

Univerzitet u Sarajevu

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

**PRILAGODBA RODITELJA DJECE SA POREMEĆAJEM IZ SPEKTRA
AUTIZMA**

Završni magistarski rad

Student:

Emela Dervović

Mentor:

Doc.dr. Đenita Tuče

Sarajevo, 2020.

Sadržaj:

1. UVOD.....	1
2. AUTIZAM.....	2
2.1. Historija autizma.....	3
2.2. Epidemiologija.....	4
2.3. Etiologija i faktori rizika.....	4
2.4. Klinička slika	5
2.5. Dijagnostički kriterij prema DSM-5	6
3. PODJELA POREMEĆAJA SPEKTRA AUTIZMA	8
3.1. Infantilni autizam	8
3.2. Atipični autizam.....	8
3.3. Dezintegrativni poremećaj	9
3.4. Visoko funkcionalni autizam	9
3.5. Sličnosti i razlike između Aspergerovog sindroma i autizma	10
4. PRILAGODBA RODITELJA	11
4.1. Razlika u prilagodbi između očeva i majki	15
4.2. Otpornost roditelja	16
4.3. Roditelji kao terapeuti	17
5. INTERVENCIJE	18
5.1. Psihoedukacija	21
5.2. Program za djecu školske i predškolske dobi	22
5.3. Porodični pristup usmjeravanju	23
5.4. Bihevioralna terapija.....	24
5.5. Ostali programi	25
5.6. Okupaciona terapija	25
5.7. Neurofeedback i autizam	26
5.8. Muzikoterapija	27
6. ZAKLJUČAK.....	30
7. LITERATURA	31

PRILAGODBA RODITELJA DJECE SA POREMEĆAJEM IZ SPEKTRA AUTIZMA

Emela Dervović

Sažetak:

Autizam predstavlja neurodegenerativni poremećaj akcentiran genetičkom predispozicijom, koji se manifestuje kroz socijalni deficit, agresivno ponašanje, te ponavljajući repertoar određenih aktivnosti. Roditelji igraju krucijalnu ulogu, gdje su majke više orijentisane prema djetetu, dok su očevi prema ekonomskoj skrbi. Majke prilažu najveću žrtvu, zanemarivanje karijere, zatvorenost, pad u depresiju i anksioznost. Postoji čitav niz heterogenih grupacija terapijskih usluga koji su se pokazali afirmativnim u pogledu suzbijanja neželjenih obrazaca ponašanja. U dosadašnjim istraživanjima, bihevioralna terapija se pokazala kao veoma dobar placebo način, gdje je dovela do smanjenja ritualnog i agresivnog ponašanja u kognitivnom razvoju djeteta. Kućna terapija, muzikoterapija, PAP i TEACCH pristup su također imali udio u pozitivnom feedbacku ovog poremećaja, te koji su se opisivali kroz ovaj rad. Sve navedene terapije imaju jedan cilj, a to je pomoći i ublažiti određenu simptomatiku autizma i omogućiti roditeljima i djetetu da se lakše nose s takvim izazovom, te minimizirati negativne aspekte poput agresivnosti, samoozljeđivanja, ružnih gestikulacijskih i facijalnih ekspresija.

Ključne riječi: djeca sa poremećajem iz spektra autizma, roditeljski stres, prilagodba roditelja, intervencije

1. UVOD

Autistični poremećaj predstavlja globalni razvojni poremećaj koji počinje u djetinjstvu, većinom se javlja u prve tri godine života, zahvata gotovo sve psihičke funkcije i traje cijeli život. Karakteriziran je oštećenjem većeg broja razvojnih područja: socijalne interakcije i komunikacije, javljanje stereotipnih oblika ponašanja, interesa ili aktivnosti.

Osnovni simptomi poremećaja su nedostatak emocionalnih odgovora prema ljudima i stvarima, nedostatak verbalne i neverbalne komunikacije, osobito poremećaj u razvoju govora, bizarnosti u ponašanju i stereotipije. Poremećaji se manifestiraju u ranom djetinjstvu i nisu izlječivi.

Autizam određujemo prvenstveno kao razvojni poremećaj, a njegova prezentacija mijenja se ovisno o dobi i životnom iskustvu. Prevalencija u dječaka je 4 puta veća nego u djevojčica. Poremećaj je nađen na svim razinama inteligencije, međutim 70-80% slučajeva funkcionira na značajno nižoj razini intelektualnog i adaptivnog funkcioniranja.

Roditelji prvenstveno trebaju biti upoznati sa svim informacijama vezanim za poremećaje iz autističnog spektra kako bi pružili neophodnu svakodnevnu skrb djeci, koja dovodi do poticanja normalnog razvoja djeteta u svim područjima života, zatim samostalnosti, socijalizacije i smanjenje neželjenih oblika ponašanja.

Cilj ovog rada je da se na temelju dosadašnjih teorijskih i empirijskih spoznaja odgovori na sljedeća pitanja:

1. Koja su opšta obilježja djece s poremećajem iz spektra autizma?
2. Kakav je proces prilagodbe roditelja djece sa poremećajem iz spektra autizma i kakve su uobičajne strategije suočavanja roditelja?
3. Koje su se terapijske intervencije pokazale efikasnim u radu s roditeljima djece iz spektra autizma?

2. AUTIZAM

Autizam je skupina poremećaja koje obilježavaju kvalitativne abnormalnosti uzajamne interakcije i obrazaca komunikacije kao i ograničen, stereotipan, ponavljajući repertoar interesa i aktivnosti. Ove kvalitativne abnormalnosti osnovno su funkcionalno obilježje osoba s autizmom, koje se po svojoj izraženosti razlikuju od osobe do osobe (Ljubičić i sar., 2014).

Opis autističnog poremećaja odnosi se na izraz koji se koristi u trenutnom Priručniku za dijagnostiku i statistiku (DSM- 5 (2014)) – koji koristi dvanaest dijagnostičkih kriterija razvrstanih u tri područja:

- oštećenja socijalnih interakcija;
- oslabljena komunikacija i ograničeni ponavljajući i stereotipni obrasci ponašanja;
- interesa i aktivnosti.

Rana identifikacija ima brojne prednosti za dijete i roditelje. To uključuje (Bryson i sar., 2003):

- dijagnostiku;
- informacije o obrazovanju i podršci;
- pristup ciljanim socijalnim, komunikacijskim i bihevioralnim intervencijama;
- identifikacija komorbidnih medicinskih, razvojnih i psihijatrijskih stanja.

Rana identifikacija djetetovog profila snage i poteškoće, s prilikama za poduzimanje odgovarajućih i ciljanih intervencija, vjerojatno će umanjiti rizik od dodatnih sekundarnih poteškoća u ponašanju i tako pomoći djetetu da maksimizira svoje buduće potencijale (Bryson i sar., 2003).

Prema Charman i Baird (2002) koji su pregledali nekoliko studija procijenili su da stabilnost dijagnoze kreće od druge godine života. Konsenzus ovih studija je da je dijagnoza dječjeg autizma (osnovni autizam) stabilna u trećoj, pa čak i drugoj godini života.

Dijagnoza šireg raspona poremećaja iz spektra autizma je manje pouzdana, što sugerira da, iako je rana dijagnoza važna, može biti prikladno razdoblje kontinuiranog praćenja i promatranja. Dijagnostička nesigurnost, međutim, ne bi trebala isključiti dijete iz ranih socijalnih i komunikacijskih intervencijskih programa (Charman i Baird, 2002).

2.1. Historija autizma

Latinsku riječ *autismus* prvi je upotrebio švicarski psihijatar Eugen Bleuler 1910. godine dok je definirao simptome šizofrenija. Autizam dolazi od grčke riječi *autos* što znači sebstvo, a koristi se za značenje morbidnog samodivljenja, pozivajući se na uslove u kojima je osoba uklonjena iz socijalne interakcije. Dva su važna pionira u dijagnostici i prepoznavanju autizma Leo Kanner i Hans Asperger (Chown, 2012).

Prvi dijagnostički statistički priručnik iz 1952. godine je kategorizirao autizam kao dječji podtip šizofrenije. Autizam je u početku naveden kao oblik šizofrenije u djetinjstvu. Nije zvanično odvojen od šizofrenije do 1980. kada je označen kao infantilni autizam u DSM-5. Klinička definicija autizma se opet promijenila 1994. godine u pervazivni razvojni poremećaj i dodan je Aspergerov sindrom. Vremenom je DSM-5 autizam evoluirao u dijagnostički spektar objavljen 2013. (Cook i Willmerdinger, 2015).

Identificirana su četiri obrasca ponašanja i sposobnosti kod djece i to: nedostatak empatije, malo sposobnosti za formiranje prijateljstva, jednostrani razgovori i nespretni pokreti. Po njemu je ovaj poremećaj nazvan Aspergerov sindrom (Vatanoglu-Lutz i sar., 2014).

2.2. Epidemiologija

U epidemiološkim studijama rađenim u 1960-ima, postotak autizma obično je bio određen na osnovu ozbiljnog poremećaja jezika, socijalne interakcije i ponašanja. Takvi slučajevi, poznati kao "klasični autizam", imali su stopu prevalencije 4/10 000. Te se stope mijenjaju promijenljivim dijagnostičkim kriterijumima, kao i povećanom sviješću roditelja i stručnjaka o razvojnim problemima (Tidmarsh i Volkmar, 2003).

Autizam se javlja češće kod dječaka nego djevojčica, s omjerom muškaraca i žena 4:1. Razlozi ovog povećanja uključuju širu svijest javnosti o tim problemima, proširenje dijagnostičkih koncepata, reklasifikacija poremećaja i poboljšana detekcija (Faras i sar., 2010).

2.3. Etiologija i faktori rizika

Tačan uzrok autizma još uvijek nije poznat. Etiološke teorije su se mijenjale tokom godina. Nekada se mislilo da je rezultat krivog odgoja djece. Ova historijska psihosocijalna teorija je odbačena, jer istraživanja jasno pokazuju da je etiologija multifaktorska s jakim genetskim osnovama (Faras i sar., 2010).

Poremećaji iz spektra autizma su biološki utemeljeni neurorazvojni poremećaji koji su vrlo nasljedni. Pronalaženje tačnog uzroka je zastrašujuće zbog genetske složenosti i fenotipske varijacije. Nasljedni poremećaji su složeni i uključuju više gena koji pokazuju veliku fenotipsku varijaciju. Iako se vjeruje da je autizam genetskog porijekla, faktori iz okoline mogu utjecati na fenotipsku ekspresiju (Johnson i Mayers, 2007).

Brojni su faktori rizika koji su karakteristični za autizam. Neki od faktora mogu biti dob majke i oca. Starost majke u vrijeme začeća i porođaja, te i porođajna težina može biti povezana s povećanim rizikom za dijete koje će razviti poremećaj iz spektra autizma (Duchan i Patel, 2012).

2.4. Klinička slika

Socijalni deficit očituje se na način da predškolska djeca s autizmom obično ne pokazuju interesovanje za drugu djecu, imaju neobičan kontakt očima i manja je vjerovatnoća da će utješiti druge ili podijeliti uživanje. Ako se društveni interes naknadno razvije, problemi i dalje postoje. Kada govorimo o komunikaciji mnoga djeca s autizmom imaju ozbiljna kašnjenja u jeziku. Do 50% nema korisnog govora, a oko 25% ima ozbiljno oštećenje receptivnog i ekspresivnog jezika. Njihov govor je više monolog, nego društveno usmjerena komunikacija. Jezik može sadržavati idiosinkratske elemente kao što su izvrtanje zamjenica (gdje sebe nazivaju „ti“ umesto „ja“), eholalija („parotiranje“ riječi), stereotipni govor (oslanjanje na zalihe fraza) i izmišljene riječi. Izražen je i deficit u neverbalnoj komunikaciji. Imaju problema sa gestikulacijom ili vokalizacijom (Steyn i Le Couteur, 2003).

Djeca s poremećajem iz spektra autizma također mogu pokazati ograničenu sposobnost oponašanja ili uključivanja u društvenu igru i imati značajne teškoće u obliku pretvaranja i spontane maštovite igre. Zajednička igra sa drugom djecom je također često narušena. Treće područje uključuje stereotipno ponašanje koja se odnose na neobična zanimanja, pridržavanje rituala ili rutina, stereotipne pokrete ruku. Neki imaju snažne reakcije na senzacije kao što su dodir, miris i zvuk. Neka djeca su uznemirena i sa manjim promjenama u vlastitoj rutini ili okruženju (Steyn i Le Couteur, 2003).

Jedan od najizazovnijih aspekata u prepoznavanju poremećaja iz spektra autizma je široki heterogeni značaj kod pojedine djece. Nema patognomonskih značajki, međutim, čini se da su neki od ranih socijalnih deficita (npr. odgođena ili odsutna zajednička pažnja) prilično pouzdani znakovi za poremećaje iz spektra autizma. Kašnjenja govora obično potiče roditelje da postanu zabrinuti za djecu. Većina roditelja postaje zabrinuta između 15 i 18 mjeseci, ali mogu odgoditi razgovor nekoliko mjeseci s doktorom svog djeteta o svojim sumnjama (Johnson i Mayers, 2007).

2.5. Dijagnostički kriterij prema DSM-5

Najnovije izdanje DSM-5 (2014) u odnosu na ostale priručnike donio je velike promjene. Promjene se ne odnose samo na dijagnostičke kriterije, već i na broj kategorija, tako da se sada svi navedeni poremećaji svrstavaju u jedinstvenu kategoriju – poremećaji iz autističnog spektra. DSM-5 navodi pet grupa dijagnostičkih kriterija koji se moraju zadovoljiti kako bi se mogla postaviti dijagnoza poremećaja iz spektra autizma.

Dijagnostički kriterij (A) u domeni socijalne komunikacije i socijalne interakcije- ovaj kriterij se očituje kroz postojanje deficita u socijalnoj komunikaciji i interakciji, kroz različite kontekste, koji su bili prisutni kod osobe u ranijoj dobi ili su trenutno izraženi, te se manifestiraju kao:

1. Manjkavost u socio-emocionalnoj uzajamnosti – ovakva manifestacija obuhvata raspon od abnormalnog socijalnog pristupanja i nedostatka “dvosmjerne” komunikacije, kao i oskudnog interesa za zajedničko dijeljenje interesa, do oskudnog reciprociteta u osjećajima ili emocijama, i/ili nedostatku započinjanja i sudjelovanja u socijalnim interakcijama.
2. Odstupanje u neverbalnoj komunikaciji – ovakav obrazac ponašanja se koristi za socijalne interakcije, i to u rasponu od slabe koordinarnosti između verbalne i neverbalne komunikacije, zatim abnormalnosti u kontaktu pogledom kao i govoru tijela te nedostatku u razumijevanju i upotrebi gesti, pa sve do potpunog nedostatka neverbalne komunikacije i izražavanja facijalnih ekspresija.
3. Odstupanje u razvijanju, održavanju kao i razumijevanju odnosa – ovakav obrazac ponašanja se kreće u rasponu od teškoća u prilagodbi ponašanja u zavisnosti od različitih socijalnih konteksta pa sve do poteškoća u djeljenju misaonih igara, zatim stvaranju prijateljstva, te sve do totalnog izostanka interesa prema vršnjacima.

Dijagnostički kriterij (B) u domeni ponašanja, aktivnosti i interesa koji su ograničeni i repetativni obrasci - ovako postojan drugi kriterij se očituje u najmanje dva sljedeća područja, a to su:

1. Stereotipni i ponavljajući motorički pokreti, zatim korištenje govora ili objekata na stereotipni i ponavljajući način kao npr. eholalije, jednostavne stereotipije itd.
2. Ustrajavanje na istovjetnosti, zatim nefleksibilno pridržavanje rutina ili ritualizirani obrasci verbalnog i neverbalnog ponašanja kao npr. burno reagovanje na male promjene, rituali, strogi obrasci mišljenja, iste rute kretanja i jedenje iste hrane.
3. Vrlo fiksirani i ograničeni interesi koji su abnormlani po usmjerenosti ili intenzitetu kao što je velika privrženost nekim neobičnim predmetima, preokupiranost njima i vrlo suženi interesi.
4. Hiperreaktivnost ili hiporreaktivnost na podražaje koji dolaze iz okoline kao što je niska tolerancija na bol ili temperature, preosjetljivost na zvukove, svjetlost, teksture materijala, a može pak biti i velika tolerancija na bolne podražaje, prekomjerna potreba za dodirivanjem predmeta te njuškanjem, fascinacija svjetlosnim efektima.

Kriterij C nalaže da simptomi moraju biti prisutni u ranom razvoju razdoblju, međutim oni ne moraju biti vidljivi sve dok društvena očekivanja ne prelaze njihovu granicu sposobnosti ili dok je poremećaj prekriven nekim naučenim strategijama funkcionalnog ponašanja.

Kod kriterija naznačenog kao kriterij D simptomi uzrokuju klinički značajna oštećenja u socijalnom, radnom i/ili drugim važnim aspektima funkcioniranja.

Kriterij E govori o tome kako se intelektualne smetnje i poremećaj iz spektra autizma u nekim slučajevima javljaju istovremeno te u tom slučaju uslov za postavljanje dijagoze je da aspekt socijalne komunikacije bude ispod očekivanog za opću razvojnu razinu. Također, ove smetnje se ne mogu bolje objasniti nego intelektualnom onesposobljenošću ili opštim razvojnim zaostajanjem.

3. PODJELA POREMEĆAJA SPEKTRA AUTIZMA

Prema dijagnostičko statističkom priručniku (DSM-5 (2014)) poremećaj iz spektra autizma obuhvata poremećaje koji su ranije označeni kao rani infantilni autizam, autizam u djetinjstvu, Kannerov autizam, visokofunkcionirajući autizam, atipični autizam, pervazivni razvojni poremećaj, neodređen poremećaj, dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu i Aspergerov poremećaj.

Spektar autističnih poremećaja se odnosi na širu definiciju autizma i sve je popularniji naziv za grupu poremećaja koji su do sada opisani. Ovaj naziv uključuje klasičnu formu poremećaja i slične poremećaje koji imaju mnoge od njegovih osnovnih karakteristika (Aleksić, 2012). Ovaj spektar obuhvata najmanje četiri široko prihvaćene kliničke prezentacije autizma i jednu „nekliničku“, a to su :

- Autistični poremećaj (Kannerov sindrom);
- Aspergerov poremećaj (Aspergerov sindrom);
- Dječiji dezintegrativni poremećaj (Helerov sindrom);
- PDD-NOS (atipični autizam, druga autizmu slična stanja) (Aleksić, 2012).

3.1. Infantilni autizam

Rani infantilni autizam opisao je prvi Leo Kanner 1943. godine, a nazvan je ranim iz razloga jer se pojavljuje u ranom djetinjstvu kroz dominantne poremećaje komunikacije. Kanner je iz veće skupine djece koja su pokazivala psihičke smetnje izdvojio njih jedanaest koja su pokazivala velika razvojna odstupanja pogotovo u razvoju komunikacije i ponašanju, a izgledala su fizički zdrava (Bujas Petković, 2000).

3.2. Atipični autizam

Prema MKB-10 atipičan autizam razlikuje se od dječijeg autizma ili po uzrastu osobe kod koje počinje ili prema tome što ovaj poremećaj ne ispunjava sva tri dijagnostička poremećaja. Atipični autizam predstavlja prožimanje razvojnog poremećaja. Relevantnim se smatra da se ova potkategorija koristi kada se poslije treće godine života prvi put pojavi abnormalan ili oštećen razvoj. Također kada ne postoji dovoljno očiglednih abnormalnosti u jednoj, dvije ili tri oblasti psihopatološkog ispoljavanja koji su zapravo neophodni za postavljanje dijagnoze autizma (tu spadaju recipročne socijalne interakcije, komunikacija, i oskudno, stereotipno i ponavljajuće ponašanje), uprkos što postoje karakteristične abnormalnosti drugih oblasti. Ova potkategorija autizma najčešće se javlja kod djece sa teškim intelektualnim poteškoćama i kod osoba sa teškim specifičnim poremećajem razvoja perceptivnog govora (Aleksić, 2012).

3.3. Dezintegrativni poremećaj

Još jedna iz potkategorija iz autističnog spektra poremećaja jeste dezintegrativni poremećaj koji se još može zvati dječija demencija, Hellerov sindrom ili psihoza kao i simbiotska psihoza. Ovaj poremećaj se javlja kod djece između druge i desete godine starosti nakon potpuno jasnog normalnog razvoja. Obično sa početkom bolesti dolazi do naglog i trajnog gubitka već stečenih vještina na svim razvojnim područjima. Može se primijetiti da dijete tada gubi interes za okolinu, dolazi do zaostajanja u govoru, a zatim regradira, gubi se već ranije usvojena kontrola sfinktera. Također, kod dezintegrativnog poremećaja su naglašene stereotipije uz regresivni poremećaj motoričkih vještina. Ono što je specifično za ovaj poremećaj jeste to da je uvijek povezan sa težom mentalnom retardacijom, a s kliničkom slikom može nalikovati autizmu (Bujas Petković, 2000).

3.4. Visoko funkcionalni autizam

Tsai (1992) je predložio specifičnu definiciju visokofunkcionalnog autizma, po njemu je visokofunkcionalni autizam podvrsta pervazivnih poremećaja u razvoju. Definiše

se prisutnošću blago normalnog i/ili blago oštećenog razvoja na području društvene interakcije i komunikacije, kao i prisutnošću ograničenog, ponavljajućeg ponašanja.

Pojam Aspergerovog sindroma ili "visokofunkcionalni autizma" važan je jer:

- sugeriraju da bi se poremećaji spektra autizma mogli pokazati važećim konceptom;
- takvi su poremećaji mnogo češći nego što se ranije vjerovalo;
- budući da "tipični" autizam obično dovodi do problema koji se često rješavaju u odjelima za mentalnu retardaciju, djeca sa Aspergerovim sindromom se često ne vode na psihijatrijska savjetovanja sve do života odraslih.

Aspergerov poremećaj prvi put je opisao doktor Hans Asperger 1944-te godine koji nije znao za Kanerov opis infantilnog autizma. On je sindrom nazvao "Autistična psihopatija u djetinjstvu", dok kasnije je sindrom nazvan prema samom autoru Hansu Aspergeru. Ovu djecu je vrlo teško opisati, na prvi pogled se ne razlikuju od svojih vršnjaka. Međutim, oko 3 godine ova djeca ima najupadljivije specifičnosti koje se odnose na nedostatak suosjećanja i sposobnosti za uspostavljanje socijalnih relacija, pedantan govor u kome i pored dobro razvijenog riječnika i bogatstva informacija koje sakupljaju na mehanički, skoro opsesivan način, ipak postoji deficit komunikativnosti (Tsai, 1992).

3.5. Sličnosti i razlike između Aspergerovog sindroma i autizma

Sličnosti Aspergerovog sindroma i autizma jesu u kvalitativnom oštećenju socijalnih interakcija, zatim restriktivnim, repetativnim i stereotipnim obrascima ponašanja. Dok razlike između ovog sindroma i autizma jesu to što je kod Aspergerovog sindroma postoji razvijenost govora i dobar intelektualni kapacitet. Iako ova djeca imaju slične problem kao djeca sa autizmom, ipak su mnogo sposobnija, imaju neke posebne talente, završavaju škole, fakultete kao i osobe iz opšte populacije. Prevalenca poremećaja iznosi od 1–2:10.000 do 1–5:1.000, a odnos muškog prema ženskom polu je nešto veći nego u autizmu i iznosi 5–15:1. U kognitivnom profilu Aspergerovog sindroma upadljiva je

desna hemisferna disfunkcija, a to je zapravo profil u kojem su lingvističke vještine superiorne u odnosu na vizuoperceptivne i vizuomotorne vještine. Te desnostrane vještine zapravo predstavljaju sve što je problem kod Aspergerovog sindroma, a to jeste problem prozodije, humora i naracije (Aleksić, 2012).

4. PRILAGODBA RODITELJA

Odgajanje djeteta može biti stresno samo po sebi. Možemo samo zamisliti stres zbog odgajanja djeteta s poteškoćama u razvoju. Često različiti faktori doprinose roditeljskom stresu, a neki su:

1. Nesvjesnost o bolesti i pristupu kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti;
2. Fizički, psihološki i kognitivni simptomi razvojnih poremećaja;
3. Socijalna stigma prema djeci s poremećajima u razvoju (Lopez i sar., 2008).

Autizam ima raniji početak, povezan je sa značajnim deficitom socijalne komunikacije, intelektualnim invaliditetom i mogu se javiti pritužbe na ponašanje. Roditeljski stres kod djece sa poremećajem iz spektra autizma može se pripisati:

- izazovima u svakodnevnim problemima u obavljanju obrazovnih i stručnih zadataka;
- finansijsko i logističko opterećenje pomoći u traženju i zdravstvenoj zaštiti;
- socijalna izolacija porodica zbog pritužbi na ponašanje koje mogu dovesti do socijalne nespretnosti (Sinha i sar., 2016; Woodgate i sar., 2008).

Prilagodljivost je mjera sposobnosti porodice da se promijeni kao odgovor na stresnu situaciju. Na jednom kraju kontinuiteta prilagodljivosti je kruta porodica koja ne mijenja ništa unutar sistema kao odgovor na veliki stresor. Obično se ova vrsta porodice drži krutog vjerovanja da je otac glava domaćinstva, što bi značilo da neće pomagati u poslovima ili brizi o djeci (ženski posao), što bi možda opterećivalo majku. Ovaj scenarijo može rezultirati time da majka ima malo vremena za sebe ili ostalu djecu u porodici. Kruta

porodica može imati teško zbrinjavanje djeteta s invaliditetom, za koje je potrebna dodatna njega, jer ostali članovi porodice nisu voljni da umanjuju povećani teret majke (Olson i sar., 1980).

Kao izazov porodici, autizam se mora svrstati u najviše stresnih poteškoća u razvoju djece. Problemi s komunikacijom, emocionalnim izražavanjem i antisocijalnim ponašanjem, sve u kombinaciji daje ogroman stres porodicama djece sa autizmom (Gray, 2006).

Roditelji djece sa autizmom doživljavaju veći stres ne samo u usporedbi sa roditeljima djece koja se normalno razvijaju, već i u usporedbi s roditeljima djece sa drugim poteškoćama u razvoju. Glavna opterećenja roditelja djece s autizmom uključuju strah za budućnost njihove djece potaknut činjenicom da ovaj poremećaj značajno smanjuje šanse njihovoj djeci za nezavisnost, negodovanje zbog djetetovog ponašanja koje pokazuju drugi, često članovi porodice, i vrlo ograničena socijalna podrška. Ostali izvori stresa uključuju poteškoće u komunikaciji s djetetom i probleme u ponašanju kod većine djece sa autizmom. Roditelje ometa i nedovoljan pristup profesionalnoj pomoći, što znači da su oni obično odgovorni za preuzimanje odluke o liječenju (Pisula i Kossakowska, 2010).

Odgajanje djeteta s autizmom može biti iskustvo koje mijenja život. Mijenja se percepcija svijeta, vrijednosti i prioriteta skrbnika, a to zauzvrat utječe na način na koji percipiraju svoje dijete, porodicu i sebe (King i sar., 2006).

Poremećaji iz spektra autizma spadaju u zagonetne i ograničavajuće poremećaje, s obzirom na to da pogođeni pojedinci pokazuju promjene u tri osnovna područja razvoja: recipročnoj društvenoj interakciji, verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji, fleksibilnosti u odabiru interesa i ponašanja. Posebne karakteristike koje definiraju poremećaje iz spektra autizma uzrokuju velike poremećaje u porodičnoj dinamici i generiraju potrebe u svim područjima i kontekstima razvoja. Drugi problemi često uključuju intelektualnu onesposobljenost, probleme ponašanja poput stereotipnih, samopovređujućih i agresivnih ponašanja, koji traju dugoročno. Ovi će problemi, ovisno o težini i učestalosti s kojom se javljaju, u većoj ili manjoj mjeri utjecati na razvoj pojedinaca s autizmom te na dobrobit i prilagodbu njihovih roditelja. Mnoge studije su ispitale emocionalno prilagođavanje

roditelja djece sa poremećajem iz spektra autizma. Studije su sistematski dokumentovale da u poređenju sa roditeljima djece sa drugim poremećajima ili djece koja se normalno razvijaju roditelji djece s poremećajem iz spektra autizma imaju više anksioznosti i depresije. Ipak, neke porodice, uprkos tome što imaju djecu s teškim poremećajem iz autističnog spektra, uspjele su se psihološki adaptirati. Iz ovoga možemo zaključiti da karakteristike djece s autizmom možda nisu jedini faktor koji utječe na prilagodbu. Također, uključene su i druge vrste varijabli kao što su socijalna podrška, percepcija problema i strategija rješavanja problema (Pozo i sar., 2011).

Doktori igraju važnu ulogu u ranom prepoznavanju poremećaja iz spektra autizma, jer oni obično imaju prvi kontakt s roditeljima. Stoga je važno da doktori budu u stanju prepoznati različite znakove i simptome ove grupe poremećaja. Obzirom da autizam predstavlja poremećaje u socijalnim, jezičnim, komunikacijskim vještinama i ponavljajuće obrasce ponašanja, težina ovih oštećenja značajno varira među djecom, te doktori trebaju biti oprezni. Iako je tipična dob početak 3. godine, oštećenja mogu biti suptilna, i neka se ne mogu otkriti prije školske dobi. Primjer za to su djeca s Aspergerovim poremećajem, koja se mogu identificirati i dijagnosticirati mnogo kasnije od djece s tipičnim autizmom, u prosjeku u dobi od 11. godina. Roditelji djece s Aspergerovim poremećajem možda neće prepoznati suptilne abnormalnosti u ponašanju njihovog djeteta, jer možda nemaju priliku da ih uporede s vršnjacima. Suprotno tome, doktori i učitelji upoređuju djetetovo ponašanje s djecom koja se normalno razvijaju i lakše primećuju nepravilnosti i oštećenja (Faras i sar., 2010).

Prema Lazarus i Folkman (1984) strategije koje roditelje dovode do rješenja povezane su sa resursima za koje imaju pristup. Bez ovih resursa, roditelji su ranjivi i najvjerojatnije je da će biti pod stresom. Socijalna podrška važan je moderator stresa za roditelje djece s poremećajem iz spektra autizma, a podrška može pomoći roditeljima da se nose s ispunjenjem njihovih emocionalnih, praktičnih i informativnih potreba. Schilling i sar. (1984) identificirali su dva izvora socijalne podrške:

- neformalni (npr. porodica);

- formalni (npr. zdravstveni radnici).

Važno je shvatiti da su potrebe za roditeljskom podrškom velike, te određene vrste i izvori mogu biti korisniji u različitim životnim fazama. Neke osobine ličnosti mogu imati ulogu u adaptivnom suočavanju od ostalih. Istraživanja koja se bave razlikom između spolova u sposobnosti suočavanja identificirala su da majke imaju tendenciju prema sistemima socijalne podrške, dok očevi nemaju (Tehee i sar., 2009).

Omogućavanje dostupnih informacija roditeljima može pružiti osjećaj osnaživanja, pružanjem dobrog alata za suočavanje. Primjećeno je da je traženje informacija bitno kao element konstruktivnog rješavanja problema u procesu prihvaćanja i prilagođavanja. Pokazano je da su informacije pomogle roditeljima djece s invaliditetom da se emocionalno prilagode, da pristupe uslugama i prednostima i poboljšaju cjelokupnog upravljanja ponašanjem svog djeteta, a nedostatak informacija i podrške može ih ostaviti osjećajem beznađa (Tehee i sar., 2009).

Obrazovanje roditelja može povećati znanje i vještine roditelja u područjima upravljanja ponašanjem, podučavajući svoju djecu komunikacijskim vještinama i podučavajući svoju djecu socijalnim vještinama. Uz to, obrazovanje roditelja ima dvije druge potencijalne prednosti:

- smanjenje stresa roditelja;
- povećanje osjećaja kompetencije za roditeljstvo (Schultz i sar., 2011).

Connell i sar. (1997) otkrili su da su majke koje su primile edukativni materijal i terapeutsku podršku s problemima u ponašanju prijavile da se osjećaju kompetentnije u pogledu roditeljstva i pokazale su niži stepen nefunkcionalnih roditeljskih praksi od kontrolne grupe. U svjetlu istraživanja koja sugerišu da su roditelji djece koja imaju poremećaj iz spektra autizma izloženi povećanom riziku od doživljaja povišene razine stresa i lošijih ishoda mentalnog zdravlja u usporedbi s roditeljima djece koja se normalno razvijaju, od presudne je važnosti da obrazovanje roditelja obuhvaća vještine potrebne za upravljanje ponašanjem kao i za podučavanje komunikacijskih i socijalnih vještina.

4.1. Razlika u prilagodbi između očeva i majki

Grey (2003) je otkrio izuzetnu razliku u ličnom utjecaju koji su majke i očevi iskusili zbog invaliditeta svog djeteta. Majke su bile direktno i značajno pogođene djetetovim poremećajem, dok su očevi tvrdili da je učinak neizravan, npr. doživljavaju stres preko svojih partnera. Nadalje, majke su bile više opterećene domaćim obavezama, dok su se očevi fokusirali na ekonomsku skrb.

Pokazalo se da teža briga za dijete s autizmom uglavnom pada na majku, koja kao rezultat toga može imati nisku roditeljsku kompetenciju, manje bračno zadovoljstvo, prilagodljivost u porodici i značajne razine hroničnog stresa i umora. Također, otkriveno je da su majke djece s autizmom lako uznemirene i razočarane svojim djetetom, izrazito zabrinute zbog ovisnosti svog djeteta, nedostatka profesionalnih aktivnosti da bi se njihovo dijete zauzelo, i vrlo svjesni ličnih problema svog djeteta (Sanders i Morgan, 1997).

Prema Grey (2003) majke su tvrdile da je autizam njihovog djeteta ozbiljno utjecao na njihovo emocionalno blagostanje. To je također imalo značajan utjecaj na njihove karijere. Za one koji su uspjeli raditi, često su bile prisiljene propustiti posao, obavljati ispod normalne razine ili se vratiti na skraćeno radno vrijeme.

Postoje značajni i konzistentni dokazi da majke imaju veći utjecaj od očeva. Grey (2003) je otkrio da iako je većina očeva napomenula ozbiljne poteškoće koje je autizam za njihovo djete predstavljao, oni su obično tvrdili da stanje djeteta nije imalo značajnog utjecaja na njih. Za očeve je najozbiljniji učinak autizma djeteta bio stres koji su doživjele njihove supruge. Čini se da je relativno manje ozbiljan utjecaj dječjeg autizma na većinu očeva barem djelomično zbog rodnih uloga povezanih s poslom i odgajanjem djece. U vezi sa tim, očevi su se više posvetili kako pomoći svom djetetu da postigne finansijsku nezavisnost kao dosljedno svojom ulogom. Primjećeno je da su očevi osjećali da oni trebaju mnogo više raditi zbog poteškoće koju njihovo dijete ima kako bi zadovoljio zahtjeve porodice.

Gupta i Singhal (2005) se slažu s tim rodnim razlikama u percepcijama i sudjelovanju u roditeljstvu. Otkriveno je da su očevi manje uključeni u fizičku njegu i kućne zadatke, ali mogu, i pružaju visok nivo podrške. Također, očevi su doživjeli značajan stres zbog neprestanog poremećenog sna i potrebe da se odmaraju od posla, kako bi podržali svog partnera. Majke i očevi se također različito suočavaju s emocionalnim nevoljama, s tim da očevi obično potiskuju svoje osjećaje, često po cijenu gnjeva. Opisan je uočeni nedostatak podrške pretežno muških partnera. Predlaže se i da su očevi ponekad 'suočeni', radeći daleko od kuće. Majke su sklone suzdržavati svoje osjećaje, i imale su širi raspon emocionalnog izraza, osjećaja tuge, ljutnje i plakanja. Oslanjaju se na razgovor s prijateljima i porodicom kako bi podijelili svoje emocije, posebno s drugim majkama koje imaju također dijete sa autizmom.

4.2. Otpornost roditelja

U istraživanju Nikmat i sar. (2008) rezultati su otkrili da majka prijavljuje veći utjecaj na psihičko blagostanje u odnosu na oca. Ovaj nalaz je potkrijepljen ranijim nalazima Abbeduto i sar. (2004) koji su izvijestili da su majke mladića s Downovim sindromom manje pesimistične u pogledu njihove djece i izvijestile o većoj recipročnoj bliskosti sa svojim djetetom nego majke mladića s krhkim X sindromom (FXS) ili autizmom. Majke djece s poremećajem spektra autizma također su prijavile značajno veću depresiju, veću socijalnu izolaciju i niži nivo bračne intimnosti u poređenju s majkama normalne djece.

Prema teoriji otpornosti, otpornost se određuje uravnoteženjem rizika i zaštitnih faktora usprkos nevoljama (Luthar i sar., 2000). Ustvari, iako pojedinci mogu imati malo kontrole nad faktorima rizika, kao što su ozbiljnost simptoma i broj djece sa autizmom, definitivno je moguće pojačati njihove zaštitne faktore. To se može postići intervencijama namijenjenim povećanju pozitivnih spoznaja ili kognitivnih procjena i pružanjem podrške porodičnim njegovateljima osoba s autizmom. To će, ustvari, rezultirati većom otpornošću osoba koje pate od autizma, što može biti prepoznato u takvim pokazateljima, kao što su

samoefikasnost, prihvaćanje, osjećaj koherentnosti, optimizam, snalažljivost i pozitivno funkcioniranje porodice, koji će zauzvrat utjecati na roditelje (Bekhet i sar., 2012).

Upravljanje stresom roditelja i poboljšanje njihove psihološke dobrobiti mogu imati pozitivan utjecaja i na djetetove simptome. U začaranom ciklusu, ozbiljnost simptoma kod djeteta povećava majčinski stres koji, zauzvrat, pojačava djetetove simptome. Intervencije koje su namjenjene roditeljima mogu pomoći da to poremeti začaran ciklus i poboljšati psihičko i fizičko blagostanje i njegovatelja i primatelja njege (Bekhet i sar., 2012).

4.3. Roditelji kao terapeuti

Obzirom na činjenicu da djeca rane godine života provedu pod gotovo stalnim roditeljskim nadzorom, oni mogu služiti kao osnovni odgajatelji direktnim podučavanjem svoje djece tokom dana u raznim prirodnim okruženjima. Prema tome postoji pomak u fokusu intervencijskih službi od usmjerenih na dijete prema porodici (Johnson, 2000).

Tunali i Power (2002) proučavali su kako su se majke nosile sa stresima odgajanjem autističnog djeteta. Rezultati pokazuju da su majke autistične djece posvećivale manje pažnje na uspjeh u karijeri, i vjeruje se da majke male djece ne bi trebale raditi izvan kuće. Za razliku od profesionalaca i pružatelja usluga, roditelji mogu pružiti stalnu intervenciju koja je ovoj djeci apsolutno potrebna (Gupta i Singhal, 2005).

Veliki deo literature o obuci roditelja obuhvata uključivanje roditelja kao terapeuta u interventne programe njihove djece. Obuka roditelja kao terapeuta povećava podršku za djecu koja zahtjevaju intenzivnu, individualiziranu intervenciju. Također, pruža ekonomičan model usluga i doprinosi bržem napretku djece. Istraživanje je pokazalo da roditelji autistične djece mogu biti efikasni provoditelji socijalnog, komunikacijskog i programa usmjerenog na ponašanje (Symon, 2001).

Edukacija roditelja uključuje osposobljavanje roditelja u određenim postupcima da rade direktno sa svojom djecom kroz podučavanje specifičnih vještina, smanjenja problematičnog ponašanja, poboljšanja vještina neverbalne komunikacije, vještine verbalne

komunikacije i povećanju odgovarajućih vještina igranja. Dio ovog programa uključuje i podučavanje roditelja da se zalažu za svoju djecu (McGee i sar., 1993) i pružaju informacije i podršku drugim roditeljima (Turnbull i sar., 1999).

Obrazovanje roditelja može biti od koristi ne samo djeci, nego i roditeljima. Na primjer, roditelji mogu naučiti tehnike rada s djecom s autizmom, kako bi im pomogli da preovladaju njihovo društveno izbjegavajuće ponašanje. Roditelji djece s autizmom izvijestili su da imaju niži prag roditeljske sposobnosti, što sugerira da se mogu osjećati kao da nisu dobri roditelji. Obično sumnjaju u svoju sposobnost jer njihovo dijete ne reagira kako se očekuje. Čini se da je pojačano samooptuživanje kao strategija suočavanja, porodični teret i poremećeno planiranje, o kojima izvještavaju majke djece s autizmom (Gupta i Singhal, 2005).

Roditelji djece sa autizmom najčešće pate od osjećaja nesposobnosti, često biraju izolaciju zbog frustracija izvođenja djeteta u javnost, čime umanjuju svoje šanse za razvoj bilo kojeg sistema podrške. Ova pozitivna promjena ponašanja potencijalno ima veliko pojačanje za roditelje. Iako se generalno obrazovanje roditelja pokazalo kao efikasna intervencija u nekim situacijama i s nekim porodicama nije se pokazalo efikasnim. Zbog različitih faktora određene su grupe roditelja manje vjerovatne od drugih da će imati koristi od samog programa obrazovanja roditelja. Samohrani roditelji, porodice s malim primanjima i roditelji koji imaju depresiju, razvod ili slabu socijalnu podršku mogu imati manju vjerojatnoću da će imati koristi od takvih programa bez neke dodatne podrške (Gupta i Singhal, 2005).

5. INTERVENCIJE

Nedavni napredak u ranoj identifikaciji autizma pružio je nove mogućnosti za ranu intervenciju. Dostupni tretmani uveliko variraju o kontekstu (npr. škola u odnosu na kuću), intenzitetu i teorijskoj osnovi. Mnoga djeca s autizmom dobijaju mješavinu modaliteta liječenja. Roditelji i profesionalci suočavaju se s teškim izborima kada moraju odlučiti o najprikladnijoj kombinaciji tretmana za pojedinu djecu. Nedavne studije ukazuju da

intenzivna bihevioralna terapija može dati značajne rezultate u smislu kognitivnog razvoja autistične djece i ponašanja (Nelson i Huefner, 2003).

Lovaasov rad izazvao je znatnu polemiku u pogledu primjene intenzivne terapije u ponašanju za vrlo malu djecu s autizmom. Prema Nelson i Huefner (2003) Lovaas je svoj program liječenja temeljio na operacijskom modelu kondicioniranja, a terapijske seanse su strukturirane kao niz diskretnih ispitivanja. Roditelji su snažno uključeni u sprovođenje liječenja. Za djecu koja slijede Lovaasovu terapiju (1987) i McEachin i sar. (1993), tretman je bio intenzivan, bili su izloženi i do 40 sati terapije nedeljno tokom najmanje 2 godine.

Izvorni izvještaj Lovaasa (1987) i naknadno izvješće praćenja McEachina i sar. (1993) naznačilo je da su djeca izložena ovoj intenzivnoj terapiji postigla dobit i na mjerama intelektualnog funkcioniranja i u ponašanju. Ovakav zaključak je zasnovan i na izvještajima da su neka djeca mogla funkcionirati u redovnom obrazovanju.

Kada je riječ o liječenju autizma trenutno ne postoji lijek za temeljne simptome autizma. Međutim, nekoliko skupina lijekova, uključujući neuroleptike, korišteni su za liječenje problema u ponašanju, kao što su agresija i samoozljeđujuće ponašanje. Istraživanja su pokazala da je najučinkovitija terapija koja uključuje rane intenzivne intervencije u ponašanju s ciljem poboljšanja funkcioniranja pogođenog djeteta. Ove intervencije su usredotočene na razvijanje jezika, društvene interakcije, imitacijskih vještina i prikladnog ponašanja (Faras i sar., 2010).

Primjeri ovih bihevioralnih terapija uključuju PAP (primijenjenu analizu ponašanja) i TEACCH (liječenje i obrazovanje djece s poremećajem iz spektra autizma i srodnim komunikacijskim poremećajima). Pristup PAP uključuje podučavanje novih ponašajnih vještina. Dok problematična ponašanja rješavaju se pronalaskom okidača koji doprinose takvom ponašanju kako bi se promijenili ili izbjegli ti faktori u okolini. TEACCH pristup bavi se olakšanjem u obradi vizualnih informacija koristeći strategije poput vizualnog rasporeda, jasno strukturirane i organizirane učionice i visoko strukturirane aktivnosti učenja. Ove bihevioralne tehnike trebale bi započeti početkom predškolskog razdoblja i treba ih slijediti visoko individualizirana odgojna intervencija u školi (Farasa i sar., 2010).

Roditelji su morali da koriste niz strategija suočavanja kako bi nadoknadili nedostatak podrške, uključujući oslanjanje na porodice i grupe podrška, isključujući se iz socijalnih situacija i oslanjajući se na zdravstvenu zaštitu ili na svoju vjeru ili pak religiju. Suprotno tome, nekim roditeljima je lakše izolirati se iz društva, a ne baviti se posljedicama dolaska svog djeteta u nepoznatu situaciju. Ove situacije mogu prouzrokovati nevolje ili nekontrolirano ponašanje od strane djeteta (Dunn i sar., 2001).

Poremećaj iz spektra autizma može biti posebno težak i stresan poremećaj s kojim će živjeti, kao s djetetovom nesposobnošću da se pridržava socijalnih normi, zbog toga obitelj mora izmijeniti svakodnevni život, a prilagodljivost može biti teška (Bristol, 1984; Dunn i sar., 2001; Altieri i Von Kluge, 2009).

Da bi se prevladali negativni aspekti odgoja takvog djeteta važno je da se roditelji usredotoče na pozitivne aspekte i cijene dobre osobine koje njihovo dijete može ponuditi. Količina stresa s kojom se roditelji susreću ovisi o tome koliko dopuštaju poremećaju da upravlja njihovim svakodnevnim životom. Porodice koje usvajaju pozitivno mentalni stav možda nikada neće naići na krizu (Glazzard i Overall, 2012).

U nekim slučajevima, međutim, dokazano je da očevi djece s poremećajem autističnog spektra koriste negativne strategije suočavanja, poput izbjegavanja, da se izbore s izazovima poremećaja (Houser i Seligman, 1991; Altieri i Von Kluge, 2009).

Dok istraživanje Houser i Seligman (1991) navodi da roditelji generalno više koriste strategije suočavanja kao što je izbjegavanje suočavanja s ponašanjem (npr. distanciranje od ostatka porodice), dok roditelji djece koja nemaju autizam imaju veći učinak u samokontroli, socijalnoj potpori i mehanizmima rješavanja problema.

Postoji nekoliko objavljenih intervjua s roditeljima koji imaju dijete s autizmom. Roditelji opisuju mnoge poteškoće i stresore na koje nailaze tokom podizanja djeteta s autizmom. Briga o djetetu s autizmom može biti posao od dvadeset četiri sata, sedam dana u nedjelji, te tokom cijelog životnog vijeka djeteta (Schall, 2000; Gray, 2002).

Neke majke prijavljuju ozbiljna ograničenja u karijeri zbog invalidnosti njihovog djeteta. Za majke koje su željele raditi izvan kuće, malo je onih koji su mogli tražiti posao u

kancelarijama zbog visokog nivoa skrbi koji se mora pružiti djetetu s autizmom. Kombinacija teškog emocionalnog i fizičkog ponašanja koje dijete pokazuje s autizmom stvara visoku razinu stresa na čitavu porodicu (Grey, 2002).

5.1. Psihoedukacija

Jedan od programa koji predstavlja primjer dobre prakse obuhvata psihoedukaciju. Kroz psihoedukaciju se roditeljima daju informacije o djetetovoj dijagnozi, prognozi i dostupnim uslugama. Kao prvi korak u liječenju je objasniti roditeljima dijagnozu i poremećaj na njima razumljiv način koji mogu shvatiti. Bitno je pojasniti da je poremećaj iz spektra autizma hronična cijeloživotna neurorazvojna onesposobljenost, a ne samo emocionalna reakcija na stresnu situaciju. Uzrokovan je biološkim faktorima, ali je njihov utjecaj slabo izražen. Također bitno je pojasniti da je mozak djece s poremećajem iz spektra autizma drugačiji u odnosu na ostale tj. drugačije funkcionira, samim tim javlja se niz problema (Carr, 2016).

Djeca s poremećajem iz spektra autizma ne mogu predvidjeti ponašanje drugih, razumjeti kakav oni utjecaj imaju na druge, shvatiti emocije ili humor to sve proizilazi iz toga što ne mogu pretpostaviti šta drugi misle ili osjećaju. Ne mogu se usredotočiti na cjelokupnu sliku, već svijet posmatraju kroz mnogo detalja. Njima je jako otežano pokazivanje topline prema drugima, empatija, učinkovita komunikacija, fleksibilno prilagođavanje promjenjivim okolnostima što dovodi i do toga da nemaju kao drugi ljudi nagon za druženje. Imaju veliku želju za održavanje predvidljive rutine, te da žive u organiziranom svijetu. Postaju vrlo osjetljivi na neke zvukove, svjetla ili dodir. Do agresije kod djece s poremećajem iz spektra autizma može doći ukoliko neke osobe vide kao prijeteće, te ako im se naruši ili pokušava narušiti njihova rutina (Carr, 2016).

Agresija može biti ekstremna kada je drugi ljudi posmatraju, jer dijete nije svjesno utjecaja izražavanja svoje agresije. Ono što je roditeljima bitno naglasiti pored nekih osnova o poremećaju iz spektra autizma jeste da dugoročnim i strukturiranim podučavanjem i treniranjem vještina, mladi s poremećajem iz spektra autizma mogu naučiti

brinuti se za sebe, izbjeći neželjeno ponašanje kao i upravljati produktivnim radnim rutinama kao i naučiti komunicirati sa drugima. Sve ovo se može postići pod uslovom da se koristi visoko strukturiran pristup podučavanju koji će uzeti u obzir njihove potrebe za predvidljivim okruženjem. Ono što je ključno jeste da stepen neovisnosti koji steknu kao odrasli zavisi od razine strukturiranog učenja koji su imali kao djeca (Carr, 2016).

Za roditelje je od velike važnosti pružanje podrške i savjetovanje od strane profesionalaca kako bi se prilagodili kada saznaju da imaju dijete sa poremećajem iz spektra autizma. Obzirom da djeca s poremećajem iz spektra autizma često ne reaguju, ne nagrađuju i ne pokazuju emocije prema osobama koje za njih brinu, bez obzira na to roditelji trebaju shvatiti da su oni od koristi svojoj djeci, te ih je potrebno podučiti da se suoče s osjećajem krivice i ljutnje koji proizilaze iz svega toga (Švraka i sar., 2012).

5.2. Program za djecu školske i predškolske dobi

Obrazovna ustanova predstavlja jedno od glavnih pitanja da li djecu sa poremećajem iz spektra autizma treba smjestiti u posebne škole ili u redovne škole koje pohađaju djeca bez poteškoća. Neki optimalni program za djecu školske i predškolske dobi bio bi da ta djeca budu uključena još od svoje 2-3. godine, trebaju sudjelovati u program najmanje 25 sati nedjeljno, te godinu dana. Sudjelovanje bi se trebalo odvijati u ponovljenim, kratkim strukturiranim aktivnostima učenja gdje bi se koristio pristup koji je utemeljen na dokazima (Carr, 2016).

Metode koje se koriste u programu moraju biti prilagođene dječijim snagama kako bi oni prevladali svoje slabosti. Zaposlenici također moraju biti osposobljeni da izvedu nastavni plan. Kurikulum mora sadržati spoj komunikacijskih vještina, društvenih igara i vještine akademskog obrazovanja. Okruženje treba biti komforno i sa niskom stimulacijom, te treba postojati pristup o usmjeravanju neželjenog ponašanja. Također, ono što je jako bitno kroz ovaj program jeste uključivanje roditelja kako bi i oni uspostavljali obrazovne ciljeve i rad sa školskim zaposlenicima, samim tim bi pomogli djeci da postignu određen napredak (Carr, 2016).

5.3. Porodični pristup usmjeravanju

Od velike važnosti jeste da roditelji budu uključeni u razvoj individualnih planova obrazovnog i terapijskog programa, kao i da trebaju saradivati u njihovom odvijanju. Roditeljima je potrebna podrška od profesionalaca, ali i od roditelja koji također imaju djecu sa poremećajem iz spektra autizma, što bi im značajno pomoglo da prođu ovaj proces tugovanja koji je udružen s prilagođavanjem djetetu sa ovim invaliditetom (Carr, 2016).

Program TEACCH (liječenje i obrazovanje autistične djece i djece sa srodnim hendikepom) pokazao je najbolje rezultate koji roditelji postižu kada su uključeni u ovakve intenzivne strukturirane programe, koje je razvila Schoplerova grupa. Schoplerova grupa se ističe po tome jer se koriste dva kliničara, jedan kao dječiji terapeut, a drugi kao roditeljski savjetnik. Dječiji terapeut je zadužen da pomogne djetetu u razvoju pisanog programa kućnih aktivnosti podučavanja, a zadatak roditelja jeste da ga sprovede svake nedjelje. Uloga roditeljskog savjetnika jeste saradnja s roditeljima na pregledavanju i planiranju strategija usmjeravanja djeteta za razvijanje produktivnih rutina i upravljanju neželjenog ponašanja. Ono što se naglašava kod ovog programa jeste da roditelji trebaju razviti visoko strukturirane radne rutine, te da mjesto i vrijeme za rad mora biti isto svaki dan, a okolina ne smije dijete ometati (Švraka i sar., 2012).

Također, roditeljima se pokazuje kako će modelirati sve te aktivnosti za djecu te zatim im dati povratne informacije korištinjem jednostavnog jezika. Program je baziran na izvršavanje različitih aktivnosti i strategija u toku dana. U zavisnosti od djetetovih sposobnosti biraju se obično četiri ili pet aktivnosti koje će dijete obavljati. Kod djece sa poremećajem iz spektra autizma jako dobro je razvijeno vizuelno procesiranje, te mehaničko pamćenje, samim tim sve te aktivnosti djetetu treba odvojiti u manje korake i omogućiti da ih vizualizira što će samim tim dovesti i do lakšeg izvršavanja tih aktivnosti. Treba se bazirati i na djetetov interes, te ukoliko ga najviše interesuju autići ili kockice za igranje onda to treba koristiti kod učenja brojanja ili jezika. U ovom programu roditelji učestvuju kao koterapeuti svojoj djeci. Terapeut je taj koji će napraviti plan aktivnosti u

kući za dijete, dok će roditelji biti podučeni od strane terapeuta da sprovedu taj plan (Švraka i sar., 2012).

5.4. Bihevioralna terapija

Također, djelotvorni programi jesu programi intenzivnih bihevioralnih treninga, kao što su oni koje je razvio Lovaasov čiji program je baziran na načelima primjene bihevioralne analize (Carr, 2016). Lovaasov program se računa kao jedan od najpoznatiji intervencionalnih bihevioralnih programa koji su doveli do značajnog poboljšanja u kognitivnom razvoju djece, jeziku i sposobnosti funkcionisanja. Prva tretirana grupa djece od 2007. se pratila i u odrasloj dobi i pokazani su značajni rezultati u napretku odnosno bilo je 42% oporavljen s uspjehom (Švraka i sar., 2012).

Glavni cilj bihevioralnog tretmana jeste smanjivanje ritualnog i agresivnog ili samoozljeđujućeg ponašanja, kao i poboljšanje komunikacije, interakcije, igre, te kognitivnih vještina i vještina brige o sebi (Carr, 2016). Ova terapija obuhvata niz postupaka koji se odnose na usvajanje adaptivnih i socijalno prihvatljivih ponašanja s jedne strane, dok s druge strane se odnosi na uklanjanje nekih oblika neželjenog ponašanja. Bihevioralna terapija kada je riječ o radu djece s poremećajem iz spektra autizma najbolje se pokazala u poboljšanju brige o sebi tj. samostalnost u oblačenju, održavanju higijene, dobra je za poboljšanje govorne komunikacije i socijalnih vještina, kao i radnim i edukativnim programima. Ova terapija pomaže djetetu da bolje razumije okolinu, što samim tim reducira neželjeno ponašanje, kao što je agresivnost, samopovređivanje, te napadi bijesa (Švraka i sar., 2012).

Kao i kod programa TEACCH tako i kod bihevioralnih treninga profesionalci su zaduženi da obučavaju i podržavaju roditelje kako bi oni stvorili djetetu okruženje koje promiče razvoj vještina (Carr, 2016).

5.5. Ostali programi

Još jedan program koji se pokazao dobrim jeste Early Bird koji se bazira na pomoć roditeljima djece sa autizmom. Ovaj program obuhvata kućne posjete iz razloga da se roditeljima može dati povratna informacija, te na taj način im se pomaže da razviju odgovarajuće komunikacijske vještine, te vještine usmjerene na dijete. On predstavlja psihoedukacijski program koji traje 8 nedjelja i obuhvata priručnik za roditelje koji sadrži pouzdane informacije o poremećaju iz spektra autizma. Grupne seanse ovog programa pružaju podršku roditeljima. HANEN je još jedan program koji služi za promicanje rane roditelj-dijete interakcije te olakšavanje jezičnog razvoja (Carr, 2016)

Jedna od sve više zastupljenih ideja jeste da roditelji budu kao koterapeuti svojoj djeci, samo uključivanje roditelja u tretman djece sa autizmom dovodi do proširivanja terapijskih programa na kućno i ostala okruženja, što samim tim dovodi i do veće generalizacije naučenih vještina koje se mogu primjeniti u veliki broj novih situacija iz svakodnevnog života u kojim se djeca sa poremećajem iz spektra autizma nađu (Švraka i sar., 2012).

5.6. Okupaciona terapija

Kada je riječ o okupacionoj terapiji ona se pokazala dobra kod usmjeravanja na lični razvoj osobe sa autizmom zatim njenje porodice i kvalitete života. Pomoću ove terapije pokušava se što više olakšati roditeljima djece sa poremećajem iz spektra autizma u smislu da se djeca osposobljavaju za samostalno učestvovanje u različitim aktivnostima, edukaciji, radu, igrama i raznim socijalnim aktivnostima. Ova terapija roditeljima najviše pomaže kako da se što efikasnije suoče s poremećajem koje njihovo dijete ima, a to se najviše postiže kroz poboljšanje djetetovih kognitivnih, socijalnih, komunikacijskih i bihevioralnih deficita (Švraka i sar., 2012).

Okupacioni terapeuti će birati terapijske metode u zavisnosti od specifičnih potreba svakog djeteta, te će na taj način iskoristiti različite teorijske okvire i pristupe koji bi se

pokazali kvalitetnim u radu djece s poremećajem iz spektra autizma. Neke od teorija koje se koriste jesu, teorije učenja, razvojne teorije, senzorna integracija, teorije igre i mnoge druge. Također okupacioni terapeuti pomažu i roditeljima da razumiju posljedice teškog senzornog procesiranja na funkcionisanje djeteta sa autizmom te kroz određeni rad pomoći i podučiti roditelje kako da prilagođavaju svakodnevne aktivnosti i okruženje djetetu (Švraka i sar., 2012).

5.7. Neurofeedback i autizam

Neurofeedback odnosi se na trening samoregulacije s ciljem postizanja kontrole nad kortikalnom električnom aktivnošću. Cilj treninga s neurofeedbackom je naučiti djecu sa poremećajem iz spektra autizma da prilagođavaju njihov neurofiziološki profil tako da odgovara onoj djeci koja se normalno razvijaju, što rezultira naknadnim poboljšanjem simptoma. Samoregulacija kortikalne aktivnosti ostvaruje se procesom operantnog učenja koristeći real-time reprezentaciju elektroencefalografskih (EEG) parametara u stvarnom vremenu. Trenutno je dostupno mnoštvo animiranih prezentacija s povratnim informacijama koje su pogodne za djecu i adolescente (Holtmann i sar., 2011).

EEG mjere od interesa pretvaraju se u optičke ili zvučne signale i vraćaju se na zaslon u stvarnom vremenu. U nekim animacijama za povratne informacije, kortikalna aktivnost je, na primjer, predstavljena visinom objekta za povratnu informaciju (npr. Kuglu ili ravninu) koji se pomiče s lijeve na desnu stranu ekrana. Ako se EEG aktivnost regulira na željeni način, objekat se diže ili tone. Uspješna ispitivanja odmah se nagrađuju tonom, osmijehom ili bodovima koji se mogu dobiti. Pojedinačni se pragovi parametara mogu podesiti tokom treninga tako da je zagarantovana količina pozitivnih povratnih informacija (Holtmann i sar., 2011).

Kao i drugi operativni treninzi, neurofeedback zahtijeva prijenos iz konteksta treninga u svakodnevni život pojedinca. Stoga se mogu pokrenuti neki trenažni pokusi bez povratnih informacija kako bi došlo do toga da se može pripisati zahtjevima pažnje i povezanim mišićnim napetostima tokom treninga (Nash, 2000).

Rezultati trenutne studije sukladni su prethodnom radu i proširuju ga (Pineda i sar., 2008; Pineda i sar., 2014). Općenito, igra društvenog zrcaljenja bila je uspješna kod djece s poremećajem iz spektra autizma tokom neurofeedback treninga (Friedrich i sar., 2014) i dala je pozitivne učinke na sve mjere.

Elektrofiziološki je postojalo više supresije u post-nego u pre-testu, koji je pokazao aktiviranje zrcalnog neuronskog sistema. U pogledu emocionalne reakcije, kod djece su se prikazali značajno ispravniji odgovori u zadatku prepoznavanja emocija i pokazali su prikladnije spontano oponašanje na emocionalne podražaje u post-u odnosu na pret-test. Roditelji u svakodnevnim životnim situacijama iskazuju da njihova djeca pokazuju značajno smanjenje simptoma poremećaja iz spektra autizma, bolje društvene reakcije i bolju prilagodbu u ponašanju, na post-u odnosu na pret-test. Ovi rezultati sugeriraju da je igra društvenog zrcaljenja pružila funkcionalno značajne povratne informacije temeljene na imitaciji i emocionalnoj reaktivnosti i bila je uspješna u povezivanju i poboljšanju reakcija, ponašanja i emocionalnih reakcija moždanih valova tokom socijalne interakcije kod djece s poremećajem iz spektra autizma. Dosadašnji rezultati pružaju najznačajniji argument da neurofeedback trening utemeljen na dokazima može biti učinkovit alat za poboljšanje aspekata ponašanja potrebnih za uspješne socijalne interakcije djece s poremećajem iz spektra autizma (Friedrich i sar., 2015).

5.8. Muzikoterapija

Prema holističkom pristupu muzikoterapija kod klijenata s poremećajem iz spektra autizma potiče razvoj i ispunjavanje svojih sposobnosti i potreba, što uključuje komunikacijske, kognitivne, perceptivno-motoričke, socijalne i emocionalne. Tri faze koje se sprovode u okviru muzikoterapijskog procesa jesu:

- u prvoj fazi osoba se povezuje s objektima;
- u drugoj fazi sa samim sobom i/ili terapeutom;
- u trećoj fazi s ostalim osobama koje su joj značajne (Oldfield, 2006).

Kod osoba s poremećajem iz spektra autizma procjena muzikoterapije se vrši promatranjem klijentove reakcije na koji instrument najviše reaguje, kako reaguje na promjene u dinamici, ritmu, glasnoći, visini tonova, te kako generalizuje. Do danas nisu zabilježene ozbiljne ili trajne nuspojave neurofeedback-a. Povremeno su dokumentirani glavobolja i umor, što se čini da prihvata izmjene rada. Kroz procjenu se još može posmatrati način na koji se klijent kreće, osjeća, komunicira, razmišlja, kako se ponaša i usmjerava pažnju (Bujanović i Martinec, 2019).

Uspješna intervencija kod osoba s autizmom uključuje predvidljiv i dosljedan odgovor terapeuta na djetetove interese tokom interakcije, to dalje vodi do povećane udružene pažnje i socijalnog angažmana (Kim i sar., 2009). Učinkovitom intervencijom se pokazala improvizacijska muzikoterapija za poticanje spontanog samoizražavanja, emocionalne komunikacije i socijalnog uključivanja pojedinca (Bujanović i Martinec, 2019).

Od tehnika muzikoterapije često se koriste tehnike zrcaljenja, imitacije, te uparivanje klijentovog kretanja, raspoloženja i aktivnosti kako bi došlo do pobuđivanja interesa i uspostavljanje interakcije. Pristup se koristi u odnosu između novorođenčeta i majke, i predstavlja neverbalnu razmjenu što nadalje inicira složeniji odgovor klijenta ili vokalno, glazbom te pogledom i pokretom tijela (Kim i sar., 2009).

Na samom početku individualna muzikoterapija se pokazala kao najbolja jer olakšava pojedincu da nauči kako izraziti osjećaje, te postati otvoreniji u samoizražavanju. U grupnu muzikoterapiju se postepeno pojedinac uključuje nakon individualne, te na taj način se potiče socijalizacija, neizmjenična interakcija, čekanje na red i drugo (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Generalno, može se zaključiti da primjena muzikoterapija kod osoba s poremećajem iz spektra autizma ima svoje specifičnosti, te je slijedom toga Oldfield (2006) naveo sljedeće smjernice koje bi se trebale uzeti u obzir tokom definisanja i sprovođenja terapijskog programa: podržavanje motivacije i temeljne neverbalne razmjene, poštivanje inherentne strukture u seansama i izvođenju muzike, postojanje ravnoteže između vodstva i

slijeđenja, kontrola i usmjeravanje klijenta na konstruktivan način, te korištenje muzike u kombinaciji s pokretom, igrom i dramatizacijom (Oldfield, 2006).

6. ZAKLJUČAK

Autizam kao neurodegenerativni poremećaj se klasificira kao obilježje ponavljajućeg repertoara interesa i aktivnosti, javlja se u prve tri godine života, kao takav zahvata sve psihičke funkcije i traje cijeli život. Veoma važan korak u suzbijanju neželjenih efekata autizma, jeste njegova rana identifikacija, koja podrazumjeva analizu djetetovog profila, snage i poteškoća, koja će pomoći djetetu u mnogim obrascima ponašanja, te koja će mu omogućiti da maksimizira svoje postojeće intelektualne potencijale. Autizam ima genetičku predispoziciju i osnovu, te nije izlječiv. Manifestira se kroz socijalni deficit, agresivno ponašanje, neprestano ponavljanje istih aktivnosti, te kroz „kašnjenje“ mnogih razvojnih i fizioloških funkcija.

Roditelji igraju ključnu ulogu u životu djeteta s autizmom. Majke su te koje imaju target ulogu, dok su očevi skoncentrisani na pružanju ekonomske skrbi. Također, majke su više orijentisane prema djeci s autizmom, te s toga zanemaruju svoju karijeru, pobuđuju zatvorenost u samu sebe, podliježu depresiji i anksioznosti, koja itekako utječe na bračni život oba partnera. Terapeutske usluge, obrazovanje roditelja, te edukativni materijal, uključenost oba partnera, omogućava učinkovit način suzbijanja neželjenih obrazaca ponašanja djece s autizmom.

Terapije koje su se pokazale kao najučinkovitiji način pospješivanja autizma između ostalih su i bihevioralna terapija koja dovodi do smanjenja ritualnog i agresivnog ponašanja u kognitivnom razvoju. Early bird, kućna terapija, gdje su roditelji uključeni i predstavljeni kao koterapeuti. Muzikoterapija se bavi proučavanjem reagovanja autistične osobe na određeni instrument, te njegovo interpretiranje istog, način na koji doživljava zvuk, dodir. Neurofeedback terapija se odnosi na trening samoregulacije s ciljem postizanja kontrole nad kortikalnom električnom aktivnošću. Također, PAP pristup koristi razne vještine za izazivanje i analizu novih obrazaca ponašanja, dok TEACCH pristup koristi različite vizualne informacije kako bi utvrdio na koji način će osoba s autizmom reagovati. Nadalje, neuroleptici se također upotrebljavaju u cilju suzbijanja agresivnog ponašanja i spriječavanja samoozljeđivanja.

7. LITERATURA

- Abbeduto, L., Seltzer, M. M., Shattuck, P., Krauss, M. W., Orsmond, G., Murphy, M. M. (2004). Psychological well-being and coping in mothers of youths with autism, down syndrome, or fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 109(3), 237-254.
- Aleksić Hil, O. (2012). Pervazivni razvojni poremećaji. *Dosije studio*, 1(3), 269-286.
- Altiere, M. J., Von Kluge, S. (2009). Family functioning and coping behaviors in parents of children with autism. *Journal of Child and Family Studies*, 18(1), 83-97.
- Bekhet, A. K., Johnson, N. L., Zauszniewski, J. A. (2012). Resilience in family members of persons with autism spectrum disorder: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(10), 650-656.
- Breitenfeld, D., Majsec Vrbanić, V. (2008). Kako pomoći djeci glazbom? Paedomusicoterapia. *Zagreb: Udruga za promicanje različitosti, umjetničkog izražavanja, kreativnosti i edukacije djece i mladeži "Ruke"*, [2008], 615-683.
- Bristol, M. M. (1984). Family resources and successful adaptation to autistic children. In *The effects of autism on the family. Journal of Psychiatry*, 2, 289-310.
- Bryson, S. E., Rogers, S. J., Fombonne, E. (2003). Autism spectrum disorders: early detection, intervention, education, and psychopharmacological management. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(8), 506-516.
- Bujanović, G., Martinec, R. (2019). Utjecaj muzikoterapije na socijalnu komunikaciju u osoba s poremećajem iz spektra autizma. *Medica Jadertina*, 49(3-4), 205-215.
- Carr, A. (2015). The handbook of child and adolescent clinical psychology. *Journal of Psychiatry*, 1, 59-67.

- Charman, T., Baird, G. (2002). Practitioner review: Diagnosis of autism spectrum disorder in 2-and 3-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(3), 289-305.
- Chown, N. (2012). 'History and First descriptions' of Autism: A response to Michael Fitzgerald. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(10), 2263-2265.
- Connell, S., Sanders, M. R., Markie-Dadds, C. (1997). Self-directed behavioral family intervention for parents of oppositional children in rural and remote areas. *Behavior modification*, 21(4), 379-408.
- Cook, K. A., Willmerdinger, A. N. (2015). The history of autism. *Furman University*, 2-6.
- Duchan, E., Patel, D. R. (2012). Epidemiology of autism spectrum disorders. *Pediatric Clinics*, 59(1), 27-43.
- Dunn, M. E., Burbine, T., Bowers, C. A., Tantleff-Dunn, S. (2001). Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Mental Health Journal*, 37(1), 39-52.
- Faras, H., Al Ateeqi, N., Tidmarsh, L. (2010). Autism spectrum disorders. *Annals of Saudi medicine*, 30(4), 295-300.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1984). Stress, appraisal, and coping. *Journal of Child Psychology*, 1, 150-153.
- Friedrich, E. V., Sivanathan, A., Lim, T., Suttie, N., Louchart, S., Pillen, S., Pineda, J. A. (2015). An effective neurofeedback intervention to improve social interactions in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(12), 4084-4100.
- Friedrich, E. V., Suttie, N., Sivanathan, A., Lim, T., Louchart, S., Pineda, J. A. (2014). Brain-computer interface game applications for combined neurofeedback and biofeedback treatment for children on the autism spectrum. *Frontiers in Neuroengineering*, 7, 21-46.

- Glazzard, J., Overall, K. (2012). Living with autistic spectrum disorder: Parental experiences of raising a child with autistic spectrum disorder (ASD). *Support for Learning, 27*(1), 37-45.
- Gray, D. E. (2002). Ten years on: A longitudinal study of families of children with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 27*(3), 215-222.
- Gray, D. E. (2006). Coping over time: The parents of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*(12), 970-976.
- Gupta, A., Singhal, N. (2005). Psychosocial support for families of children with autism. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal, 16*(2), 62-83.
- Holtmann, M., Steiner, S., Hohmann, S., Poustka, L., Banaschewski, T., Bölte, S. (2011). Neurofeedback in autism spectrum disorders. *Developmental Medicine and Child Neurology, 53*(11), 986-993.
- Houser, R., Seligman, M. (1991). A comparison of stress and coping by fathers of adolescents with mental retardation and fathers of adolescents without mental retardation. *Research in Developmental Disabilities, 12*(3), 251-260.
- Johnson, C. (2000). What do families need?. *Journal of Positive Behavior Interventions, 2*(2), 115-117.
- Johnson, C. P., Myers, S. M. (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics, 120*(5), 1183-1215.
- Kim, J., Wigram, T., Gold, C. (2009). Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy. *Autism, 13*(4), 389-409.
- King, G. A., Zwaigenbaum, L., King, S., Baxter, D., Rosenbaum, P., Bates, A. (2006). A qualitative investigation of changes in the belief systems of families of children with autism or Down syndrome. *Child: Care, Health and Development, 32*(3), 353-369.

- Ljubičić, M., Šare, S., Markulin, M. (2014). Temeljne informacije o zdravstvenoj njezi osoba s autizmom Basic information about the nursing care for people with autism. *Sestrinski Glasnik*, 19(3), 231-122.
- Lopez, V., Clifford, T., Minnes, P., Ouellette-Kuntz, H. (2008). Parental stress and coping in families of children with and without developmental delays. *Journal on Developmental Disabilities*, 14(2), 99-125.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- McEachin, J. J., Smith, T., Ivar Lovaas, O. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal of Mental Retardation*, 97, 359-359.
- McGee, G. G., Jacobs, H. A., Regnier, M. C. (1993). Preparation of families for incidental teaching and advocacy for their children with autism. *Pub Type Journal Cit*, 5, 10-38.
- Nash, J. K. (2000). Treatment of attention deficit hyperactivity disorder with neurotherapy. *Clinical Electroencephalography*, 31(1), 30-37.
- Nelson, C., Huefner, D. S. (2003). Young children with autism: Judicial responses to the Lovaas and discrete trial training debates. *Journal of Early Intervention*, 26(1), 1-19.
- Nikmat, A. W., Ahmad, M., Oon, N. L., Razali, S. (2008). Stress and psychological wellbeing among parents of children with autism spectrum disorder. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 9(2), 65-72.
- Oldfield, A. (2006). *Interactive music therapy: A positive approach: music therapy at a child development centre*. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 1(2), 102-117.
- Olson, D. H., Russell, C. S., Sprenkle, D. H. (1980). Marital and family therapy: A decade review. *Journal of Marriage and the Family*, 2, 973-993.
- PETKOVIĆ, Z. B. (2000). Autizam i autizmu slična stanja (pervazivni razvojni poremećaji). *Paediatrica Croatica*, 44, 217-222.

- Pineda, J. A., Brang, D., Hecht, E., Edwards, L., Carey, S., Bacon, M., Rork, A. (2008). Positive behavioral and electrophysiological changes following neurofeedback training in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2(3), 557-581.
- Pineda, J. A., Carrasco, K., Datko, M., Pillen, S., Schalles, M. (2014). Neurofeedback training produces normalization in behavioural and electrophysiological measures of high-functioning autism. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 369(1644), 211-379.
- Pisula, E., Kossakowska, Z. (2010). Sense of coherence and coping with stress among mothers and fathers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(12), 1485-1494.
- Pozo, P., Sarriá, E., Brioso, Á. (2011). Psychological adaptation in parents of children with autism spectrum disorders. *A Comprehensive Book on Autism Spectrum Disorders*, 1, 107-130.
- Sanders, J. L., Morgan, S. B. (1997). Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: Implications for intervention. *Child and Family Behavior Therapy*, 19(4), 15-32.
- Schall, C. (2000). Family perspectives on raising a child with autism. *Journal of Child and Family Studies*, 9(4), 409-424.
- Schilling, R. F., Gilchrist, L. D., Schinke, S. P. (1984). Coping and social support in families of developmentally disabled children. *Family Relations*, 47-54.
- Schultz, T. R., Schmidt, C. T., Stichter, J. P. (2011). A review of parent education programs for parents of children with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 26(2), 96-104.
- Sinha, D., Verma, N., Hershe, D. (2016). A comparative study of parenting styles, parental stress and resilience among parents of children having autism spectrum disorder, parents of children having specific learning disorder and parents of children not

- diagnosed with any psychiatric disorder. *Annals of International Medicine and Dental Research*, 2(4), 106-11.
- Steyn, B., Le Couteur, A. (2003). Understanding autism spectrum disorders. *Current Paediatrics*, 13(4), 274-278.
- Švraka, E., Avdić, D., Hasanbegović-Anić, E. (2012). Okupaciona terapija. *Univerzitetu u Sarajevu Fakultet zdravstvenih studija. Sarajevo.*
- Symon, J. B. (2001). Parent education for autism: Issues in providing services at a distance. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 3(3), 160-174.
- Tehee, E., Honan, R., Hevey, D. (2009). Factors contributing to stress in parents of individuals with autistic spectrum disorders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(1), 34-42.
- Tidmarsh, L., Volkmar, F. R. (2003). Diagnosis and epidemiology of autism spectrum disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(8), 517-525.
- Tsai, L. Y. (1992). Diagnostic issues in high-functioning autism. In *High-functioning Individuals with Autism*, 3, 11-40.
- Tunali, B., Power, T. G. (2002). Coping by redefinition: Cognitive appraisals in mothers of children with autism and children without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(1), 25-34.
- Turnbull, A. P., Blue-Banning, M., Turbiville, V., Park, J. (1999). From parent education to partnership education: A call for a transformed focus. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19(3), 164-172.
- Udruga, A. P. (2014). DSM-5 Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. *Zagreb: Naklada Slap.*
- Vatanoglu-Lutz, E. E., Ataman, A. D., Bicer, S. (2014). Medicine in Stamps: History of Autism Spectrum Disorder (ASD) Through Philately. *Journal of Neurological Sciences*, 31(2), 75-101.

Woodgate, R. L., Ateah, C., Secco, L. (2008). Living in a world of our own: The experience of parents who have a child with autism. *Qualitative Health Research, 18*(8), 1075-1083.

World Health Organization. Dept. of Violence, Injury Prevention, World Health Organization. Violence, Injury Prevention, World Health Organization. (2009). *Global status report on road safety: Time for Action*. World Health Organization.