevencije, prilagođavanje okoline u kojoj dolazi do nepoželjnih oblika ponašanja, podučavanje zamjenskog ponašanja i adaptivnih rutina, te je naglašena uloga socijalne okoline u gašenje nepoželjnih ponašanja. Neke od metoda su: promjena fizičkih karakteristika prostora, prilagođavanje rasporeda i kurikuluma, podučavanje alternativnim, primjerenim ponašanjima, gašenje, diferencijalno pojačavanje (Stošić, 2008).

Carr i Durand (1985) su opisali intervenciju koju su nazvali *funkcionalni komunikacijski trening* (FCT, engl., Functional communication training) kojoj je cilj zamjena neprilagođenog ponašanja alternativnim komunikacijskim odgovorom koji će imati istu funkciju kao neprilagođeno ponašanje. Ova intervencija bazira se na ABA pristupu i sastoji se od dvije komponente: funkcionalne analize ponašanja u problematičnoj situaciji sa ciljem utvrđivanja poticaja koji podržava ponašanje i upotreba tog poticaja za razumijevanje i izbor alternativnog komunikacijskog odgovora koji će zamijeniti neprilagođeno ponašanje (Car i Durand, 1985). Brojne studije potvrdile su efikasnost ove intervencije kod agresivnog ponašanja (Durand, Crimmins, Caulfield, Taylor, 1989), samoozljeđivanja (Hanley, Iwata, Thompson 2001) i ispada bijesa (Car i Durand, 1985).

Važno je naglasiti da se ABA pristup ne odnosi na specifični paket dizajniran za izazove spektra autističnog poremećaj nego na konceptijski okvir na kojem su bazirani višestruki pristupi (Ringdahl i sur., 2009).

*Modeliranje ponašanja gledanjem video materijala* (engl., Video Modeling), još je jedna intervencija iz skupine bihevioralnih intervencija koja se pokazala efikasnom s djecom od 4 godine, kao i s odraslim osobama s poremećajem iz autističnog spektra (Charlop – Christy i sur., 2000). Osnova ove intervencije je gledanje video zapisa poželjnog ponašanja u određenoj socijalnoj situaciji sa ciljem usvajanja tog ponašanja. Uz gledanje situacija se i imitira, što se ponavlja i nakon gledanja do usvajanja modela ponašanja (Weiss, LaRue, Newcomer, 2009). Drugi način korištenja ove intervencije je snimanje djeteta u aktivnostima i igri sa ciljem davanja povratnih informacija djetetu o ponašanju i razvijanju uspješnijih strategija (Weiss i sur., 2009). Postoje i snimljeni gotovi materijali koji su namijenjeni upravo za navedenu intervenciju (Prelock i sur., 2011). Kod upotrebe moguće je zaustavljanje kadrova i ponavljanje ključnih momenata, što u situacijama imitiranja „u živo“ nije moguće. Prije primjene ove intervencije važno je utvrditi postojanje osnovnih vještina kod djece koje podrazumijevaju mogućnost korištenja intervencije, maknuti vanjske podražaje sa snimke koji bi mogli odvlačiti pažnju, tj. izbor kadrova treba biti takav da su usmjereni na lice, ruke i slično, dijete treba biti upoznato sa osobom koja prezentira ponašanje i vodi ga kroz imitaciju, kao i utvrditi intelektualne sposobnosti djeteta kao koje bitno utječu na mogućnosti ovakvog načina učenja (Weiss i sur., 2009). Važno je izabrati i operacionalizirati ciljno ponašanje na način da je mjerljivo i da ga je moguće opažati, kako i da je specifično za neko dijete. Za izabrano ponašanje potrebno je specificirati pojedine dijelove, te ih snimiti u sekvencionalnom nizu (Prelock i sur., 2011). Primjena ove intervencije bazira se na saznanjima da mnoga djeca s poremećajem iz autističnog spektra lakše uče vizualne sadržaje i visoko su motivirana gledati video materijale, te da lakše uče iz video materijala nego gledajući demonstraciju uživo (Weiss i sur., 2009). Modeliranje ponašanja gledanjem video materijala pomaže fokusiranju djece na važna ponašanja i ubrzava sposobnost učenja prezentiranog ponašanja, kao i njihovog generaliziranja u svakodnevnom životu (Prelock i sur., 2011).

Opisana intervencija pokazala se korisnom za učenje imitacije vršnjaka (Haring, Kennedy, Adams, Pitts-Conway, 1987), za učenje znakovnog jezika (Watkins, Sprafkin, Krolkowski, 1993), za razvoj vještina igranja (Charlop – Christy i Carpenter, 2000), za razvoj vještina dijaloga (Sherer i sur., 2001). Zbog mnogobrojnih potvrda učinkovitosti ova intervencija koristi se u kliničkom radu za izgradnju različitih vještina uključujući vještine

akademskog obrazovanja, vještine važne za socijalnu interakciju, za dijalog i za vještine igranja (Weiss i sur., 2009).

*Pričanje priča s tematikom socijalnih situacija i odnosa* (engl., Social Stories), intervencija je koja koristi pričanje priča s ciljem objašnjenja pravila ponašanja i socijalnih situacija koje mogu biti zbunjujuće za djecu s poremećajima iz autističnog spektra i također se ubraja u bihevioralne intervencije. To su u stvari su kratki opisi, u nekoliko rečenica, očekivanog ponašanja izneseni u obliku priče kreirane za svako dijete kako bi približili djetetu specifičnu situaciju s kojom bi se moglo susresti s njegove perspektive (Weiss i sur., 2009). Primarno im je cilj usmjeravanje ponašanja i smanjenje anksioznosti i često su fokusirane na unutarnja stanja i ponašanje (Prelock i sur., 2011). Najčešće su u formi opisnih rečenica koje informiraju dijete o okolnostima, osobama i aktivnostima; usmjeravajućih rečenica koje upućuju dijete što treba učiniti u određenim okolnostima; perspektivnih rečenica koje opisuju osjećaje, vjerovanja ili reakcije drugih i kontrolne rečenice koje upućuju na strategije koje dijete može koristiti da se prisjeti neke informacije koje su već korištene u ovoj intervenciji (Prelock i sur., 2011). Uz verbalni iskaz mogu se koristiti i slike ili fotografije uz koje odrasla osoba (učitelj, roditelji...) mogu čitati djetetu, dijete može čitati samo ili može gledati priču na televizijskom ekranu ili kompjuteru. Navedena intervencija može se koristiti za povećanje ili smanjenje frekvencije nekog ponašanja (Weiss i sur., 2009), pa je tako korištena za povećanje verbalnih interakcija, pravilne upotrebe riječi, imenovanje i objašnjenja emocija, te sa ciljem smanjenja eholalije i emocionalnih ispada (Prelock i sur., 2011). Često se koristi u kliničkoj praksi, međutim mali je broj relevantnih istraživanja koja potvrđuju njenu učinkovitost samim time što se primjenjuje sa drugim intervencijama kao zajednički paket za poticanje razvoja socijalnih vještina, a postoji i mogućnost da je efikasnost ove metode rezultat drugih elemenata koji su dio same primjene (Weiss i sur., 2009). Prema Ferraioli i Harris (2011), opisana intervencija ubraja se u kategoriju intervencija koja su obećavajuća ali su potrebni daljnja istraživanja da potvrde njenu efikasnost.

Frost i Bondy su 1994. godine razvili specifičnu intervenciju za djecu s teškoćama iz autističnog spektra, *sustav komunikacije razmjenom slika* (PECS, engl., Picture Exchange Communication System) kao augmentativan i alternativni sustav komunikacije za djecu koja nemaju verbalnu komunikaciju ili je ona ograničena (Naoui, 2009). Ovaj pristup bazira se na korištenju sličica koje opisuju neku radnju (npr. idemo u kupovinu, idemo se kupati...) ili želju koju dijete ima (npr. jesti, piti...). Osnova pristupa je Skinnerova analiza verbalnog ponašanja i usmjeren je više na funkcionalnost, razumijevanje i dolazak do cilja, nego na oblik ponašanja, tj. na inzistiranje na verbalnom izražavanju (Naoui, 2009). Provođenje PECS – a sastoji se od 6

faza (Frost i Bondy, 1994). U prvoj fazi jedna stvar koja je djetetu važna (npr. neka hrana ili igračka) stavlja se u vidokrug djeteta ali tako da je dijete ne može dohvatiti. Ukoliko dijete pokaže interes za navedenu stvar, odrasla osoba daje djetetu sličicu te iste stvari. Nakon toga, dijete je fizički vođeno da daje sličicu odrasloj osobi natrag. Nakon uspješne suradnje djetetu se daje zatražena igračka kao pozitivno potkrepljenje. U drugoj fazi povećava se udaljenost između djeteta i odrasle osobe da bi se navelo dijete da se približi odrasloj osobi s sličicom kako bi došlo do razmjene. U slijedećoj fazi dijete se podučava da pronađe odgovarajuću sličicu između više ponuđenih. U četvrtoj fazi od djeteta se traži da sastavi jednostavnu rečenicu po modelu „Ja hoću...“. U petoj fazi odrasla osoba pita dijete: „Što želiš?“ i dijete se podučava kako odgovoriti na konkretno pitanje. U šestoj fazi dijete se potiče da komentira ono što je privuklo njegovu pažnju: „Ja vidim...“. Vještine koje su potrebne djetetu da usvoji ovaj komunikacijski pristup su podijeljene u osnovne komponente sukladno ABA pristupu što omogućava uvidjeti koja faza je teška djetetu kako bi je se moglo dodatnu uvježbavati (Naoi, 2009). Koriste se i poticaji da bi se pojedina vještina dobro uvježbala (Yokoyama, Naoi, & Yamamoto, 2006). Cilj korištenja ove intervencije je usmjeravanje ili regulacija i socijalno komunikacijska funkcija (Prelock, 2006). Neke od prednosti usvajanja ovog načina komunikacije su: bazira se na jednostavnim motoričkim vještinama koje već postoje u repertoaru djeteta (uzeti sličicu, dodati sličicu komunikacijskom partneru i sl.), sličice su jednostavne i lako razumljive svima bez posebne edukacije, što nije slučaj sa znakovnim jezikom na primjer. Osim toga ovaj način komunikacije može se koristiti u svim okolnostima od doma, vrtića, škole i šire.

Mnogobrojna istraživanja pokazala su pozitivan utjecaj upotrebe PECS – a na razvoj govora, socijalnu komunikaciju i neprilagođena ponašanja kod djece s ASP – om i sličnim teškoćama (Naoi, 2009). Carr i Felce, 2007. godine utvrdili su na grupi djece s ASP – om koja je sudjelovala u 15 sati PECS – intervencija u periodu od 5 tjedana značajno povećanje u verbalnoj produkciji u odnosu na kontrolnu grupu koja nije sudjelovala u navedenoj intervenciji. Isti autori dokazali su i značajno povećanje interakcije između djece i učitelja tijekom primjene navedene intervencije u odnosu na grupu djece u kojoj intervencija nije provedena (Carr, Felce, 2007b). Istraživanja s nacrtom s jednim slučajem pokazala su da djeca s ASP – om koja su ovladala PECS – om pokazuju napredovanje u spontanom govoru i u drugim socijalno – komunikacijskim ponašanjima kao što su kontakt očima i združena pažnja i smanjenje različitih neprilagođenih ponašanja (Ganz, Simpson, 2004, Yokoyama i sur. 2006). Navedena intervencija pogodna je strategija za djecu koja su u prelingvističkoj fazi razvoja govora kako bi ostvarili prve korake ka razvoju govora, dok je za utvrđivanje uspješnosti kod starije djece potrebno još studija koje bi je potvrdile (Prelock i sur., 2011).



Većina intervencija koje se provede s ciljem ranog učenja socijalnih vještina bazira se na ulozi odraslih kao medijatora. Ovakav pristup često je kritiziran zbog toga jer nije reprezentativan stvarnoj okolini u kojoj djeca provode veći dio svog vremena, a to je među vršnjacima, što ima utjecaja na smanjenje mogućnosti generalizacije (Ferraioli & Harris, 2011). Stoga su razvijene intervencije koje uključuju vršnjake kao „učitelje“ socijalnih vještina. Jedna od takvih intervencija je *vršnjačka pomoć* (engl., Peer Buddies), u kojoj se dijete s poremećajem iz autističnog spektra intenzivno druži s djetetom urednog razvoja iste dobi. Djeca urednog razvoja u nekima od takvih intervencija instruirana su samo sa uputama da se druže s prijateljem ili da razgovaraju s njim, dok u drugim intervencijama prolaze svojevrsnu edukaciju općeniti o autizmu, kako trebaju reagirati kod nepoželjnih ponašanja i kako mogu privući pažnju djeteta s autizmom (Ferraioli, Harris, 2011). Inicijalni vršnjački trening (engl., *Peer Initiation Training*) intervencija je bazirana na učenju specifičnih tehnika za iniciranje i održavanje socijalne interakcije s djetetom s autizmom. Istraživanja su pokazala da ove intervencije povećavaju socijalne vještine djece s autizmom (Laushey, Heflin, 2000), povećavaju interakciju s vršnjacima i smanjuju stereotipije u ponašanju (Lee, Odom, Loftin, 2007), povećavaju preuzimanje inicijative i recipročnu komunikaciju (Harper, Symon, Frea, 2008). Prema Ferraioli i Harris, (2011), istraživanja koja su rađena s ciljem utvrđivanja efikasnosti intervencija koje uključuju vršnjake s ciljem poticanja razvoja socijalnih vještina imaju uglavnom adekvatnu ili vrlo visoku razinu pouzdanosti i valjanosti.

Tablica 1

Pregled usmjerenih intervencija u radu s djecom s poremećajima iz autističnog spektra

NAZIV INTERVENCIJE	DOB DJECE	UKLJUČENO ST RODITELJA	PODRUČJA USMJERENOSTI				EVALUACIJA TRETMANA
			Socijalne vještine	Komunikacija, govor, jezik	Igra	Akademsko funkcioniranje	
Primjenjena analiza ponašanja ABA	Sva djeca bez obzira na dob	Educirani roditelji mogu provoditi intervenciju	+	+	+/-	+	dobro utvrđena efikasnost
Podučavanje diskriminativnim naložima PDN	Sva djeca bez obzira na dob	Educirani roditelji mogu provoditi intervenciju	+	+	+/-	+	dobro utvrđena efikasnost
Incidentalno podučavanje IT	Sva djeca bez obzira na dob	Educirani roditelji mogu provoditi intervenciju	+	+	+/-	+	dobro utvrđena efikasnost
Modificirano incidentalno podučavanje MIT	Sva djeca bez obzira na dob	Educirani roditelji mogu provoditi intervenciju	+	+	+/-	+	dobro utvrđena efikasnost
Podučavanje pivotalnih odgovora PRT	Sva djeca bez obzira na dob	Educirani roditelji mogu provoditi intervenciju	+	+	+/-	+	dobro utvrđena efikasnost
Verbalno ponašanje VB	Sva djeca bez obzira na dob	Educirani roditelji mogu provoditi intervenciju	+	+	+/-	+	dobro utvrđena efikasnost
Funkcionalni komunikacijski trening FCT	Djeca rane školske dobi i starija	-	+	+	+/-	+	dobro utvrđena efikasnost
Modeliranje ponašanja gledanjem video materijal Video modeling	Djeca rane školske dobi i starija	-	+	+	+	+	dobro utvrđena efikasnost
Pričanje priča s tematikom socijalnih situacija i odnosa Social Stories	Djeca rane školske dobi i starija	-	+	+	+/-	-	vjerojatno efikasan
Sustav komunikacije razmjenom slika PECS	Sva djeca bez obzira na dob	Educirani roditelji mogu provoditi intervenciju	+	+	+/-	-	vjerojatno efikasan
Vršnjačka pomoć Peer Buddies	Djeca školske dobi	-	+	+	-	-	vjerojatno efikasan
Inicijalni vršnjački trening Peer Initiation Training	Djeca školske dobi	-	+	+	-	-	vjerojatno efikasan

U prvom stupcu *Tablice 1* nalaze se nazivi ili prijevodi naziva pojedine intervencije. Sve navedene intervencije pripadaju bihevioralnoj temeljnoj teorijskoj paradigmi iz razloga što

se prema podacima iz literature samo te intervencije mogu primjenjivati i zasebno za razliku od na primjer intervencije ili tehnike *vrijeme za igru na podu* (engl., floortime) koja je osnovna karakteristika tretmana baziranog na razvojnoj teoriji, individualnim razlikama i stvaranju odnosa (engl., DIR/Floortime, Developmental, Individual Differences, Relationship – based treatment) te je stoga objašnjena u dijelu o modelima sveobuhvatnih tretmana. Intervencije bazirane na ABA – i (primijenjenoj analizi ponašanja) su uglavnom primjenjive (stupac 2) za svu djecu od rane dobi do kasne školske dobi. Dok su one iz šireg bihevioralnog pristupa koje su više usmjerene na imitaciju i modeliranje ponašanja primjenjive za djecu školske dobi.

Educirani roditelji (stupac 3) mogu primjenjivati gotovo sve navedene intervencije, dapače preporuča se njihovo provođenje i u obiteljskom okruženju. Iznimka su intervencije modeliranje ponašanja gledanjem video materijala i pričanje priča s tematikom socijalnih odnosa koje se provode u školskom okruženju uz vođenje od strane stručnjaka, te vršnjačka pomoć i inicijalno vršnjačko poučavanje koje se baziraju na intervaniranju od strane vršnjaka kao što im i sam naziv govori.

Svi tretmani usmjereni su (stupci 4 i 5) na područje socijalnih vještina, komunikacije, govora i jezika što je i logično obzirom da su to područja u kojima su simptomi najizraženiji. Intervencije koje se namijenjene i djeci rane dobi primjenjuju se gotovo svi životnim situacijama te je njihova primjena vezana i uz igru (stupac 6) kao najvažniju djetetovu aktivnost u ranoj dobi. Međutim, navedene intervencije ne stavljaju igru u fokus kao aktivnost kroz koju dijete rane dobi primarno uči kao što to čine tretmani koji su utemeljeni na razvojnoj paradigmi kao što je već spomenuti DIR/floortime. Akademsko funkcioniranje (stupac 7) u fokusu većine tretmana osim onih koji su primarno usmjereni na svakodnevno funkcioniranje (npr. PECS) i onih kojima je u fokusu socijalno funkcioniranje (npr. modeliranje ponašanja gledanjem video materijala).

Posljednji stupac tablice odnosi se na evaluaciju intervencija u skladu s APA sustavom evaluacije terapije za djecu. Utvrđena su tri stupnja: dobro utvrđeni, vjerojatno efikasni i eksperimentalni. Iz tablice (stupac 8) je vidljivo da sve intervencije kojima je osnova ABA (primijenjena analiza ponašanja) imaju najviši stupanj učinkovitost, dok se one koje su također temeljene na bihevioralnoj paradigmi ali su više usmjerene na imitiranje i modeliranje ponašanja, ubrajaju u kategoriju vjerojatno efikasnih.

### 3.2. Modeli sveobuhvatnih tretmana autističnog poremećaja kod djece

*Modeli sveobuhvatnih tretmana* (CTM, engl., Comprehensive Treatment Model) autističnog poremećaja usmjereni su na komunikaciju, socijalnu kompetenciju, ponašanje, govorni razvoj, ukidanje nepoželjnih oblika ponašanja i drugo. Prema Rogersu i Vismari (2008) CTM tretmani autističnog poremećaja kod djece su *brendirani* modeli. Primjenjuju se na duži period, na godinu dana ili više godina. Vrlo se intenzivno primjenjuju i do 25 sati tjedno i više i sastoje se od više komponenti (Odom i sur., 2010). Neki CTM se provode više od 30 godina, na primjer ranije spomenuti UCLA YAP, TEACCH i ESDM. Nastaju i novi modeli koji prate suvremena saznanja o autizmu poput intervencija opisanih u prethodnom poglavlju. Većina CTM tretmana, poput intervencija opisanih u prethodnom poglavlju, uključuje bihevioralne tehnike. Problem u znanstvenoj provjeri efikasnosti ovih programa je nepostojanje empirijskih modela za utvrđivanje učinaka.

Ranije spomenuti UCLA YAP koji je baziran na ABA – pristupu, autora Lovaasa i suradnika, vrlo je intenzivan program namijenjen maloj djeci. Cjelokupni rad usmjeren je na poticanje razvoja govora, pažnje, imitacije, ponašanja u socijalnim situacijama, igri i vještinama samostalne brige o sebi, te na smanjenje nepoželjnih ponašanja (Ringdahl, i sur., 2009). Najčešće se započinje rad s djecom u dobi od 2 – 8 godina. Usmjeren je na individualne potrebe djece. Terapija sistematski napreduje u skladu s napretkom djeteta a bazirana je na snagama i slabostima svakog djeteta pojedinačno. Kod vrlo male djece terapija se uvodi postepeno od 10 sati do 35 - 40 sati tjedno i zasniva se na incidentalnom podučavanju, preusmjeravanju i praćenju dječje inicijative. Kad je uspostavljena pozitivna atmosfera za učenje povećava se broj situacija strukturiranog učenja koje uključuje pojačanje i motivacijske aktivnosti. Intenzitet i učestalost terapije važan je faktor napretka djeteta. Ovaj pristup koji se ubraja u rano – intervencijske pristupe vrlo često se koristi DTI intervencijom (podučavanje diskriminativnim nalozima) te postoji niz istraživanja koja pokazuju uspješnost u provođenju. Najpoznatije istraživanje provedeno objavljeno je 1987. godine od strane autora Lovaasa i suradnika sa 19 djece koja su kod uključivanja u tretman imala manje od 4 godine. Istraživanje je pokazalo da je 9 od 19 uključene djece (47%) imalo prosječan ili iznad prosječan rezultat na testu inteligencije, dok je u kontrolnoj grupi samo jedno dijete (2%) imalo takav rezultat nakon 2 – 3 godine provođenja manje intenzivnog tretmana (Naoi, 2009). McEachin, Smith i Lovaas (1993) proveli su istraživanje praćenje djece koja su bila uključena u Lovaasovo istraživanje u dobi od 11,5 godina. Istraživanje je pokazalo da 8 (42%) djece zadržalo isti rezultat na testu inteligencije kao i nakon provođenja intenzivnog UCL YAP – programa. Mnoga kasnija istraživanja provođenja ovog terapijskog programa u različitim okolnostima (škole, obiteljski

domovi) potvrdila su dobivene rezultate u području intelektualnog funkcioniranja, vještinama adaptacije i razvoju govora (Naoui, 2009). Odom, Collet – Klingenberg, Rogers i Hatton (2010b) ovaj sveobuhvatni program ubrajaju u one koji imaju najjače dokaze o učinkovitosti (iako ograničene), da su proceduralno dobro objašnjeni na osnovu čega se mogu replicirati.

Još jedan sveobuhvatni tretmanski program koji je nastao na ABA – pristupu je Rana intenzivna bihevioralna intervencija (EIBI, engl., Early Intensive Behavioral Intervention). Ovaj pristup ističe operantno učenje za smanjenje nepoželjnog ponašanja i podučavanje diskriminativnim nalazima za razvoj novih vještina kao što su združena pažnja, imitacija, govor i jezik i vještine svakodnevnog života (Lovaas, 1987). Glavne značajke ovog pristupa su: fokus je na ranom razvoju što uključuje djecu do 5 godina starosti; intenzivan tretman individualno ili u malim grupama, 20 – 40 sati tjedno; odrasli (stručnjaci, ali i roditelji) strukturiraju i vode tretman; sistematski pristup koji uključuje usvajanje bazičnih dijelova neke vještine zasebno. Uključivanje roditelja je korisno iz više razloga: pomaže roditeljima u korištenju bihevioralnih strategija u svakodnevnim rutinama djeteta, pomaže roditeljima u brizi o djeci i aktivno uključuje roditelje u tretman. Može se primjenjivati u vrtićima, klinikama i u obiteljskom okruženju. Rezultati Lovaasovog istraživanja iz 1987. godine (Lovaas, 1987) govore da je 90% djece u koja su bila u tretmanu 2 godine i više pokazalo znatno veći napredak od djece iz kontrolne grupe. 47 % djece je doseglo prosječan IQ i njihovi rezultati u području adaptivnih i socijalnih vještina bili su u normalnom rasponu. Pokazalo se da su upravo kvocijent inteligencije i stupanj adaptivnog ponašanja najbolji prediktori dugoročnog funkcioniranja za osobe s autizmom. Mada navedeno istraživanje ima i nekih nedostataka (npr. autori programa ujedno su i provoditelji i evaluatori te je upitna objektivnost u pristupu istraživanju), mnogobrojna druga istraživanja potvrđuju da je EIBI djelotvoran tretman za znatan broj male djece (Matson, Smith, 2008).

Ranije spomenuti TEACCH ubraja se u kategoriju sveobuhvatnih programa. Navedeni tretman razvio je Eric Schopler, ranih 1970. – tih godina i izveden je iz strukturiranog učenja (Naoui, 2009). Srž tretmana je razumijevanje i prihvaćanje snaga i teškoća svakog pojedinog djeteta s autističnim poremećajem (Naoui, 2009). Provodi se u odgojno – obrazovnom sustavu i u obitelji. Četiri glavne komponente TEACCH - a su: organizacija i jasna struktura fizičke okoline, vremenski raspored, strukturirani sistem rada i jasna struktura zadatka (Ringdahl i sur., 2009). Tretman ističe važnost promjene okoline na način da bude individualno prilagođena djetetu i poticanje boljeg funkcioniranja djeteta kroz strukturirano učenje (Lord, Schopler, 1994). Napredak djeteta i njegova samostalnost uvjetuje postupno smanjivanje razine strukturiranosti. Jedno od načela programa je poticanje i inzistiranje na komunikaciji te se u

ovom pristupu koriste različiti oblici i sredstva alternativne i augmentativne komunikacije (Bujas Petković i sur., 2010). Ovaj tretman podrazumijeva razvoj individualiziranog programa usmjerenog na dijete i na razvoj njegovih sposobnosti ali i usmjerenost na cijelu obitelj. Baziran je na karakteristikama i specifičnostima učenja svakog pojedinog djeteta i ne koristi standardni kurikulum. Program se oslanja na individualne interese djeteta kako bi ga se usmjerilo na učenje i na jake strane (npr, vizualno snalaženje), kako bi se potakao razvoj onih sposobnosti i vještina u kojima dijete pokazuje deficit. Učenje podrazumijeva prilagodbu okoline da bi se minimalizirali distraktori, jasne znakove početka i završetka svakog zadatka, vizualni raspored aktivnosti, strukturiranje vremena i organizaciju materijala (Mesibov, Shea & Schopler, 2004). Programska područja na koja je program usmjeren su: komunikacija, socijalni odnosi, ponašanje, slobodno vrijeme i radne vještine (Bujas Petković i sur., 2010). Rezultati napretka djeteta mjere se u usporedbi s ranijim rezultatima samog djeteta i u usporedbi s komparabilnom skupinom i bilježe se na dnevnoj razini (Seitler, 2011). TEACCH se u znatnoj mjeri temelji na bihevioralnim načelima primijenjene analize ponašanja, ali se može svrstati u eklektičke komplementarne metode jer kurikulum u ovom programu ima obilježja razvojnog, ekološkog i zdravorazumskog pristupa (Bujas Petković i sur., 2010).

Ozonoff i Cathcart (1998) utvrdili su efikasnost TEACCH – a u obiteljskim uvjetima kod djece u području imitacije, grube i fine motorike, neverbalnih vještina stvaranja pojmova u usporedbi s grupom djece koja nisu bila obuhvaćena tretmanom. Panerai, Ferrante i Zingale (2002) uspoređivali su učinke TEACCH tretmana sa nespecifičnim programom integracije djece s poremećajem iz autističnog spektra koristeći Psychoeducational Profile – Revised i Vineland skalu socijalnih vještina i utvrdili su bolje rezultate kod grupe djece u TEACCH tretmanu. Virues – Ortega, Julio i Pastor – Barriuso (2013) proveli su meta – analizu na 13 istraživanja koja su se bavila efikasnošću TEACCH programa. Utvrdili su nisku razinu napredovanja ispitanika u perceptivnim, motoričkim i kognitivnim vještinama, efekti na razvoj adaptivnih bihevioralnih vještina koje uključuju komunikaciju i aktivnosti dnevne rutine u razini zanemarivog do malog povećanja; efekti u području socijalnog ponašanja i prilagođenog ponašanja povećali su se do razine umjerenog i znatnog povećanja.

Prema Odomu i suradnicima (2010b) ovaj sveobuhvatni program ima nešto slabije dokaze o učinkovitosti, proceduralno je relativno dobro objašnjen i opisan na osnovu čega se može primjenjivati.

*Tretman baziran na razvojnoj teoriji, individualnim razlikama i stvaranju odnosa/ Vrijeme za igru na podu (DIR/Floortime, engl. Developmental, Individual Difference, Relationship – based) je sveobuhvatni razvojno usmjeren tretman (Volkmar, Reishow, Doering,*

2011). Tretman nije fokusiran na razvoj vještina ili izoliranog ponašanja već je cilj ovog tretmana izgradnja zdravih temelja kao poticaj razvoju socijalnih, emocionalnih i intelektualnih kapaciteta djeteta (Greenspan, Wieder, 2006). Središte ovog tretmana je uloga emocija i prirodnih interesa djeteta kao baze za stvaranje interakcija koje omogućuju različitim dijelovima uma i mozga da zajedno izgrađuju kapacitete djeteta. Tretman ističe ulogu roditelja i drugih članova obitelji zbog važnosti njihove emocionalne povezanosti s djetetom. DIR/Floortime tretman uključuje:

**D** (engl. Developmental = razvojni) – Tretman je usmjeren na razvoj emocionalnih, socijalnih i intelektualnih kapaciteta djeteta kroz pomaganje djetetu da izgradi odnose sa svojim najbližima, da komunicira s njima, da doživi svijet oko sebe i pri tome ostane zainteresirano i smireno.

**I** (engl. Individual differences = individualne razlike) – Ovaj dio naglašava jedinstvene biološki uvjetovane načine na koje svako dijete prima, regulira i odgovara na podražaje kao što su zvukovi, dodir, aktivnosti, ideje i sve što ga okružuje.

**R** (engl. Relationship – based = utemeljen na odnosima) – Emocionalna interakcija i povezanost sa roditeljima, članovima obitelji, odgojiteljima, vršnjacima i ostalima potrebni su djetetu da bi se razvijalo i raslo. Emocije motiviraju dijete u cijelosti na učenje, te nije potrebno usmjeravanje na neko područje specifično. Dijete koje sudjeluje u dvosmjernoj komunikaciji s majkom razvija komunikacijske, govorne, ali i perceptivne, motoričke, socijalne i kognitivne vještine.

Floortime je specifična tehnika vezana uz ovaj tretman koja ima za cilj pratiti djetetove prirodne emocionalne interese, a istovremeno izazivati dijete prema većem postignuću u svim područjima. Ova tehnika je prema svojoj spontanosti vrlo slična običnom ophođenju i igri. Uloga terapeuta je da bude vrlo aktivni partner u igri djetetu. Terapeut, roditelj ili neka druga osoba za koju je dijete vezano prati djetetove interese ali na način da ga sustavno potiče na međusobne interakcije nadograđujući igru, dodajući nove elemente djetetovoj igri, nježno ometajući igru i slično. Floortime je usmjeren na četiri miljokaza tj. razvojnih vještina: poticanje pažnje i intimnost, dvosmjerna komunikacija, poticanje izražavanja i upotrebe osjećaja i ideja i logičko razmišljanje (Greenspan, Wieder, Simons, 2003). Svaki tretman traje 20 – 30 minuta intenzivne usmjerenosti na dijete tijekom igrovnih aktivnosti šest do deset puta tijekom dana. Za manju djecu ova interakcija kroz igru odvija se najčešće na podu dok za stariju djecu podrazumijeva aktivnosti u različitim fizičkim okolnostima.

Sveobuhvatni DIR/Floortime program uključuje slijedeće komponente usklađene s individualnim profilom djeteta (Greenspan i sur., 2003).:

1. Razvojno primjerena interakcija i provođenje kod kuće (floortime intervencije, polustrukturirano rješavanje problema, motoričke, perceptivne, senzorno – integrativne, vizualno – spacijalne i perceptivne motoričke aktivnosti i igranje s djetetom iste dobi)
2. Individualnu terapiju (govorna, jezična i oralno – motorička terapija, osjetno – motorička i senzorno integrativna okupacijska terapija i/ili fizička terapija i ostale terapije ukoliko su potrebne, npr. psihoterapija)
3. Edukacijski program (integrativni, inkluzivni ili redovni program ukoliko ga dijete može pratiti, specijalni program s posebnim naglaskom na komunikaciju, programi koje dijete u potpunosti može pratiti sa svojim vršnjacima, npr. tjelovježba)
4. Ostale terapije ukoliko je to potrebno (biomedicinske intervencije, dijete i drugo)

Ovaj tretman provodi multidisciplinarni tim koji se sastoji od: logopeda, edukacijskog rehabilitatora, radnog terapeuta, socijalnog radnika, psihologa, psihijatra uz važnu ulogu svih članova obitelji, a osobito roditelja (Greenspan, Wieder, 2006).

Nepostojanje empirijskog modela za utvrđivanje efikasnosti programa je teškoća koja otežava objektivno utvrđivanje učinkovitost DIR/Floortime pristupa koji se bazično temelji na psihoanalitičkom pristupu. Primjena ovog terapijskog modela sve je više u porastu, dok s druge strane o učinkovitosti ovog programa postoji vrlo malo znanstveno utemeljenih podataka (Reichow, Volkmar, 2011.). Sam autor programa Stanley I. Greenspan i njegova suradnica Serena Wieder objavili su podatke o razvojnim uzorcima i ishodima tretmana u obliku prikaza nalaza 200 slučajeva djece s dijagnozom autističnog spektra (Greenspan, Wieder, 1997). Utvrdili su da nakon minimalno dvogodišnjeg intenzivnog tretmana djeca uključena u Floortime u 58% slučajeva pokazuju dobre do izuzetne ishode. Djeca su počela pokazivati povjerenje i blisku povezanost s roditeljima, osjećaje radosti i zadovoljstva, razvila su sposobnost za usvajanje apstraktnog mišljenja i interaktivne, spontane komunikacije na predverbalnoj i verbalnoj razini (Greenspan, Wieder, 1997). Richard L. Simpson (2005) ubraja ovaj tretman u kategoriju tretmana s ograničenim egzaktnim podacima, tj. tretmanu nedostaju objektivni i uvjerljivi dokazi o efikasnosti, ali ga treba tretirati kao tretman koji ima potencijalnu korisnost i efikasnost.

Socijalna komunikacija, emocionalna regulacija i transakcijska podrška (SCERTS, engl. Social Communication, Emotional Regulation, Transactional Support) je sveobuhvatni multidisciplinarni program za povećanje sposobnosti socijalne komunikacije i emocionalne regulacije, te implementaciju transakcijske podrške za djecu i odrasle osobe s poremećajem iz autističnog spektra i njihove obitelji (Prizant, Wetherbury, Rubin, Laurent, Rydell., 2006).



Usmjerenost na socijalnu komunikaciju podrazumijeva razvoj spontane, funkcionalne komunikacije i sigurnih socijalnih odnosa ispunjenih povjerenjem. Emocionalna regulacija podrazumijeva povećanje sposobnosti zadržavanja regulacije emocija kako bi se stvorili dobri uvjeti za interakciju i učenje. Transakcijska podrška uključuje podršku djeci, njihovim obiteljima i stručnjacima, te stvaranje pozitivnih odnosa i uspješnih socijalnih iskustava povezujući obiteljski dom, odgojno obrazovnu ustanovu i društvenu okolinu (Prizant i sur., 2006). Ovaj program naglašava važnost inicijacije verbalne i neverbalne komunikacije od strane djeteta u prirodnom okruženju i u polustrukturiranim aktivnostima za veliki raspon svrha (traženje, pozdravljanje, pokazivanje emocija, odbijanje). Pri planiranju i ostvarivanju svih aktivnosti programa, obitelj i edukatori surađuju, djeluju kao tim da bi razvili strategije uspješnog aktivnog uključivanja djeteta u smislene dnevne aktivnosti u skladu s potrebama djeteta. SCERTS program usmjeren je na pomaganje djeci u ostvarivanju autentičnog, istinskog napretka, koji se definira kao sposobnost učenja i primjene vještina u različitim okolnostima i s različitim komunikacijskim partnerima (Prizant i sur., 2006). Svi partneri djeteta, što uključuje edukatore, terapeute, roditelje, braću i sestre i vršnjake imaju važnu ulogu u primjeni tretmana obzirom da ciljevi na koje je usmjeren uključuju dnevne rutine u odgojno – obrazovnoj ustanovi i u obiteljskom domu. Terapeuti imaju značajnu ulogu jer su njihovi ciljevi usmjereni na povećanje samostalnosti i samoeфикаsnosti u socijalnoj komunikaciji i samoregulaciji. Regulacija emocija uključuje vježbe, „regulacijske“ pauze, mogućnost senzornih i motoričkih aktivnosti i plan koji upotrebljavaju svi partneri za modifikaciju okoline za učenje. Svi uključeni prate znakove djeteta koji upućuju na emocionalnu disregulaciju i mogu na odgovarajući način reagirati da bi povećali pažnju i sposobnost učenja i prevenirali eskalaciju u problematičnije ponašanje. Prioriteti u provođenju ovog tretmana usmjereni su na: inicijaciju i odgovor na verbalnu i neverbalnu komunikaciju; sudjelovanje djece u aktivnostima s drugom djecom i odraslima dijeleći pozitivna i ugodna iskustva i razvijajući povjerljive odnose; partneri razvijaju široki raspon interpersonalne podrške da bi pomogli djetetu da bude otvoreno za učenje, te da bi mu učenje bilo privlačno; partneri su visoko responzivni i pružaju podršku na fleksibilan način što ovisi o djetetovom emocionalnom stanju, ometajućim faktorima, uspješnosti djeteta u aktivnostima i potrebama djeteta za odgovarajućim stupnjevima podrške za aktivno sudjelovanje u aktivnostima (Prizant i sur., 2006). Program integrira različite tretmane i strategije pristupa kao što su: ABA, vizualna podrška, senzorna integracija, priče sa socijalnim situacijama, augmentativna i alternativna komunikacija. Razvili su ga Barry Prizant, Amy Wetherby, Emily Rubin, Amy Laurent i Patric Rydell, multidisciplinarni tim kliničara, istraživača i edukatora. Baziran je na razvojnim i bihevioralnim principima i usmjeren prema

napredovanju u socijalnim vještinama (Prizant, Wetherby, Rubin, Laurent, Rydell, 2003). Postoje brojna istraživanja koja su se bavila efikasnošću primjene ovog tretmana, ali rijetka udovoljavaju strogim eksperimentalnim zahtjevima. U ovom radu ističemo četiri koja imaju adekvatnu mjeru pouzdanosti i valjanosti. Aldred, Green i Adams, (2004) u svom istraživanju utvrdili bolje rezultate u području socijalne komunikacije (osobito u području združene pažnje) i bolju transakcijsku podršku. Escalona i suradnici (2001) utvrdili su napredak u području emocionalne regulacije (u komponenti samoregulacije i usklađivanja s drugima) i bolju transakcijsku podršku. Koegel, Bimbela i Schreibman (1996) naglasili su važnost transakcijske podrške osobito u komponenti interpersonalne podrške. McConachie, Randle, Hammal, Le Couter (2005) utvrdili su bolje rezultate u socijalnoj komunikaciji i transakcijskoj podršci. Prema Odom i suradnicima (2010b) ovaj sveobuhvatni program ima slabije dokaze o učinkovitosti, nisu dostupne psihometrijske karakteristike pouzdanosti i valjanosti što otežava njegovu replikaciju i provođenje, a proceduralno je dobro objašnjen tj. operacionaliziran.

Ranije spomenuti LEAP – program, sveobuhvatni je bihevioralni tretman usmjeren na predškolce i njihove roditelje sa ciljem poboljšanja socijalne interakcije s vršnjacima i igre (Strain, 2001). LEAP se ubraja u rano- interventne programe jer je usmjeren na djecu rane dobi s poremećajima iz autističnog spektra i djece urednog razvoja. Djeca urednog razvoja podučavaju se različitim načinima da potaknu svoje vršnjake s autizmom na socijalnu interakciju. Podučavanje podrazumijeva: eksplicitno podučavanje, igre uloga, upućivanje od strane odraslih korak po korak i pozitivno potkrepljivanje. Prilike za socijalno uključivanje između djece urednog razvoja i djece s autizmom javljaju se sukladno kontekstu koji je određen predškolskim kurikulumom sa ciljem olakšanja učenja i razvoja djece s poremećajem iz autističnog spektra ali i djece urednog razvoja (Green, 2013). Dvije komponente razlikuju ovaj tretman od ABA pristupa: uključivanje u predškolsku ustanovu što omogućava modeliranje od strane vršnjaka za poticanje razvoja socijalnih vještina i igre i uključivanje roditelja u tretman (Seitler, 2011). Uključivanje djece provodi se u omjeru najmanje dvoje djece urednog razvoja i jedno dijete s autizmom. Cilj obuke roditelja je stjecanje efikasnih bihevioralnih tehnika koje mogu primjenjivati s djecom u obiteljskom okruženju kroz roditeljsku edukaciju putem kurikuluma usmjerenog na razvoj roditeljskih sposobnosti komplementarnih sa samim programom. Vršnjačka medijacija i intervencija je intervencija koja se koristi kao osnova sveobuhvatnog LEAP tretmana (Sperry, Neitzel & Engelhardt-Wells, 2010). Programa je osmislio Philip Strain, 1981. godine.

Preko 30 istraživanja pokazalo je efikasnost cijelog tretmana, kao i intervencija koje se koriste u programu na učenje socijalnih vještina potrebnih za suradnju s vršnjacima,

komunikacijskih vještina, kognitivnih vještina i vještina potrebnih za uključivanje u akademsko obrazovanje (Green, 2013). Neka istraživanja pokazala su povezanost razine roditeljskih vještina usvojenih tijekom programa i pozitivnih promjena u ponašanju djeteta u obiteljskom okruženju (Green, 2013). Odom i suradnici (2010b) ovaj sveobuhvatni program ubrajaju u one koji imaju najjače dokaze o učinkovitosti (iako ograničene). Program je proceduralno dobro opisan, ima adekvatna psihometrijska mjerila pouzdanosti i valjanosti, dobro je operacionaliziran na osnovu čega se može provoditi i replicirati.

ESDM sveobuhvatni je tretman nastao 1981. godine. Autorica programa je Sally Rogers (Rogers, Hall, Osaki, Reaven & Herbison, 2000). Osnova tretmana je razvojni pristup, ali je tretman nadograđivan u skladu sa suvremenim spoznajama razumijevanja načina funkcioniranja djece s poremećajima iz autističnog spektra pri čemu je osobit naglasak stavljen na učenje u prirodnom kontekstu i na uključivanje multidisciplinarnog tima stručnjaka, razvojnih i kliničkih psihologa, specijalista rane intervencije, logopeda i radnih terapeuta (Rogers, Dawson, 2010). U skladu s time u tretman je inkorporirana ABA – intervencija, podučavanje pivotalnih odgovora sa ciljem optimalizacije motivacije djeteta za interakcijom s odraslima što povećava prilike za učenje. Tretman je namijenjen djeci od 12 mjeseci starosti do 3,4 godine te je još jedan sveobuhvatni rano – interventni tretman. Njegov cilj je smanjiti teškoće djece s poremećajem iz autističnog spektra i potaknuti njihov razvoj u svim područjima, a posebno u kognitivnom, socio – emocionalnom području i u području govorno – jezičnog razvoja (Rogers, Dawson, 2010). Baza programa je usmjerenost na teškoće u socijalnoj interakciji što uključuje imitaciju, percepciju emocija i dr. Dva su načina povećanja mogućnosti učenja u ESDM – u: uključivanje djeteta u koordinirani interaktivni socijalni odnos većinu vremena budnosti djeteta da bi se stvorile osnove za interpersonalnu i simboličku komunikaciju i prenošenje socijalnog znanja i iskustva, te intenzivno podučavanje sa ciljem nadoknađivanje vremena kada dijete nije učilo kroz interakciju (Rogers i sur., 2000). Pet razvojnih područja izuzetno su značajna u ovom pristupu: imitacija, neverbalna komunikacije (koja uključuje i združenu pažnju), verbalna komunikacija, socijalni razvoj (uključujući razmjenu emocija) i igra. Jedna od osnovnih postavki tretmana je osmišljavanje individualiziranog pristup i provodi se kroz četiri glavne metode: prva je razvojni kurikulum koji je usmjeren na individualne potrebe djeteta u svim područjima; druga je izbor aktivnosti i materijala u skladu s djetetovim interesima i preferencijama; treća je uključivanje obiteljskih vrijednosti, potreba i preferencija i roditeljsko korištenje ESDM – a u obiteljskom i društvenom okruženju; i četvrto je korištenje mogućnosti izmjene u tretmanu od strane stručnjaka ukoliko je napredak djeteta prespor (Rogers, Dawson, 2010). Fokus je na tretmanu djece u inkluzivnom okruženju što se pokazalo

najdjelotvornijim načinom. Polazi od premise da ja za socijalni i komunikacijski razvoj potrebno stvaranje bliske povezanosti. Primarno ističe dinamičnu i živu interakciju i pozitivnu uključenost kao poticaj djetetu da traži socijalnog partnera kao sudionika u omiljenim aktivnostima. Tehnika koja se koristi u te svrhe je „sensory social routines“ (Rogers, Dawson, 2010).

Rezultati istraživanja ukazuju na poboljšanje u kognitivnom stupnju, stupnju adaptivnog ponašanja i smanjenju ozbiljnosti simptoma kod djece s poremećajem iz autističnog spektra u odnosu na djecu koja su bila uključena u druge tretmane (Dawson i sur., 2014.), te smanjenje neprilagođenog ponašanja i poboljšanje cjelokupnog razvoja djeteta (Fulton, Eapen, Črnčec, Walter, Rogers, 2014). Odom i suradnici (2010b) ovaj sveobuhvatni program ubrajaju u one koji imaju najjače dokaze o učinkovitosti (iako ograničene), posjeduje adekvatnu procjenu pouzdanosti i valjanosti proceduralno je dobro objašnjen i operacionaliziran na osnovu čega se može replicirati.

Tablica 2

Pregled modela sveobuhvatnih tretmana (CTM) u radu s djecom s poremećajima iz autističnog spektra

CTM TRETMAN	TEMELJNA TEORIJSKA PARADIGMA	PODRUČJA USMJERENOSTI				EVALUACIJA TRETMANA
		Socijalne vještine	Komunikacija, govor, jezik	Igra	Akademsko funkcioniranje	
Projektni model rada s malom djecom Sveučilišta u Kaliforniji, Los Angeles UCL YAP	bihevioralni	+	+	+	-	dobro utvrđena efikasnost
Rana intenzivna bihevioralna intervencija EIBI	bihevioralni	+	+	+	+	vjerojatno efikasan
Tretman i edukacija djece s autizmom i poremećajima socijalne komunikacije TEACCH	eklektički	+	+		+	vjerojatno efikasan
Tretman baziran na razvojnoj teoriji, individualnim razlikama i stvaranju odnosa/ Vrijeme za igru na podu DIR/ Floortime	razvojni	+	+	+	-	vjerojatno efikasan
Socijalna komunikacija, emocionalna regulacija i transakcijska podrška SCERTS	eklektički	+	+			vjerojatno efikasan
Iskustva učenja i alternativni programi LEAP	bihevioralni	+	+	+	+	dobro utvrđena efikasnost
Rani početak – Denver model ESDM	razvojni bihevioralni	+	+	+		dobro utvrđena efikasnost

U tablici 2 navedeni su CTM tretmani u radu s djecom s poremećajima iz autističnog spektra. Iz stupca 2 vidljivo je da su navedeni tretmani bihevioralne, razvojne, eklektičke i mješovite temeljne teorijske paradigme. Kao i intervencije svi su usmjereni na socijalne vještine, komunikaciju, govor i jezik (stupac 3 i 4). Igra im je više u fokusu što je i logično jer se većina njih provodi od ranog djetinjstva (stupac 5). Evaluacija tretmana prema APA smjernicama utvrđivanja stupnja učinkovitosti (stupac 7) najvišu procjenu daje bihevioralni tretmanima, dok su navedeni eklektički programi u kategoriji vjerojatno efikasnih.

#### 4. RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Iz navedenih opisa i rezultata istraživanja intervencija i tretmana autističnog poremećaja kod djece vidljivo je da su oni brojni, da prevladavaju bihevioralni pristupi, te da su bihevioralni pristupi najviše procjenjivani znanstveno – istraživačkim metodama, i da imaju najvišu razinu pouzdanosti i valjanosti. Rezultati praćenja recentne literature, ali i brojnih internetskih stranica govore i o tome da se gotovo na dnevnoj bazi stvaraju i razvijaju nove intervencije i tretmani. Zbog neutvrđenosti uzroka autizma, same prirode autističnog poremećaja kao i zbog mogućnosti kombinacije velikog broja simptoma koji ga obilježavaju, ne postoji jedna intervencija ili tretman koji bi bio u potpunosti efikasan za svako dijete. Veliko „tržište“ terapijskih pravaca čini plodno tlo za manipulaciju roditeljima koji vrlo često nastoje iskušati sve metode koje su im dostupne. Brojne udruge koje su usmjerene ovoj problematici nastoje pomoći roditeljima u izboru te nude osnovne smjernice za procjenu tretmana kako bi pomogli roditeljima. Ovdje ističemo smjernice dr. B.J. Freemana istaknute od strane Američko društvo za autizam (engl., Autism Society of America) koje su istaknute i na mnogim drugim web – stranicama udruga diljem svijeta:

1. Svakom tretmanu treba prići s nadom i skepsom.
2. Cilj svakog tretmana je da djetetu s autizmom pomogne da postane funkcionalni član zajednice.
3. Tretman koji se primjenjuje treba biti prihvatljiv i efikasan za svaku osobu s autizmom.
4. Oprez kod svih postupaka koji omalovažavaju osobnost djeteta i mogu joj naštetiti.
5. Treba imati na umu da je postupak koji se predlaže samo jedan od mogućih postupaka.
6. Primjena tretmana može započeti samo nakon provjere primjenjivosti obzirom na individualne karakteristike pojedinca.
7. Rasprave vezane uz tretmane često se vode na površnoj razini (tko je u pravu, tko nije i slično), a takav tip rasprave često dovodi do suprotnog učinka od onoga koji je u interesu djeteta i njegovog napretka.
8. Kod primjene tretmana ne smiju se zanemariti i svakodnevne vještine, funkcioniranje u zajednici i socijalne vještine.
9. Mnogi od tretmana nemaju znanstvenu potvrdu svoje valjanosti i kod izbora to treba svakako uzeti u obzir.

Osim toga roditelje se upućuje na provjeru slijedećih pitanja koja bi ih mogla voditi do bolje odluke o izboru tretmana:

1. Postoji li mogućnost da tretman učini bilo kakvu štetu djetetu?

2. Kako bi se mogući neuspjeh tretmana mogao odraziti na funkcioniranje djeteta i cijele obitelji?

Postoji li tretman ima potvrdu znanstvene valjanosti?

3. Postoji li je procedura primjene jasno specificirana?

4. Kako se tretman može integrirati u trenutne djetetove programe?

Već sama potreba za sastavljanje popisa zahtjeva i analiza koja se postavljaju pred roditelje govori o širini ponude tretmana od kojih neki ne samo da ne bi pomogli djetetu da napreduje nego bi mogli učiniti i potencijalnu štetu za dijete i obitelj. Navedena mogućnost stavlja pred stručnjake ozbiljan zadatak da utvrde i potvrde svim raspoloživim metodama primjenjivost, valjanost i učinkovitost intervencija i tretmana koji se nude.

Jedan od načina utvrđivanja efikasnost je znanstveni pristup koji se oslanja na dokaze istraživanja o strogo kontroliranom uvjetima (EBP, engl., „evidence based“ pristup). Potvrda efikasnosti tretmana u navedenim uvjetima samo je preduvjet, prvi korak, da se navedeni tretman smatra istinski učinkovitim tijekom kliničke primjene (Charman, 2005). Naime, zahtjevnost znanstvene metode procjene s obzirom na ispitanike (selekcionirani uzorak), okolnosti primjene (strogo kontrolirani uvjeti) i struktura primjene (strogo kontrolirani redoslijed i vremensko ograničenje) različita je od primjene istog tretmana u kliničkoj praksi o čemu je bilo riječi ranije u ovom radu. U području tretmana autističnog poremećaja kod djece, bihevioralni pristup jedini je pristup koji udovoljava strogim znanstvenim mjerilima (Stošić, 2009). Međutim postavlja se pitanje da li je to jedini pristup koji u kliničkoj praksi rezultira poboljšanjem simptoma i napredovanjem djeteta? Prema nekim istraživanjima, 50% djece koja su u tretmanima sa čvrstom znanstvenom podlogom pokazuju izražen pozitivan napredak, a ostalih 50% napreduje u vrlo ograničenom rasponu (Stahmer, 2011). Pitanje je, što možemo ponuditi, koji tretman ili intervenciju, djeci s autizmom koja ne odgovaraju očekivano na ove tretmane?

Svjetska zdravstvena organizacije (WHO, 2003) odredila je osnovne principe stvaranja vodiča za kliničku praksu i javno zdravstvo. Principi su slijedeći: perspektiva stanovništva, znanstveni integritet, osjetljivost na lokalni kontekst i transparentnost. Iz navedenog je vidljivo da strogi znanstveni pristup ne može udovoljiti svim navedenim zahtjevima, a to se sasvim sigurno odnosi i na zahtjeve koje postavlja tretman autističnog poremećaja pred kliničare. Tretmani koji su znanstveno dokazani pokazuju svoja ograničenja u svakodnevnoj praksi gdje treba uzeti u obzir dijete kao individu, njegov obiteljski kontekst i šire društveno okruženje.

Drugi koristan pristup utvrđivanju efikasnosti je PBE, dokazi temeljeni na praksi. Ovaj pristup koji kreće od kliničke primjene tretiran je kao manje vrijedan u hijerarhiji procjene



tretmana (Foster, 2015), međutim obzirom na ranije navedene argumente može biti vrlo koristan izvor informacija za kliničku primjenu. Njegova najveća prednost je prilagodba tretmana pojedincu kroz neprestano testiranje hipoteza i praćenje napredovanja u stvarnom kontekstu. Ukoliko nema rigoroznih dokaza za neki tretman to ne znači da on nije efikasan u praksi (Seitler, 2011). Postoji mogućnost da istraživanja tog fenomena još nisu provedena, ili da rezultat nije mjerljiv poznatim mjerilima i načinima jer nemamo odgovarajući alat za to, te ga je potrebno prvo opisati kvalitativnim metodama da bi razvili kvantitativne što je česti put prema znanstvenom istraživanju (Seitler, 2011).

Tretman djece s poremećajem iz autističnog spektra od kliničara zahtijeva poznavanje rezultata istraživanja efikasnosti tretmana, ali i znanje o rezultatima praktične primjene tretmana. Važno znati i koje okolnosti primjene tretmana pokazuju veću učinkovitost. Na primjer, bez obzira na osnovnu usmjerenost tretmana, bihevioralnu, razvojnu, eklektičku; gotovo svi tretmani koji se u praksi primjenjuju intenzivno i dugotrajnije imaju veću učinkovitost (Virues-Ortega, Rodríguez, Yua, 2013).

EBP pristup i PBE pristup međusobno se isprepliću i nadopunjuju. Njihova integracija najefikasnija je pomoć u praktičnom radu. Istraživanja ukazuju na čestu primjenu kombinacije tretmana koji imaju čvrstu znanstvenu podlogu sa onima koji su se pokazali uspješnima u praksi (Stahmer i sur., 2011).

Iz opisa intervencija i tretmana djece s poremećajem iz autističnog spektra vidljivo je da su neki postupci u primjeni vrlo slični osobito ukoliko točno opišemo kako pristupamo djetetu i na koji način provodimo tretman (Stošić, 2009). Prema Stošić (2009) osnovni princip Greenspanovog floortima, slijediti vodstvo djeteta ili imitirati dijete, u potpunosti odgovara bihevioralnom intervenciji podučavanja u prirodnom kontekstu, pri čemu će bihevioristi koristiti termine „podrška i pojačavanje“, a Greenspan termine „otvaranje i zatvaranje komunikacijskog kruga. Stoga možemo zaključiti kako se mnogi tretmani mada proizlaze iz različitih bazičnih terapijskih pravaca (u ovom slučaju bihevioralni i razvojni), ne razlikuju toliko u samoj primjeni koliko su njihove razlike terminološke.

Osim navedenih teškoća važno je napomenuti i paradigmu samog pristupa poremećajima iz autističnog spektra u dječjoj dobi. Autizam je skup simptoma koji čini specifičnu i individualnu sliku poremećaja kod svakog djeteta, i potrebno ga je razmatrati kroz paradigmu razvojne psihopatologije što znači u kontekstu maturacijskih i razvojnih procesa osobito zbog toga što govorimo o djeci. „Razvojna psihopatologija potiče dinamičan i holistički pristup razumijevanju psihopatologije i nudi brojne smjernice za istraživanja u ovom području, ali isto tako i za svakodnevni klinički rad.“ (Vulić – Prtorić, 2001, str. 161).

Prema osnovnim postulatima razvojne psihopatologije, psihički poremećaji, a time i ishodi tretmana pojedinog poremećaja, pa tako i poremećaja iz autističnog spektra, ovise o brojnim faktorima pri čemu je presudno njihovom međudjelovanje. Ovaj kontekstualni, ekološki pristup uzima u obzir odnose između djeteta (njegovih psiholoških i genetskih osobina), njegove okoline (roditelji, braća i sestre, obiteljski odnos, vršnjaci i zajednice u kojoj živi i šireg sociokulturalnog konteksta), ali i specifične načine na koji djeluju i oblikuju jedan drugog u funkciji razvoja (Vulić – Prtorić, 2001). Obzirom da svi navedeni faktori, kao i njihova interakcija djeluju na stvaranje cjelokupne slike poremećaja kod svakog djeteta, logično je da ih treba poznavati i uzeti u obzir, a i uključiti u planiranje i provođenje intervencija i tretmana poremećaja. Ovisno o djetetu i okolnostima u kojima živi, navedeni faktori mogu imati ulogu zaštitnih ili rizičnih faktora u razvoju i manifestaciji poremećaja. Potrebno ih je dobro poznavati da bismo djetetu omogućili model tretmana koji se u najvećoj mjeri može osloniti na zaštitne faktore i pozitivno utjecati na rizične faktore.

U skladu s osnovnim postulatima razvojne psihopatologije čije područje interesa je prvenstveno razvoj, a zatim psihopatologija (Vulić – Prtorić, 2001), očekivane ishode tretmana treba prilagoditi individualno djetetu, što uključuje snage i slabosti djeteta ali i njegovu dob i trenutne sposobnosti. U tretmanu treba biti usmjeren na smanjenje utjecaja simptoma autizma i povećanje utjecaja razvoja.

Populacija djece s poremećajima iz autističnog spektra toliko je različita da isključivo individualizirani pristup može dati dobre rezultate (Seitler, 2011). Svako dijete zahtijeva pristup koji je specijalno krojen za njegove osobine, potrebe i okolnosti u kojima živi (Seitler, 2011). Prema ranije navedenom, individualizirani pristup treba uključivati procjenu karakteristika obiteljske ekologije, što je preduvjet za veću pouzdanost u implementaciji strategija podučavanja (Stošić, 2009). Dijete, osobito u ranoj dobi najviše uči kroz dnevne rutine od kojih se sastoji svakodnevni obiteljski život, stoga je važno dobro se upoznati s tim rutinama prije individualizacije programa što podrazumijeva uključivanje i blisku suradnju s roditeljima djeteta. Procjena dnevnih rutina omogućava nam uvid u specifičnosti provođenja, ali i u obiteljske kapacitete, uvjerenja, ciljeve i vrijednosti (Nihira, Weisner i Bernheimer, 1994). Procjena interakcije djece i osoba koje su bliske djetetu, što uključuje roditelje, braću, sestre, terapeute i vršnjake, također treba biti važan dio priprema za individualizaciju tretmana. A u skladu s ekološkim pristupom razvojne psihopatologije i širi društveni kontekst treba biti razmatran. Obitelj djeteta s teškoćama treba dodatnu podršku i razumijevanje okoline što su pokazala brojna istraživanja. Aktivna uloga roditelja/staratelja u primjeni tretmana je preporučena komponenta za efikasnost (Ingersoll, Dvortcsak, 2006). Istraživanja ovog područja

tek su u začecima. Mnogi faktori kao što su: etnička pripadnost, kultura, bračni status, stavovi o roditeljstvu, dob roditelja, stupanj obrazovanja, socio – ekonomski status i mnogi drugi faktori mogu utjecati na pristup tretmanu i/ili na njegovo provođenje u obiteljskom okruženju. Istraživanje Yodera i Warrena (1998) pokazalo je da će djeca responzivnijih i educiranijih roditelja imati više koristi od specifičnog tretmana, dok će djeca čiji roditelji nemaju te karakteristike imati više dobrobiti od rada u malim grupama.

Kao što je već navedeno, stupanj stresa u obitelji djeteta s autističnim poremećajem je također važan faktor koji utječe na stavove i primjenu tretmana od strane roditelja/skrbnika (Stahmer, Schreibman, Cunningham, 2010). Ukoliko je taj stres previsokog intenziteta kliničar se treba prvenstveno usmjeriti na potrebe roditelja, pomoći im u razvijanju adekvatnih strategija i tek nakon reduciranja stresa aktivno ih uključiti u tretmanski postupak koji se primjenjuje s djetetom.

Spol roditelja također može biti važan faktor u tretmanu. U tretman su najčešće uključene majke, mada su neka istraživanja pokazala da i uključivanje očeva može biti vrlo korisna strategija u radu s djecom koja prezentiraju nepoželjna ponašanja ili imaju veće teškoće u ponašanju sa ciljem smanjenja frekvencije takvih ponašanja (Webster – Straton, 1985).

Kvalitetna suradnja između terapeuta i roditelja također je važan faktor uspješnosti tretmana. Brookman – Frazee (2004) utvrdili su da takva suradnja smanjuje stres kod roditelja i jača njihovo samopouzdanje što se pozitivno odražava na pristup i provođenje tretmana s djecom.

Procjena kapaciteta obitelji za uključivanje u tretman također je važan element za procjenu mogućnosti i razine suradnje. Forehand i Kotchick (2002) sastavili su vodič za procjenu individualnih obiteljskih varijabli koje bi mogle utjecati na tretman sa ciljem pomoći kliničarima da utvrde koji stupanj uključivanja je najbolji za pojedinu obitelj, tj. roditelje. Autori govore o četiri stupnja uključivanja:

- 1) obitelj dobro funkcionira; edukacija roditelja može biti dovoljna u rješavanju bilo kojeg problema
- 2) funkcioniranje obitelji je narušeno i to može utjecati na tretman djeteta, potrebna je edukacija roditelja; ali i pružanje pomoći vezano uz druge probleme obiteljskog funkcioniranja
- 3) teškoće u funkcioniranju obitelji su evidentne; uz edukaciju roditelja vezano uz tretman djeteta potrebno je osigurati podršku i savjetovanje u nekoj vanjskoj ustanovi

- 4) teškoće u funkcioniranju obitelji su ozbiljne i izražene; potrebno je ohrabriti roditelje da potraže pomoć u rješavanju teškoća prije aktivnog uključivanja u tretman djeteta.

Stručnjaci imaju i određenu odgovornost da pomognu roditeljima u stvaranju pozitivnijih očekivanja u smislu vlastite uloge u tretmanu što povećava i njihov osjećaj samoefikasnosti. Pri tome treba biti oprezan da roditelji ne bi stekli dojam da je sporije napredovanje djeteta isključivo njihova odgovornost, već da ovisi o brojnim faktorima od izbora tretmana, uvjeta provođenja, karakteristika djeteta, djetetovih snaga i slabosti i sl. Važno je znati i očekivanja roditelja, što omogućava kliničarima da bolje individualiziraju tretman u skladu s uvjetima i načinom života obitelji (Stahmer i sur., 2010).

Heterogenost i razvojna priroda poremećaja čini malo vjerojatnim da će jedan specifični tretman, bilo koje bazične struje, biti najučinkovitiji za svu djecu s autizmom (Stahmer i sur., 2010). Međutim i sama individualizacija programa vrlo je zahtjevan postupak. Istraživane su različite varijable koje se odnose na karakteristike djeteta koje mogu imati utjecaj medijatora i moderatora tretmana: kvocijent inteligencije prije ulaska u tretman, dob djeteta, razina inicijative u socijalnim situacijama, strukturalne promjene centralnog nervnog sustava i druge (Virues-Ortega, Rodríguez, Yua, 2013). Rane govorno – jezične vještine i razina kognitivnih sposobnosti pokazale su se najснаžnijim prediktorima cjelokupne prognoze tretmana djece s autističnim spektrom poremećaja (Howlin i sur., 2004). Standardizirani komunikacijski rezultat i kvocijent neverbalne inteligencije kod djece od 3 godine prediktor je kasnijih govornih sposobnosti (Thurm, Lord, Lee, Newschaffer, 2007). Kao važni prediktori tretmana pokazali su se i rana socijalna ponašanja kao što su združena pažnja, imitacija i igra (Thurm, i sur., 2007). Suvremenija istraživanja bave se i utvrđivanjem varijabli koje bi mogle diferencijalno predvidjeti odgovor djeteta na terapiju, a time i omogućiti bolji izbor terapije za svako pojedino dijete (Stahmer i sur., 2010).

Prema nekim autorima potrebno je visoka razina znanja i razumijevanja na koji način su specifičnosti koje se odnose na dijete i njegovu obitelj prije tretmana povezane s različitim mogućim ishodima nakon primjene tretmana (Stahmer i sur., 2010).

Kombiniranje pristupa na sistematski način jedna je od mogućnosti koja može uključivati: upotrebu više od jedne intervencije varirajući vrijeme primjene pojedine intervencije, kombinaciju intervencija u novi pristup ili varirajući koja intervencija će biti korištena ovisno o vještini na koju smo usmjereni. Neki integrativni pristupi usmjereni su variranje stupnja podrške koji je djetetu potreban da usvoji neku vještinu, a ne toliko na kombiniranje različitih intervencija. Takav je Alexa's PLAYC inkuzivni program koji

kombinira bihevioralne i razvojne tehnike a započinje rad s djecom u uvjetima minimalne strukturalne podrške. Ukoliko dijete ima teškoća s ovim načinom vođenja, uvode se strukturiranije metode (vizualna podrška, strukturirane bihevioralne tehnike). Podrška se gasi što je prije moguće da bi se osiguralo što više neovisnosti, generalizacije i održavanja nove vještine. Navedeni inkluzivni program u jednom je istraživanju pokazao veliki napredak djece u razvojnom stupnju, adaptivnom ponašanju i komunikaciji (Stahmer i sur., 2010).

Suvremena istraživanja učinaka tretmana autizma ističu važnost rane intervencije, tj. početka tretmana prije 4. godine života djeteta (Stahmer i sur., 2010). Takav pristup ima svoje opravdanje i u razvoju mozga. Međutim postoje velika neslaganja vezana uz okolnosti provođenja nekog rano interventnog programa. Pitanje oko kojeg postoji najveća dilema je: provođenje tretmana u kući ili u okruženju vršnjaka? Mada se većina istraživača i kliničara slaže da za djecu s autizmom boravak u skupini vršnjaka može biti vrlo poticajan, pitanje je kada je za to pravo vrijeme u predškolskom periodu ili kasnije. Individualni tretmana i boravak u malim grupama, prema nekim autorima je najbolji način pripreme za potpunu integraciju (Stahmer i sur., 2010).

Zaključno možemo reći pri izboru tretmana za pojedino dijete s poremećajima iz autističnog spektra praktičar treba poznavati različite interventne i terapijske pristupe, njihovu znanstvenu pouzdanost i valjanost kao i potvrđene učinke rada u svakodnevnoj praksi. Izbor intervencije ili tretmana treba se bazirati na individualnim karakteristikama djeteta što podrazumijeva dob i razvojni status djeteta iz svih područja. Procjena kapaciteta obitelji za uključivanje u tretman, upoznavanje s obiteljskim rutinama, vrijednostima i uvjerenjima važan je korak u utvrđivanju tretmana. Poznavanje obiteljskog okruženja i kulture bliske djetetu također se ubraja u potrebne informacije pri individualizaciji tretmanskog pristupa. Najvažnije načelo koje treba primijeniti i koje su potvrdila istraživanja vezana uz različite tretmanske pristupe je da je tretman potrebno započeti što ranije, što intenzivnije ga provoditi, uz što veću razinu uključenosti i kvalitetniju međusobnu suradnju stručnjaka, članova obitelji i cjelokupnog prirodnog okruženja djeteta.

## 5. LITERATURA:

- Aldred, C., Green, J., & Adams, C. (2004). A new social communication intervention for children with autism: Pilot randomized controlled treatment study suggesting effectiveness. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 45, 1420–1430.
- American Psychiatric Association (2013). Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. <http://www.psych.org/practise/dsm/dsm5> (13.8.2015.)
- Američka psihijatrijska udruga (1996). Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje DSM – IV. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Američka psihijatrijska udruga (2014). Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje DSM – V. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91–97.
- Bettelheim, B. (1967). *The empty fortress: Infantile autism and the birth of self*. New York: Free Press.
- Bosch, S., & Fuqua, R. (2001). Behavioral cusps: A model for selecting target behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34, 123–125.
- Bregman, J.D., Zager, D., Gerdtz, J. (2005). *Behavioral Interventions*. U: Volkman, F.R., Paul, R., Klin, A., Cohen, D. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. Hoboken, NJ, US: John Wiley and Sons Inc.
- Brookman – Frazee, L. (2004). Using parent/clinician partnership in parent education programs for children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*. 6, 195 – 213.
- Bujas Petković, Z., Frey Škrinjar, J., Hranilović, D., Divčić, B., Stošić, J. (2010). *Poremećaji autističnog spektra: značajke i edukacijsko rehabilitacijska podrška*. Zagreb: Školska knjiga.

- Cameron, W.B. (1963). *Informal Sociology: A Casual Introduction to Sociological Thinking* – <http://quoteinvestigator.com/2010/05/26/everything-counts-einstein/>
- Carr, E., & Durand, V. (1985). Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18, 111–126.
- Carr, D., & Felce, J. (2007). Increase in production of spoken words in some children with autism after PECS teaching to phase III. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 780–787.
- Carr, D., & Felce, J. (2007b). The effects of PECS teaching to phase III on the communicative interactions between children with autism and their teachers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 724–737.
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K.S., et al. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49(2), 5-18.
- Charman, D. & Barkham, M. (2005). Psychological treatments: Evidence – based Practice and Practice – based Evidence. In *Psych*, Australian Psychological Society (December).
- Charlop – Christy, M.H., Carpenter, M. H. (2000). Modified incidental teaching sessions: a procedure for parents to increase spontaneous speech in the children with autism. *Journal of positive behavioral interventions*, 2 (2), 98 – 112.
- Charlop – Christy, M.H., Le. L., Freeman, K.A. (2000). Comparison of video modeling with in vivo modeling for teaching children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 537 – 552.
- Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Geenson, J., Donaldson, A., Varley, J. (2014). Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers With Autism: The Early Stars Denver Model. *Pediatrics*, 125, 1, 17 – 29.
- Drash, P., High, R. & Tudor, R. (1999). Using mand training to establish an echoic repertoire in young children with autism. *The Analysis of Verbal Behaviour*, 16, 29 – 44.

- Durand, V.M., Crimmins, D., Caulfield, M. & Taylor, J. (1989). Reinforce assessment I: Using problem behavior to select reinforcers. *Journal of the association for Persons with Severe Handicaps*, 14, 113 – 126.
- Escalona, A., Field, T., Singer, Strunck, R., Cullen, C., & Hartshorn, K. (2001). Brief report: Improvements in the behavior of children with autism following massage therapy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 513 - 516.
- Ferraioli, S.J., Harris, S.L. (2011). *Treatments to Increase Social Awareness and Social Skills*. U: B. Reichow, P. Doehring, D.V.Cicchetti, F.R.Volkmar (Ur.), *Evidence – based Practices and Treatments for Children with Autism* (str. 93-169). New York: Springer.
- Folsten, S., Rutter, M. J. (1977). Infantile autism: A genetic study of 21 twin pairs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 297 – 321.
- Forehand, R., Kotchick, B.A. (2002). Behavioral parent training : current challenges and potential solutions. *Journal of Child and Family Studies* 11, 377 – 384.
- Foster, E. (2015). Rivals or roommates? The relationship between evidence-based practice and practice-based evidence in studies of Anorexia Nervosa. *Counseling Psychology Review*, Vol.30, No.4, December 2015.
- Frost, C. (2012). Humanism vs. the Medical Model – can pluralism bridge the divide for counselling psychologists? A trainee’s perspective. *Counselling Psychology Review*, 27(1), 53–63.
- Frost, L., & Bondy, A. (1994). *The picture exchange communication system training manual*. Cherry Hill, NJ: Pyramid Educational Consultants.
- Fulton, E., Eapen, V., Črnčec, R., Walter, A., Rogers, S. (2014). Reducing maladaptive behaviors in preschool – aged children with autism spectrum disorder using the Early Stars Denver Model. *Frontiers in Pediatrics*, 2, 40, 71 – 86.



- Ganz, J., & Simpson, R. (2004). Effects on communicative requesting and speech development of the picture exchange communication system in children with characteristics of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34,395–409.
- Glassberg, B., LaRue, R. H. (2006). *Functional Behavior Assessment for People With Autism: Making Sense of Seemingly Senseless Behavior*. Bethesda: Woodbine House.
- Green, E. (2013). Learning Experience an Alternative Program for Preschoolers and Parents (LEAP). U: Volkman, F.R. (ur.) *Encyclopedia of Autism spectrum Disorders*. (str. 1724 - 1729). New York: Springer.
- Green, G.(1995). *Early Behavioral intervention for Autism: What does Research Tell Us?* U: Maurice, C. *Behavioral Intervention for Young Children with Autism*, Austin, Texas, Pro-ed.
- Greenspan, S.I., Wieder S. (1997). Developmental Patterns and Outcomes in Infants and Children with Disorders in Relating and Communicating: A Chart Review of 200 Cases of Children with Autistic Spectrum Diagnoses, *Journal of Developmental and Learning Disorders*, 1,87 – 141.
- Greenspan, S.I., Wieder S. (2006). *Engaging Autism: Using the Floortime approach to helping Children relate, Communicate and Think*. Perseus Books.
- Greenspan, S.I., Wieder, S., Simons, R. (2003). *Dijete s posebnim potrebama: Poticanje intelektualnog i emocionalnog razvoja*. Lekenik: Ostvarenje.
- Grofer Klinger, L., Dawson, G., Renner, P. (2003). *Autistic Disorder*. U: E.J. Marsh, R. A. Barkley (Ur.), *Child Psychopathology* (str. 409-454). New York: The Guilford Press.
- Hanley, G., Iwata, B.A. & Thompson, R.H. (2001). Reinforcement schedule thinning following treatment with functional communicating training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34, 17–38.

- Hanley, G., Iwata, B.A. & McCord, B. (2003). Functional analysis of problem behavior: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 147–185.
- Haring, T., Kennedy, C., Adams, M., & Pitts-Conway, V. (1987). Teaching generalization of purchasing skills across community settings to autistic youth using videotape modeling. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20, 89–96.
- Harper, C.B., Symon, J.B.G., & Frea, W.D.(2008). Recess is time-in: using peers to improve social skills of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 815 –826.
- Harris, S.L., Delmolino, L. (2002). Applied Behavior Analysis: Its Application in the Treatment of Autism and Related Disorders in Young Children. *Infants & Young Children: An Interdisciplinary Journal of Special Care Practices*, 14,3,11 – 18.
- Howlin, P., Goode, S., Hutton, J., Rutter, M. (2004). Adult outcomes for children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 212 – 229.
- Hung, D. (1977). Generalization of ‘curiosity’ questioning behavior in autistic children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 237–245.
- Hung, D. (1980). Training and generalization of yes and no as mands in two autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10, 139–152.
- Ingersoll, B., & Gergans, S. (2007). The effect of a parent implemented imitation intervention on spontaneous imitation skills in young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 163–175.
- Ingersoll, B., Dvortcsak, A. (2006). Including parent training in the early childhood special education curriculum for children with autism spectrum disorder. *Journal of Positive Behavior Interventions*. 8, 79 – 87.

- Ingersoll, B., Lewis, E., & Kroman, E. (2007). Teaching the imitation and spontaneous use of descriptive gestures in young children with autism using a naturalistic behavioral intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1446–1456.
- Ingersoll, B., & Schreibman, L. (2006). Teaching reciprocal imitation skills to young children with autism using a naturalistic behavioral approach: Effects on language, pretend play, and joint attention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 487–505.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217 – 250.
- Kaufmann, W.E. (2012). DSM-5. The New Diagnostic Criteria for Autism Spectrum Disorders <http://www.autismconsortium.org/symposium-files/WalterKaufmannAC2012Symposium.pdf> (13.8.2015.).
- Koegel, R. L., Bimbela, A., & Schreibman, L. (1996). Collateral effects of parent training on family interactions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 347–359.
- Krantz, P., & McClannahan, L. (1993). Teaching children with autism to initiate to peers: Effects of a script-fading procedure. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 121–132.
- Laushey, K.M., Heflin, L.J. (2000), Enhancing social skills of kindergarten children with autism through the training of multiple peers as tutors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 183 – 193.
- Lee, S., Odom, S. L. & Loftin, R. (2007). Social engagement with peers and stereotypic behavior of children with autism. *Journal of Positive Behavior interventions*, 9, 67 – 79.
- Lord, C., & Schopler, E. (1994). TEACCH services for preschool children. U: S. L. Harris & J. S. Handleman (ur.), *Preschool education programs for children with autism* (pp. 87–106). Austin, TX: Pro-Ed.
- Lovaas, O. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3 – 9.

- Lovaas, O., Koegel, R., Simmons, J., & Long, J. (1973). Some generalization and follow up measures on autistic children in behavior therapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6,131–165.
- Matson, J. L., & Smith, K. R. M. (2008). Current status of intensive behavioral interventions for young children with autism and PDDNOS. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2, 60–74.
- McConachie, H., Randle, V., Hammal, D., & Le Couteur, A. (2005). A controlled trial of a training course for parents of children with suspected autism spectrum disorders. *Journal of Pediatrics*, 147, 335 - 340.
- McEachin, J., Smith, T., & Lovaas, O. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 359–372.
- Mesibov, G. B., Shea, V., & Schopler, E. (2004). *The TEACCH approach to autism spectrum disorders*. New York, NY: Springer.
- Minshawi, N.F., Ashby, I. and Swiezy N. ( 2009). Adaptive and Self – Help Skills. U: Matson, J. L.(ur.) *Applied Behavior Analysis for Children with Autism Spectrum Disorders*. (str. 191 - 208) New York: Springer.
- Naoi, N.( 2009). Intervention and treatment Methods for Children with Autism Spectrum Disorder. U: Matson, J. L.(ur.) *Applied Behavior Analysis for Children with Autism Spectrum Disorders*. New York: Springer.
- Nihira, K., Weisner, T.S., Bernhiemer, L.P. (1994). Ecocultural assessment in families of children with developmental delays: construct and concurrent validates. *American journal on Mental Retardation*, 98, 551 – 566.

- Nuzzolo-Gomez, R., & Greer, R. (2004). Emergence of untaught mands and tacts of novel adjective-object pairs as a function of instructional history. *The Analysis of Verbal Behavior*, 20, 63–76.
- Odom, S. L., Collet – Klingenberg, Rogers, S.J. and Hatton, D.D. (2010). Evidence – Based Practices in Interventions for Children and Youth with Autism Spectrum Disorders. *Preventing School Failure*, 54(4), 275-282.
- Odom, S.L., Boyd, B.A., Hall, L.J., Hume, K. (2010b). Evaluation of Comprehensive Treatment Models for Individuals with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 40: 425 – 436.
- Ozonoff, S., & Cathcart, K. (1998). Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 25–32.
- Panerai, S., Ferrante, L., & Zingale, M. (2002). Benefits of the TEACCH programme as compared with a non-specific approach. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 318–327.
- Pierce, K., & Schreibman, L. (1995). Increasing complex social behaviors in children with autism: Effects of peer-implemented pivotal response training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28, 285–295.
- Prelock, P.A. (2006). *Autism spectrum disorder: Issues in assessment and intervention*. Austin, TX: Pro- Ed.
- Prelock, P.A., Paul, R., Allen, E.M. (2011). *Evidence – Based Treatments in Communication for Children with Autism Spectrum Disorders*. U: B. Reichow, P. Doehring, D.V.Cicchetti, F.R.Volkmar (Ur.), *Evidence – based Practices and Treatments for Children with Autism* (str. 93-169). New York: Springer.
- Prizant, B.M., Wetherby, A.M., Rubin, E., Laurent, A.C. (2003). The SCERTS model: A transactional, family – centered approach to enhancing communication and socio

- emotional abilities of children with autism spectrum disorder. *Infants and Young Children*, 16 (4), 296 – 316.
- Prizant, B.M., Wetherby, A.M., Rubin, E., Laurent, A.C., Rydell, P.J. (2006). *THE SCERTS Model: Volume I Assessment; Volume II Program Planning and Intervention*. Baltimore, MD: Brookes Publishing.
- Reichow, B., Volkmar, F.R. (2011). *Evidence – Based Practices in Autism: Where We Started*. U: B. Reichow, P. Doehring, D.V.Cicchetti, F.R.Volkmar (Ur.), *Evidence – based Practices and Treatments for Children with Autism* (str. 3-24). New York: Springer.
- Reichow, B. & Wolery, M. (2009). Comprehensive synthesis of early intensive behavioral interventions for young children with autism based on UCLA young autism project model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 23 – 41.
- Renschmidt, H. (2009). *Autizam*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Rimland (1964). *Infantile autism : The syndrom and its implications for a neural theory of Behaviour*. New York: Appleton–Century-Crofts.
- Ringdahl, J.E., Kopelman, T. and Falcomata. T.S. (2009). *Applied Behavior Analysis and Its Application to Autism and Autism Related Disorders*. U: Matson, J. L.(ur.) *Applied Behavior Analysis for Children with Autism Spectrum Disorders*. New York: Springer.
- Rogers, S. J., Dawson, G. (2010). *Early Start Denver Model for Young Children with Autism: Promoting Language, Learning & Engagement*. New York – London: The Guilford Press.
- Rogers, S. J., Hall, T., Osaki, D., Reaven, J., & Herbison, J. (2000). The Denver Model: A comprehensive, integrated educational approach to young children with autism and their families. In J. Handleman & S. Harris (Eds.), *Preschool education programs for children with autism* (2nd ed., pp. 95-135). Austin, TX: PRO-ED.

- Rogers, S., & Vismara, L. (2008). Evidence-based comprehensive treatments for early autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*, 8–38.
- Rogers-Warren, A., & Warren, S. (1980). Mands for verbalization: Facilitating the display of newly trained language in children. *Behavior Modification, 4*, 361–382.
- Schopler, E., Reichler, R. (1971). Parents as co – terapists in the treatment of psychotic children. *Journal of Autism and childhood schizophrenia, 1*, 87 – 102.
- Sherer, M., Pierce, K. L., Parades, S., Kisacky, K. L., Ingersoll, B., & Schreibman, L. (2001). Enhancing conversation skills in children with autism via video technology: Which is better, “self” or “other” as a model. *Behavior Modification, 25*, 140–158.
- Simpson, R.L. (2005). Evidence – Based Practice and Students With Autism Spectrum Disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 20*, 140 – 149.
- Seitler, B.N. (2011). Intricacies, Complexities and Limitations of Research on Autism treatments: An Examination of Seven Treatment Approaches. *Ethical Human Psychology and Psychiatry, 13,2*, 155 – 168.
- Smith, T. (2001). Discrete trial training in the treatment of autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 16*, 86–92.
- Sperry, L., Neitzel, J., & Engelhardt-Wells, K. (2010). Peer-mediated instruction and intervention strategies for students with autism spectrum disorders. *Preventing School Failure, 54*, 256 -264.
- Stahmer, A. (1999). Using pivotal response training to facilitate appropriate play in children with autistic spectrum disorders. *Child Language Teaching and Therapy, 15*, 29–40.
- Stahmer, A.C., Schreibman, L., Cunningham, A.B. (2010). Toward a technology of treatment individualization for young children with autism spectrum disorders. *Brain research 1380*, 229 – 239.

- Stošić, J. (2008). Bihevioralni pristup u sprečavanju i uklanjanju nepoželjnih oblika ponašanja i podučavanju djece s autizmom predškolske dobi. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, Vol 44, br. 2, str.99 – 110.
- Stošić, J. (2009). Primijenjena analiza ponašanja i autizam – vodič kroz terminologiju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, Vol 45, br. 2, str.69 – 80.
- Strain, P.S. (2001). Empirically based social skill intervention: A case for quality-of-life improvement. *Behavioral Disorders*, 27(1), 30 – 36.
- Škrinjar, J., Teodorović, B. (1997). Modifikacija ponašanja u radu s osobama s većim teškoćama u učenju. *Defektološka biblioteka, Stručni niz Knjiga 13*. Izd. Edukacijsko – rehabilitacijski Fakultet; Hrvatsko društvo defektologa.
- Thurm, A., Lord, C., Lee, L.C., Newschaffer, C. (2007). Predictors of language acquisition in preschool children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1721 – 1734.
- Virues – Ortega, J., Julio, F. M., Pastor – Barriuso, R. (2013). The TEACCH program for children and adults with autism: a meta – analysis of intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 33, 940 – 953.
- Virues-Ortega, J. Rodríguez, V., Yua, C.T. (2013). Prediction of treatment outcomes and longitudinal analysis in children with autism undergoing intensive behavioral intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 13, 91–100.
- Volkmar, F.R., Reishow, B., Doering, P. (2011). Evidence – Based Practices in Autism: Where We Are Now and Where We Need to Go. U: B. Reichow, P. Doehring, D.V.Cicchetti, F.R.Volkmar (Ur.), *Evidence – based Practices and Treatments for Children with Autism* (str. 365 - 390). New York: Springer.
- Vulić – Prtorić, A. (2001). Razvojna psihopatologija: “Normalan razvoj koji je krenuo krivim putem”. *RFFZd* 40 (17), 161 – 186.



- Watkins, L. T., Sprafkin, J. N., & Krolikowski, D. M. (1993). Using videotaped lessons to facilitate the development of manual sign skills in students with mental retardation. *Augmentative and Alternative Communication, 9*, 177–183.
- Webster – Straton, C. (1985). Predictors of treatment outcomes in parent training for conduct disordered children. *Behavior Therapy, 16*, 223 – 243.
- Weiss, M.J., LaRue, R.H., Newcomer, A. (2009). *Social Skills and Autism: Understanding and Addressing the Deficits* U: Matson, J. L.(ur.) *Applied Behavior Analysis for Children with Autism Spectrum Disorders*. New York: Springer.
- Whalen, C., & Schreibman, L. (2003). Joint attention training for children with autism using behavior modification procedures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Applied Disciplines, 44*, 456–468.
- Wing, L. (1988). *The continuum of autistic characteristics*. U: Schoper, E., Mesibov G. (ur). *Diagnosis and assessment in autism*. Plenum Press. New York.
- World Health Organisation (2003). *Guidelines for WHO Guidelines. Global Program on Evidence in Health Policy* WHO, Geneva, Switzerland.
- Yoder, P.J., Warren, (1998). Maternal responsivity predicts the prelinguistic communication intervention that facilitates generalized intentional communication. *Journal of Speech Language and Hearing Research, 41*, 1207 – 1219.
- Yokoyama, K., Naoi, N., & Yamamoto, J. (2006). Teaching verbal behavior using the picture exchange communication system (PECS) with children with autistic spectrum disorders. *Japanese Journal of Special Education, 43*, 485–503.
- Young, J., Krantz, P., McClannahan, L., & Poulson, C. (1994). Generalized imitation and response-class formation in children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis, 27*, 685–697.

## 6. PRILOG

Tablica 3

Pregled intervencija i tretmana (kratice, naziv na engleskom jeziku, prijevod naziva na hrvatski jezik)

INTERVENCIJE I TRETMANI - kratice	NAZIV INTERVENCIJA I TRETMANA – engleski jezik	PRIJEVOD NAZIVA INTERVENCIJA I TRETMANA – hrvatski jezik
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children	Tretman i edukacija djece s autizmom i poremećajima socijalne komunikacije
UCLA YAP	The University of California at Los Angeles Young Autism Project model	Projektni model rada s malom djecom Sveučilišta u Kaliforniji, Los Angeles
LEAP	Learning Experiences and Alternative Programs	Iskustva učenja i alternativni programi
PECS	Picture Exchange Communication System	Sustav komunikacije razmjenom slika
ABA	Applied Behavior Analysis	Primijenjena analiza ponašanja
PDN	Discrete Trial Instruction (DTI), odnosno Discrete Trial Training (DTT)	Podučavanje diskriminativnim nalogima
IT	Incidental teaching	Incidentalno (slučajno) podučavanje
MIT	Modified incidental teaching	Modificirana tehnika incidentalnog podučavanja
PRT	Pivotal Response Training	Podučavanje pivotalnih (ključnih) odgovora
FCT	Functional communication training	Funkcionalni komunikacijski trening
	Video modeling	Modeliranje ponašanja gledanjem video materijala
	Social stories	Pričanje priča sa tematikom socijalnih situacija i odnosa
	Peer Buddies	Vršnjačka pomoć
	Peer Initiation Training	Inicijalni vršnjački trening
ESDM	Early Start Denver Model	Rani početak – Denver model
EIBI	Early Intensive Behavioral Intervention	Rana intenzivna bihevioralna intervencija
DIR/Floortime	Developmental, Individual Difference, Relationship – based treatment/ Floortime	Tretman baziran na razvojnoj teoriji, individualnim razlikama i stvaranju odnosa/ Vrijeme za igru na podu
SCERTS	Social Communication, Emotional Regulation, Transactional Support	Socijalna komunikacija, emocionalna regulacija i transakcijska podrška
VB	Verbal behavior	Verbalizacija (verbalno ponašanje)

## ŽIVOTOPIS

Eleonora Glavina rođena je 27. svibnja 1971. godine u Čakovcu gdje je završila osnovnoškolsko i srednjoškolsko obrazovanje. 1992. godine diplomirala je na Filozofskom fakultetu Zagreb, OOUR Pedagogijske znanosti – Odsjek u Čakovcu, na programu studija Predškolskog odgoja, smjer: Odgajatelj predškolske djece. 2000. godine upisuje studij psihologije na Filozofskom fakultetu Zagreb, koji uspješno završava 2006. godine sa diplomskim radom na temu „*Anksioznost i depresivnost kao korelati sociometrijskog statusa u grupi vršnjaka*“.

Radila je u Dječjem centru Čakovec na radnom mjestu odgajatelja od ožujka 1993 – ožujka 1994. godine kada počinje raditi u Knjižnici i čitaonici Čakovec na radnom mjestu višeg knjižničara na Dječjem odjelu knjižnice. Na tom radnom mjestu radi do rujna 2016. godine kada se zapošljava na radnom mjestu kliničkog psihologa u Županijskoj bolnici Čakovec na odjelu Psihijatrijskih djelatnosti na određeno radno vrijeme kao zamjena za roditeljni dopust. Od prosinca 2007. do sada zaposlen je na radnom mjestu stručnog suradnika psihologa u Dječjem vrtiću Cipelica. 2014. godine stekla je status stručnog suradnika psihologa mentora. Radi na poslovima prevencije, dijagnostike, rane intervencije i savjetovanja roditelja, odgajatelja i djece predškolske dobi.

Kao stručni suradnik psiholog sudjelovala je na nekoliko hrvatskih i europskih projekata: *SHIFT* (rana intervencija i integracija djece s teškoćama u predškolski sustav i edukacija i uključivanje roditelja u sustav rada), *Jačanje kompetencija odgajatelja za suradnju s roditeljima (Erasmus +* projekt koji je u tijeku) i drugi. Objavila je nekoliko znanstvenih i stručnih radova i imala desetak priopćenja i radionica na domaćim i međunarodnim stručnim i znanstvenim skupovima.

Sudjelovala je na brojnim edukacijama vezanim za primjenu psihodijagnostičkih mjernih instrumenata (MMPI – 2, WICS – IV, Bayley 111...) i edukacijama za provođenje ciklusa radionica za roditelje (ACT, *Rastimo zajedno*). Završila je *Praktikum iz bihevioralno kognitivnih terapija I*. Ima status *Marte Meo* praktičara.

Članica je *Hrvatskog psihološkog društva*, *Hrvatske psihološke komore*. Osobito ističe svoje članstvo i aktivnost u *Udruzi odgajatelja Međimurske županije Krijesnice*, u OMEP – u Hrvatska (organizacije koja se bavi svim aspektima odgoja i obrazovanja u ranom djetinjstvu), u *Udruzi za integraciju djece s teškoćama u razvoju u predškolski sustav Prvi korak* u MURID – u, *Međimurskoj udruzi za ranu intervenciju u djetinjstvu*. U organizaciji navedenih udruga često aktivno sudjeluje kao predavač ili voditelj radionica na stručnim skupovima sa ciljem edukacije odgajatelja i osobnih pomagača djeci s teškoćama u razvoju u predškolskim

ustanovama iz područja ranog razvoja, razvojne psihopatologije, rane intervencije, integracije djece s teškoćama rane i predškolske dobi u redovni sustav odgoja i obrazovanja i rada s roditeljima.