

AUTIZAM



UNIVERSITA'
DEGLI STUDI DI BOLOGNA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE
DELL'EDUCAZIONE

AUTIZAM

Znanstvena redakcija :
Andrea Canevaro

Sadržaj

Poglavlje 1. Osnovne informacije

Razvoj koncepta autizma
Autizam: povijesne značajke
ICD 10
DSM IV

Poglavlje 2. Edukacijski i rehabilitacijski pristupi

Autizam, autizmi i edukacijski procesi
Tretmani

Poglavlje 3. Priča o jednoj školi: školska inkluzija Aleksanda

Poglavlje 4. Autizam u odrasloj dobi

Autizam u odrasloj dobi: evolucijski profili i načini liječenja
Karta prava autističnih osoba

Poglavlje 5. Informacijski resursi

POGLAVLJE 1

Osnovne informacije

Povijest autizma, iako je relativno kratka, bila je predmet brojnih istraživanja koja su pokrenula čitav niz literature na tu temu. U malo više od pedeset godina pronašli su se odgovori na pitanje zašto dolazi do te razvojne bolesti, ali su se pokrenuli i neki mitovi o autizmu koji još i danas čine osnovu ubjeđenja brojnih stručnjaka koji se njime bave. Velik je broj autora koji su se bavili temom autizma i osmislili brojne teorije i pretpostavke. Mnogobrojnost pristupa i tretmana kod autizma nerijetko otežavaju učiteljima, nastavnicima, odgajateljima i roditeljima orijentaciju u literaturi i svijestan odabir tretmana. Upravo iz tog razloga smatramo da bi bilo korisno analizirati sa povijesne točke gledišta razvoj istraživanja u ovom sektoru, osvrćući se ukratko na doprinose najvažnijih autora i na najnovija otkrića i tipologije tretmana.

Dokumenti koji sačinjavaju prvo poglavlje upravo su zato orijentirani ka tome da:

- sagledaju razvoj koncepta autizma kroz povijest;
- nas podsjetu koji su najglavniji faktori u najnovijim pristupima, posebice aspekti znanja, neurobiološki aspekti, smetnje te druga obilježja vezana za autizam;
- predstave instrumente rada ICD10 i DSM IV kako bi se čitatelji upoznali sa kodificiranim dijagnostičkim kriterijima koji se danas koriste.

Iz: AUTIZAM DANAS
Br. 1, septembar 2001.

Evolucija koncepta autizma

Gionata Bernasconi – odgajatelj u Sekretarijatu ARES

Povijest autizma, iako je ona veoma kratka, bila je predmet brojnih istraživanja koja su potaknula stvaranje opširne i mnogobrojne literature na tu temu. U malo više od pola stoljeća pronašli su se neki odgovori na pitanje zašto dolazi do te razvojne smetnje, ali su se isto tako stvorili mitovi koji i danas čine osnovu pristupa brojnih stručnjaka u liječenju autističnih osoba. Autore koji su na različite načine pokušali opisati autizam, sa manje ili više ozbiljnih pretpostavka, ne ubrajamo. Kako bi izbjegli anakronističke interpretacije autizma potrebno je postaviti razvoj istraživanja u ovom sektoru u jedan povijesni kontekst.

1943. god., američki dječji psihijatar, Leo Kanner, publicirao je članak u stručnoj reviji «Nervous child» u kojem opisuje jedanaestero djece stare između dvije i deset godina koji imaju slične simptome. Taj članak bio je prvi pokušaj teoretskog objašnjenja autizma i danas se koristi za datiranje početka istraživanja o autizmu. Kanner je naglasio kako su sva djeca koju je opservirao manifestirala nesposobnost, koja je bila prisutna od najranijeg djetinjstva, da stupe u kontakt sa okolinom.

Pored jedne opće nesposobnosti u komunikaciji, bile su prisutne teške smetnje u jeziku i u društvenim odnosima. Kanner je smatrao kako društvena izolacija predstavlja osnovnu karakteristiku koja je zajednička svoj djeci koju je opservirao u «Harriet Home for Invalid Children» klinike «Johns Hopkins» iz Baltimore.

Austrijski doktor, Hans Asperger, publicirao je tijekom drugog svjetskog rata (1944. godine), članak koji opisuje grupu ljudi koji imaju smetnju koju on naziva «autistična psihopatija». Društvena izolacija, stereotipno ponašanje i otpor u izmjeni rutine savršeno se poklapaju sa karakteristikama jedanaestoro djece koje je opisao Kanner. Dok Kanner primjećuje kako troje djece uopće ne govori a preostalih osam ima eholaliju i jezične sposobnosti koje snažno zaostaju u razvoju, Hans Asperger uviđa da slučajevi koje je on opisao nemaju nekih bitnih smetnja u govoru. Trenutno se Aspergerov sindrom razlikuje od sindroma autizma upravo zato što nema smetnji u govoru i u kognitivnom razvoju. Adaptivno ponašanje je, izuzev u društvenoj interakciji, prikladno godinama. Svaki od navedenih autora koristi termin «autizam» na neovisan način. I Kanner i Asperger su ga, najvjerojatnije, preuzeli od švicarskog psihijatra Eugena Bleulera koji se koristio istim terminom kada je, početkom XX stoljeća, govorio o društvenoj izolaciji koju je zamijetio kod nekolicine odraslih šizofreničara. Dvoje autora, za razliku od Bleulera, koriste termin «autizam» (grčki autòs = sam sebe) bez da ga povezuju sa šizofrenijom. Bez obzira na to što se smatra da su Kanner i Asperger prvi opisali autizam, i ranije su publicirani tekstovi u kojima se navode opservacije i anegdote vezane uz osobe za koje danas možemo reći da boluju od autizma. Najpoznatiji takav slučaj jest priča o «divljem dječaku» Viktoru iz Aveyrona kojeg je Itard opisao 1801. godine kao i priče o «blaženim luđacima» iz stare Rusije.

Od jedanaestoro djece koju je opisao Kanner petoro su bila djeca psihologa ili psihijatra a ostalih šest bili su djeca roditelja sa završenim fakultetom. Bazirajući se isključivo na ovim podacima, po jednoj od prvih pretpostavki **50 – ih** godina XX stoljeća, pojava autizma bila je povezana sa društvenim i kulturalnim statusom obitelji. Kanner je u početku smatrao da je autizam urođena smetnja, kako je zaključio na osnovi opservacija obitelji koje su bile kod njega na tretmanu. No **1955.** godine zaključio je kako oni roditelji koji su prezauzeti intelektualnim aktivnostima, perfekcionista i sa malo smisla za humor, mogu biti uzrok autizma koji se razvio kod njihove djece.

Kanner nije uzeo u obzir to da su njegovi pacijenti bili izabrani na osnovi njihove sposobnosti da se informiraju o postojanju specijalista dječje psihijatrije kojemu se mogu obratiti. Iz toga slijedi da uzorak koji je Kanner opservirao nije bio reprezentativan budući da su se samo oni roditelji koji su imali visok društveni i ekonomski položaj mogli obratiti jednom tako uglednom psihijatru kao što je bio Leo Kanner.

Bettelheim je bio jedan od autora koji je slijedio pretpostavku o psihogenetskim uzrocima autizma i čitav njegov rad bio je baziran na toj interpretaciji koju je, doduše, naslutio Kanner. Po Bettelheimu, poremećaji osobe oboljele od autizma, nisu dakle bili organske prirode, već su nastajali kao reakcija na pomanjkanje ljubavi i pažnje od strane roditelja. Ta su se djeca onda povlačila u jedan oblik izolacije koja ih je branila od vanjskih utjecaja. Bettelheim je snažno utjecao na širenje ove teorije i izmislio termin «majčin frižider» kako bi opisao hladnoću i distanciranost koju su pokazivale majke u neposrednoj brizi i njezi svoje autistične djece.

1967. godine, kada je Bettelheim napisao knjigu «Prazna utvrda», pomanjkanje istraživanja i znanstvenih metoda u polju autizma, pripomogle su u rasprostranjivanju mnogobrojnih knjiga prepunih neosnovanih i pomalo naivnih interpretacija. Još u srednjem vijeku, kada se rodilo deformno dijete ili djeteta sa evidentnim problemima, vjerovalo se kako je žena krivac jer je «zgriješila» prije trudnoće. Bettelheim i ostali autori iz njegovog doba predložili su teoriju koja, u biti, podsjeća na modele iz srednjeg vijeka. U društvu koje je pretežno bilo maskilističko bilo je prirodno da su za uzroke smetnji kod svoje djece bile krive majke i njihova interakcija sa djecom. Početkom 60 – ih godina u Americi i Europi rađali su se centri koji su se posvećivali sistematskom studiranju osoba sa autizmom. Prije toga, ta su djeca bila etiketirana na

različite načine, i budući da se koristio čitav niz različitih termina, stvorila se potreba da se postave precizniji dijagnostički kriteriji. U DSM – II (Priručniku za dijagnozu i statistiku društva američkih psihijatra) koji je bio publiciran **1968.** godine, autizam je bio klasificiran kao jedan tip dječje šizofrenije i termini kao što su «dječja psihoza» i «simbiozna psihoza» bili su još uvijek korišteni za definiranje te smetnje.

1969. godine, kada je čovjek prvi puta otišao na mjesec, tijekom prve skupštine Nacionalnog Društva za Autističnu Djecu (danas Američko Društvo Autizma), Leo Kanner je javno oslobodio roditelje krivnje da su oni uzrok razvoja sindroma autizma u njihove djece. Američki psihijatar, koji je u međuvremenu nastavio raditi sa autističnom djecom, vratio se na svoju prvu pretpostavku da je autizam urođena razvojna smetnja.

1970. godine, osnovana je važna međunarodna revija o autizmu: «The Journal of Autism and Childhood Schizophrenia». Kasnije je promijenila ime u «Journal of Autism and Developmental Disorders» budući da je sve više znanstvenika usmjeravalo svoja istraživanja o autizmu u sferu razvojnih smetnji.

1971. godine, Leo Kanner vratio se opservaciji jedanaest slučaja koje je opisao 1943 – e god. dodajući nove elemente u njihovu razvoju. Kanner uviđa kako nakon trideset godina nitko još nije uspio pronaći terapijsku metodu koja bi pomogla da se dobiju trajni rezultati i poboljšanja. Psihijatar zaključuje svoj članak pišući kako smatra da nova istraživanja otvaraju bolje perspektive za godine koje dolaze.

1972. godine, u Sjedinjenim Američkim Državama, program TEACCH (The Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children) formalno je priznat kao državni program Sjeverne Caroline. Taj program, koji je osnovao Eric Schopler, zasniva se na sustavu službi koje se bave sa autističnim osobama i sa njihovim obiteljima od postavljanja dijagnoze do odrasle dobi. Jedno od najbitnijih obilježja programa TEACCH jest suradnja između odgajateljskih timova, stručnih timova, roditelja i stručno usavršavanje djelatnika koji rade sa autističnim osobama.

1978. godine, jedan članak od Michaela Ruttera veoma precizno opisuje simptome autizma te naglašava kako su oni prisutni prije treće godine života.

1979. godine, Lorna Wing piše da je autizam razvojna smetnja u kojoj su glavne karakteristike povezane sa problemima u socijalizaciji i govoru kao i sa pomanjkanjem interesa i imaginacije.

Godinu dana kasnije, **1980.** godine, u trećoj reviziji Dijagnostičkog i Statističkog Priručnika (DSM – III), promjena u percepciji autizma vidljiva je u uvodnom djelu poglavlja koje je posvećeno Općim razvojnim smetnjama. Autizam nije više smatran kao psihoza, već je premješten u dotično poglavlje.

Sanua, u članku koji izlazi **1987.** godine, mogao je odbaciti tesu o «roditelju – frižideru» zahvaljujući statističkoj metodi koja je bila preciznija i objektivna u prikupljanju informacija o obiteljima sa autističkom djecom.

1987. godine Svjetska Zdravstvena Organizacija objavljuje deseto izdanje Priručnika za dijagnozu mentalnih smetnji (ICD – 10), a taj priručnik, kao i DSM – III klasificira autizam u Opće razvojne smetnje.

1994. godine izdan je Priručnik za dijagnozu i statistiku mentalnih smetnji u svojoj četvrtoj reviziji (DSM – IV) u kojem ostaje, kao i u prošlom izdanju, dijagnostički kriteriji autizma u poglavlju Opće Razvojne Smetnje. Definicija autizma, po priručniku DSM – IV je ona koja je i danas svjetski priznata te zajedno sa ICD – 10 predstavlja međunarodno odobravanje svih stručnjaka koji se bave autizmom.

Od Kannerovog članka do danas, opis karakteristika osobe oboljele od autizma ostao je uglavnom isti. Velika promjena desila se u samoj prirodi te smetnje. Autizam je prešao od

stanja psihološke «blokiranosti» na stanje Opće Razvojne Smetnje, uništavajući tezu da su roditelji odgovorni za nastanak te smetnje.

Kao što nas podsjeća Enrico Micheli u svojoj knjizi «Autizam: prema boljoj kvaliteti života», danas je najbolji tretman za osobe oboljele od autizma skup tretmana koji se baziraju na najranijoj dijagnozi, na suradnji sa obiteljima i podršci, na edukaciji autistične osobe (uzimajući u obzir specifične poremećaje), na koordinaciji različitih službi i ustanova koje se bave autizmom i koje bi trebale pokrivati cijeli životni ciklus tih osoba.

Ovaj tip tretmana na duge staze pokazao se efikasnim smanjujući broj interniranih osoba u ustanove zatvorenog tipa. Niti jedna individualna terapija nije se pak varificirala kao efikasna. Iako je autizam od 1980. godine prihvaćen kao hendikep, još i danas nailazimo na roditelje koji troše vrijeme i novac na psihoterapije u nadi da će naići na čudotvorno izliječenje.

Iz: Visconti Paola «Aleksandrov svijet», Phoenix Editrice, 2001

Autizam: povijesna obilježja

Autizam postoji još iz starih vremena. Tek 1979. god. nailazimo u literaturi na opis jednog dječaka koji, iako ne može rigorozno biti definiran kao autističan, ima ponašanja koja su veoma slična onima koja su tipična za autizam.

Victor, «divlji dječak», koji je sa dvanaest godina pronađen u šumi Aveyron, manifestira povučenu, izolaciju i paradoksalne reakcije na zvukove i stereotipe. Dijagnoza koju mu je postavio poznati psihijatar Pinel jest «urođeni idijotizam».

Poistovjećivanje autističnih osoba sa idijotima i mentalno retardiranim osobama jest grana u zdravstvu koja nestaje tek 1943. god. kada, zahvaljujući američkom psihijatru Leu Kanneru, autizam postaje patologija dostojna digniteta. Tada se počinje pričati o čudnoj djeci «lijepoj ali zagonetnoj», naizgled inteligentnoj, «koja su došla na svijet za urođenom nesposobnošću, bez ikakvih biološki određenih sposobnosti u stvaranju društvenih odnosa». Njihovi roditelji pričaju o njima kao o «samima sebi dovoljnima, kao u školjci zatvorenima, najsretnijima kada su sami i pušteni na miru, koji reaguju kao da ostali ne postoje i daju nam utisak tihih mudraca» (Kanner, 1943).

Kanner je, još prije nego što je postavio uzročne veze sa okolinom u kojoj autistična osoba živi (posebno sa majkom), pretpostavio biološku disfunkciju jednog od cerebralnih substrakata koji su odgovorni za emotivnu komponentu i za onu društvenu i koji su još danas velikim djelom misterija. Puno je toga od tada bilo napisano o autizmu, toliko da je to danas jedna od najpoznatijih i, što se simptoma tiče, najdefiniranijih dječjih neuropsihijatrijskih patologija. Ali ne može se to isto reći za eziologiju.

Nakon prve knjige, Kanner je obratio više pozornosti na ponašanje roditelja, posebice majke koja je općenito «hladna» i više pozornosti posvećuje poboljšanju svoje karijere i društvenog statusa nego brizi o djeci. Pretpostavio je i veću incidenciju autizma u višim društveno – kulturalnim klasama. Ove su teorije bile uvelike konfutarane od narednih epidemijoloških studija i što se tiče ponašanja i što se tiče društveno – ekonomskih aspekata. Vjerovatno je Kanner slučajno izabrao grupu roditelja iz visoke društvene klase: u to vrijeme bilo je dosta neobično obratiti se dječjem neuropsihijatru i samo oni roditelji koji su bili pažljivi i koji su imali visok kulturalni i ekonomski položaj mogli su uživati u takvoj prilici.

Šta se misli danas

U međunarodnoj sferi trenutno ne postoji više niti jedan ozbiljni znanstvenik ili profesionalac sa iskustvom koji pridaje nekakvu odgovornost ne adekvatnoj interakciji sa roditeljima i koji savjetuje psihoterapiju psihodinamičnog tipa kao jedini tretman. Bez obzira na to, do nedavno, i nažalost još uvijek, nailazimo na one koji interpretiraju autizam kao «odbacivanje», kao jedan «dobrovoljni egzil» djeteta iz našeg svijeta kojeg djete doživljava kao prijatnu, neprijateljski nastrojenog; izbor dakle naspram majke koja je previše depresivna, distancirana i «nedovoljno dobra».

Najbolji tretman da se pomogne tom «fragmentiranom» djetetu nalazi se u psihoterapiji, u sklopu koje riječi i geste djeteta koji naizgled nemaju nikakvo značenje, bivaju interpretirane i prihvaćene na način da ostave mjesta za sve poruke koje djete «želi» poslati, u iščekivanju njegova otvaranja prema svijetu.

Biti će jasnije u nastavku, kada budemo opisali specifične društvene, emotivne i kognitivne nesposobnosti autističnog djeteta, kada budemo objasnili koliko je za njega teško pokušavati funkcionirati u nepredvidljivom, nestrukturiranom i bezgraničnom ambijentu i koliko njegova sposobnost odabira može biti ilusorna.

Ta vizija koja je davala nade za ozdravljenje nije naišla na niti jedno odobrenje u raznoraznim istraživanjima o efikasnosti predloženih tretmana. To ne znači da djeca oboljela od autizma ne mogu poboljšati stanje. Malo kasnije biti će govora o prirodnom tijeku autizma i o efikasnosti različitih tretmana.

Kliničke karakteristike: trijaža

Za sada ćemo se usredotočiti na osnovne karakteristike ove patologije, za koju je točnije koristiti termin sindrom. Ono što karakterizira autizam jest skup simptoma iz kojeg proizlaze raznovrsne kliničke slike, a što se tiče uzroka pretpostavlja se da odlučujuću ulogu igraju genetski faktori. Do danas, pitanje ne može biti preciznije definirano.

Prije svega treba pojasniti polje u kojem se krećemo. Nakon što je izdan DSM III – R (1987) i nakon revolucije koncepta koja je započela 1964. godine sa objavom knjige «Autizam» Bernarda Rimlanda (psihijatar i otac autističnog djeteta koje danas ima 40 godina), ne govorimo više o psihozi. Ova patologija pretpostavlja alteraciju u razmišljanju i u kontaktu sa realnošću.

U autizmu ne postoje halucinacije, deliriji ili alteracije svijesti. Radi se dakle o pervazivnom poremećaju ili općem razvojnom poremećaju. To znači da je poremećaj prisutan od rođenja, da nije uvjetovan ambijentalnim uzrocima i da je usko povezana sa razvojem djeteta tijekom kojeg se manifestira cerebralna dizorganizacija.

Razvoj je stoga teško kompromitiran, i zbog ispoljavanja poremećaja i zbog toga što su uglavnom tri polja oštećena: komunikacija, socijalizacija i motivacija (tzv. trijaža). Riječ je o sferama koje su osnovne za ljudsko biće kao takvo. Dokaz ove tvrdnje pružaju nam autistične osobe kojima ne nedostaje inteligencija i koji se samostalno kreću u našem društvu, ali koji nam se čine kao «različiti», kao «vanzemaljci».

To je ono što je zapazio Oliver Sacks, nakon što je intervjuirao Temple Grandin, autisticu koja ima kvocijent inteligencije viši od 130, koja predaje na Univerzitetu o arhitektonskim strukturama u životinja, a koja u potpunosti ne poznaje zajedničke društvene norme i načine osjećanja emocija.

Ali nas i sama Grandin informira o svojoj tuzi, o svojem «ne razumijevanju nas» i o svojem osjećaju da je različita i da je «izvan grupe» što inače pomaže u stvaranju sigurnosti.

Poremećaj u društvenim interakcijama

Ono što je zajedničko svim osobama oboljenim od autizma jest «teškoća u stavljanju u poziciju od drugog» (prvi element trijaže). Te osobe imaju drugačiji način psihološkog funkcioniranja od našeg iako imaju osjećaje isto kao i mi. Sretni su kada ih se hvali, ljute se ako ih se zeza ili ako ne razumiju situaciju, privrženi su roditeljima i onima koji se za njih brinu, pate ukoliko ih se ostavi. Ali nemaju iste načine iskazivanja osjećaja kao i mi i naizgled izgledaju hladni. Žele, ili bi voljeli stupiti u kontakt sa okolinom, ali neznaju kako da to učine. Često se pretpostavlja da autistična djeca odbijaju imati odnose sa okolinom te ih procjenjujemo kao asocijalnima. Ali pokušajmo razmisliti o kompleksnosti ljudskih odnosa, koliko se mi «normalini» trudimo da poštujemo društvena pravila, uobičajena pravila ljubaznosti, da poštujemo red u govoru, modalitete igre koji pomažu i djeci i odraslima da budu dio jedne grupe. Koliko se puta osjećamo neugodno u nekoj novoj sredini, i trudimo se da shvatimo misli i navike onih koji nas okružuju? Iako imamo urođeni društveni smisao koji se s vremenom nadogradio, u najvećem broju slučajeva moramo se truditi da se smješamo i da se adaptiramo onome što nam je nepoznato i strano. Hajdemo pokušati zamisliti koliko je teško malim «vanzemalcima» da se stave u našu poziciju; njima je ta sposobnost biološki oduzeta i nikad se u tome nisu mogli vježbati. Za autiste je sve «uvijek novo».

Američka znanstvenica Geraldine Dawson pretpostavila je da u slučajevima autizma nedostaje fenomen navike. Nakon što je više puta ponavljan određeni podražaj društvenog tipa – bez obzira da li se radilo o slušnom, taktilnom ili vizualnom – naš mozak ne reagira više tako što se alarmira, već uči iz iskustva.

Jednom riječju, uči i raspolaže sjećanjem koje će moći obraditi ili dozvati iz pamćenja. Za autiste je sve mnogo kompliciranije. Proces se završi normalno ukoliko se radi o jednostavnim percepcijskim iskustvima, ali je to nemoguće u slučaju društvenih podražaja (od najjednostavnijih oblika kao traženje pogleda ili osmjeha do onih oblika koji podrazumijevaju govor ili kompleksnije društvene znakove kao na primjer geste, suosjećanje ili iznenađenje, tugu, sarkazam ili ironiju).

Djeca sa autizmom bi se konstantno nalazila u stanju hiperuzbuđenosti, koje im ne bi dozvolilo da imaju stabilno percepcijsko poznavanje različitih situacija, pa bi njihovo shvaćanje svijeta koji ih okružuje bilo fragmentirano.

Tijekom prve godine djetetova života roditelji fiziološki i nesvjesno ponavljaju ono što djetete izražava, kako bi mu to vratili sa usporenim ritmom, naglašavajući značaj poslano poruke, kako bi omogućili djetetu da ima *feedback* društvenih znakova koje izražava. Na taj se način stvara osnova za privrženost i za razvoj društvenog reciprociteta. Roditelji autistične djece često u tome uzaludno pokušavaju. Engleski znanstvenik Hobson spominje jedan video zapis na kojemu je majka kako se igra sa svoja dva blizanca, od kojih će se za jednog kasnije uspostaviti da je autističan. Dok sa zdravim djetetom majka ima normalan vizualni kontakt, sa autističnim djetetom još od početka postoje poteškoće: djetete sklanja pogled i ne nadovezuje se na majčin pogled kada mu se ona obrati. Sve to traje nekoliko mjeseci nakon čega majka nesvjesno prestaje inzistirati i posvećuje pažnju samo djetetu koje joj odgovara. «Teorija uma» od Baron – Cohena i Utaha Fritha specificira kognitivni poremećaj u sposobnostima koje se kompletno oblikuju nakon treće godine života. Normalna djeca razvijaju već od prve godine života sposobnost da umno predoče društvena iskustva koja su doživjeli u interakciji sa roditeljima, nakon čega usvajaju sposobnost «empatije», odnosno u stanju su misliti ono što misle i drugi. Radi se o sposobnosti koja je osnovna i koja se svakodnevno koristi u ljudskim odnosima. Najveći dio našeg društvenog djelovanja zasniva se na onome što drugi znaju i očekuju ili pak na «konvencionalnim» društvenim znakovima koje nam šalju. Naravno da sve to ne znači da ćemo se poistovjetiti sa grupom ili da će nam usfaliti sloboda izbora u

trenutku kada odlučimo da prekršimo poneko «nepisano pravilo». Problem autistične osobe leži upravo u toj nemogućnosti izbora, u njezinoj krutosti, koja u najboljem slučaju napravi od nje osobu koja je diskretan imitator naših društvenih navika, ostajući pri tome «smotan» i neadekvatan.

Prisjetimo se nekih Aleksandrovih rečenica: «ja ću kada odrastem biti zidar, jer oni jako rano ustaju i popravljaju crijepove, kada budem imao šesnaest godina imati ću plavi Citroen AX i nositi ću mušku smeđu jaknu»: jednostavne rečenice koje nam govore o normalnim težnjama jednog djeteta, ali su anakronistične za dijete od dvanaest godina, a pogotovo ako su stereotipne i usko povezane za činjenice i perceptivne podatke (plava i smeđa boja). Malo nam je dozvoljeno da znamo o njegovim emocijama.

Različite društvene tipologije

Sa kliničko – simptomatske točke gledišta, u društvenoj sferi možemo naići na različite tipologije, kao što su objasnile dvije engleske znanstvenice Loma Wing i Judith Gould. Ponašanje u društvenoj sferi može biti prikazano u kontinuumu: polazi se od situacija za koje smatramo da su klasični autizam sa karakterističnim povlačenjem u sebe (alone), do situacija u kojima je dijete pasivno i uključuje se bez da pri tom uzme inicijativu (passive), i ostalih u kojima je dijete aktivno i nespretno i traži kontakt na neadekvatan način (active but odd).

Radi se o onoj djeci, među koje spada i Aleksandar koji kontinuirano postavlja ista pitanja iako perfektno dobro poznaje odgovore, koja mirišu drugu djecu ili bace predmet iza leđa kako bi privukli pažnju na sebe. Ove se tipologije mogu mijenjati i međusobno pomiješati s vremenom, u tijeku razvoja. Očito je da za svaki slučaj treba izabrati najadekvatniju strategiju tretmana i da će svaka promjena koja uslijedi iz određenih tretmana biti evaluirana uzevši u obzir fiziološki prijelaz iz jedne tipologije u drugu.

Ako uzmemo u obzir ono što smo sada rekli, i nakon što smo krenuli od definiranja autističnih osoba kao asocijalnih, hladnih, izoliranih, možda ih sada možemo korektnije definirati kao «asocijalne», budući da izgleda da su premalo svjesni realnosti koja ih okružuje.

Poremećaji u komunikaciji

Drugi karakteristini element tirjaže simptoma autizma je poteškoća/anomalija u komunikaciji. Poželjnije je pričati o komunikaciji nego o jeziku zato što, u kontinuumu kliničkih slika autizma, stupanj jezičnih sposobnosti može uvelike varirati: ide se od situacija u kojima je upoće nema (50 % slučajeva) do situacija u kojima su prisutna oglašavanja, lalacija i jednostavne rečenice, do onih slučajeva u kojima je strukturacija netaknuta, riječnik bogat ali fali pragmatika i reciprocitet u komunikacijskoj intencionalnosti. To su najrazvijeniji slučajevi, tzv. High – functioning ili Asperger, u kojima, budući da su izražajne sposobnosti netaknute, više dolaze do izražaja atipičnost, krutost i slaba sposobnost u komunikaciji koji su obilježja autizma. Tipična je za ovakve slučajeve inverzija subjekta u rečenici i pričanje u drugom ili trećem licu umjesto u prvom. To je bio razlog zbog kojeg se u prošlosti pretpostavljalo da dijete nejasno razlikuje sebe od drugih. Danas, barem ako se držimo nekih eksperimentalnih dokaza, ta je pretpostavka oborena, budući da «su autistične osobe u stanju prepoznati i pravilno koristiti lica; oni imaju poteškoća u razumijevanju uloga koje se koriste u konstrukciji konverzacije. U stvari prvo lice nije neophodno u razumijevanju onoga o čemu govori onaj tko priča, ono služi da bi se pokazalo da priča» (Jordan, 1989). Sada nam je pomalo jasno kako je to za autističnu osobu nebitno, budući da se ne može staviti u tuđu poziciju.

Druge specifičnosti na koje nailazimo su indikacije atipičnosti i poremećaja u pragmatici, odnosno u sposobnostima prilagođavanja vlastitih akcija, izražavanja i društvenih intencija ambijentu koji nas okružuje. Te sposobnosti podrazumijevaju veliku dozu empatije i

razumijevanja. Tipičan primjer je onaj sa pitanjima: u slučaju autista radi se o pitanjima koja se ponavljaju, koja predstavljaju težak komunikativni teren jer se gotovo uvijek odnose na nešto drugo u odnosu na samo pitanje i u najvećem broju slučajeva podrazumijevaju da oni kojima su upućena dobro poznaju situaciju, a ujedno predstavljaju jednostavnu komunikaciju koja odmah privlači pažnju.

Još jedan primjer je doslovno razumijevanje: autisti ne uspijevaju razumijeti retoričke figure, idiomatske rečenice, metafore, sarkazam. Radi se o nesposobnosti koja proizlazi iz nemogućnosti da se zamisle misli i namjere drugoga. Budući da su privrženi perceptivnim podacima, netko je definirao tu djecu kao «hiperrealiste». Ima pravo dakle Dustin Hoffman u filmu «Kišni čovjek» kada odgovori «vlažno» na pitanje Valerie Golino «kako je bilo» nakon što ga je poljubila.

U gotovo svim slučajevima nailazimo na eholaliju. Nedavno se priznalo eholaliji neka vrsta komunikacijske intencije budući da razlikovna eholalija obično napreduje duž jednog komunikacijskog kontinuuma, sa ili bez edukacijskog tretmana. U normalnu razvoju jezika prisutno je fiziološko stanje eholalije koje djete upotrebljava kada je komunikacija preopterećena i kada ne razumije ono što mu se govori. Vjerovatno je da i kod autističnog djeteta postoji proces analiziranja i ponovnog kombiniranja koji pospješuje artikulaciju novih rečenica. Ali moguće je i stanje uznemirenosti ili pretjerana prisutnost verbalno – društvenih podražaja koji tjeraju pojedinca da besciljno ponavlja jedno te isto.

Smanjenje interesa i nedostatak imaginacijskih aktivnosti i igre

Kako bi zaokružili trijažu simptoma autizma moramo nešto reći i o imaginacijskim aktivnostima i o igri. Tipičan je za autizam slab interes, opsesivni stereotipni interesi, nedostatak simbolične igre i imaginacijske aktivnosti. To ne znači da se autistična djeca ne znaju igrati, već da se igra «hajdemo se praviti da» ne razvija spontano i ukoliko je nauče ona se ograničava na objašnjenim modelima.

U sferi igre i imaginacijsko – kreativnih sposobnosti ne smijemo smetnuti sa uma osnovne poteškoće autista, a sa time ne mislimo na jednu specifičnu ezijologiju već na neuropsihološke karakteristike koje mogu biti most između bioloških uzroka koji još nisu poznati i između ponašanja i simptoma koje susrećemo u svakidašnjici. Bez tih informacija i znanja velik broj ponašanja činio bi nam se kao nemotiviran, naizgled nerazumljiv, i ne bi se mogao osmisliti rehabilitacijski tretman usmjeren na osposobljavanje i na učenje dotičnih kompetencija. Simbolička igra počinje se razvijati kod djeteta od osamnaestog mjeseca a od tada se nastavlja razvijati u sve kompleksnijem i artikuliranijem obliku. Kako bi do toga došlo djete mora imati sposobnost da si predoči stvari, akcije i situacije; jednom rječju da «uhvati» stvarnost koja ga okružuje. Sve je to povezao sa sposobnoću svakog od nas da si predoči iskustvo koje ga okružuje, sposobnost koju učimo najvećim djelom od roditelja i to ne toliko na verbalnom nivou koliko na emotivo afektivnom nivou.

Englez Hobson, poput Kanner u početku, pretpostavlja da u slučajevima autizma postoji biološki osnovan poremećaj u sustavima koji reguliraju afektivnost. Autistično djete budući da nije u stanju percepirati tuđe emocije, ne može podijeliti sa ostalim živim bićima viziju svijeta od koje bi mogao razlikovati sopstvenu. Smisao poznavanja svijeta kod djeteta proizlazi iz prvih podijeljenih značenja stoga će poremećaj u najranijem stupnju emotivnosti dovesti do kognitivnih poteškoća koje se tiču imaginacijskih aktivnosti, komunikacije i razumijevanja mentalnih stanja (Jordan e Powell, 1997).

Za razliku od Baron – Cohena i Utah Fritha koji su razvili «teoriju uma», Hobson usmjerava koncentraciju na najraniji razvojni period i to u emotivnoj sferi bez da to znači povratak na zastarjele teorije psihogenetskog tipa. Traženje rutine i opsesivnost kod Aleksandra su, po

Hobsonu, jedno traženje stabilnih točaka, točaka koje se mogu predvidjeti, a to je neophodno u svijetu kojeg je teško interpretirati, pogotovo u socijalnoj sferi koja se veoma teško kodificira.

Simptomi koji su povezani sa trijažom

Drugi aspekti koje prepoznamo kod autističnih osoba idu od mentalne retardiranosti do senzorijskih smetnji slušnog, taktilnog i vizualnog tipa: ne radi se o pravim poremećajima već o posebnim alteracijama. Temple Grandin podsjeća nas kako je za nju veoma teško filtrirati buku u određenim ambijentima dok telefonira, podnositi kontakt sa tekstilom ili sa kožom koji proizlazi iz zagrljaja ili maženja.

Poteškoće u učenju prisutne su u velikom postotku (otprilike 70 %), iako su dosta dugo vremena ostale nepoznate zbog prvog Kannerovog opisa po kojem su autisti veoma inteligentne osobe, budući da se ta teorija zasnivala na njihovom pažljivom i budnom pogledu, a možda čak i na njihovom vanjskom izgledu.

Otoci sposobnosti

Još jedan faktor koji otežava dijagnosu i koji nerijetko dizorijentira roditelje jesu «otoci sposobnosti», koje je objasnio Dustin Hoffman u filmu «Kišni čovjek». Kako reći za jednu osobu koja istovremeno može izbrojati šest špilova karata i koji se sjeća svih avionskih nesreća da ima ograničene kognitivne sposobnosti? Na tom filmu su, premda je prilagođen kenamatografskim potrebama, surađivali najveći američki eksperti autizma kao što su Rimland i Ritvo, a nevjerojatne sposobnosti glavnog lika rezultat su povezivanja različitih «otoka sposobnosti» koji su prisutni kod više nadarenih osoba sa autizmom. Aleksandar, na primjer, ima ogromne sposobnosti kada su u pitanju matematika i datumi, bez obzira na to što katkada ne uspijeva riješiti i najbanalnije logičke operacije apstraktnog tipa i što nezna koristiti novac. Jedna specifična i artikulirana evaluacija kognitivnih sposobnosti kod autista uvelike nam pomaže u osmišljavanju jednog edukacijskog projekta i iz samog početka pruža nam odličnu informaciju u vezi prognoze. Znamo, naime, da djeca sa visokim kvocijentom inteligencije imaju pozitivniji razvoj i potrebna im je podrška u puno manjoj mjeri.

Neurobiološki aspekti

Što se neuroloških znanosti tiče, u posljednjih dvadeset godina postoji velik broj doprinosa. Koncept podgrupa, u različitim pokušajima eziološkog pojašnjavanja, nailazi na odobravanje ne samo zbog raznolikosti kliničkih slika, već i zbog što je iz istraživanja proizašlo da postoje alteracije u raznim parametrima. Teško je stoga pretpostaviti da postoji samo jedan uzrok: vjerodostojnije je smatrati kako postoje različite podgrupe sa zajedničkim kliničkim karakteristikama i abnormalnostima iz određenog biološkog parametra. Uz koncept podgrupa usko je povezan i koncept spektra autizma, odnosno kontinuum kliničkih situacija koje mogu biti definirane kao «autistične», objedinjene prisutstvom elemenata koji sačinjavaju trijažu. Tako u 30 – 50% slučajeva unutar spektra autizma postoje osobe sa organskim urođenim ili usvojenim patologijama koje se podudaraju (Gillberg e Coleman, 1992; Lelord e Sauvage, 1994). U tim slučajevima radi se uglavnom o atipičnom autizmu kod kojeg simptomi nisu uvijek dobro okarakterizirani, dok je komponenta retardiranosti dominantna. Ukoliko želimo govoriti o autizmu pridržavajući se kodificiranih dijagnostičkih kriterija (ICD10, DSM IV) treba postojati trijaža simptoma, a anomalije trebaju biti kvalitativnog a ne kvantitativnog tipa, odnosno one ne mogu biti pripisane retardiranosti. Nalazimo se, u biti, pred djecom koja nas pogađaju zbog njihovih atipičnosti i čudnosti, a ne zbog pomanjkanja izražajnih sredstava koja im onemogućuju da sa nama komuniciraju, da se igraju ili odnose sa drugima.

Postoje i slučajevi (50 – 70%) kod kojih, i nakon detaljne opservacije, ne susrećemo patologije ili definirane neurološke štete: obično se radi o slučajevima sa najvećim stupnjem inteligencije, koji imaju klasične sindrome i alteracije u nekim biološkim parametrima, bez da se zbog toga mogu pretpostaviti poznate patologije. Alteracije mogu biti, na primjer, imunološke anomalije koje su dovele do pretpostavke da postoje autoimuni organizmi pa stoga i do pokušaja terapije uz pomoć imuno modulatora. Za slučajeve iz te podgrupe smatralo se ta imunološka pretpostavka može biti eventualno genetski određena. U drugim slučajevima pretpostavlja se da je riječ o manji serotoninergetskih ili dopaminergičkih mehanizama na osnovu pronalaznja povišene vrijednosti serotonina u krvi ili metabolita iz dopamine u urinu. Još jedan podatak odnosi se na visoku incidenciju (od 47 do 83% slučajeva) elektrocefalografske anomalije, ponekad bez epilepsije, kao da se želi naglasiti koncept celebrarne krhkosti. U neurofiziološkoj sferi naglašene su disfunkcije u sposobnosti da se povežu dva različita senzorijska podražaja, jednu asenzibilnost ili hipersenzibilnost na slušne podražaje, alteriranu kontrolu u modulaciji sustava koji su odgovorni za regulaciju primanja različitih senzorijskih podražaja. Kao što možemo zapaziti ovi podaci mogu nam pomoći da lakše izdvojimo poteškoće koje smo spomenuli u kliničkom djelu.

Neuropsihološke studije dovele su i do pokušaja da se pronađu korelacije sa specifičnim mozgovnim područjima, kao npr. korteks centralne brazde koji je odgovoran za izvršne funkcije i programiranje kao i za reguliranje i kontrolu kognitivnih i jezičnih funkcija. A budući da se korteks u potpunosti razvije već između prve i druge godine života, objašnjava zašto velik broj autistične djece izgleda normalno. Još jedan dio mozga koji ima utjecaja jest mali mozak koji se isto tako u potpunosti razvije nakon druge godine života. Iz studija neuropredodbe proizašle su različite anomalije u mozgovnim strukturama, bez da je zbog toga bio dokazan određeni poremećaj.

Još i danas podaci koji najviše obećavaju i koji su predmet daljnjih istraživanja su povećanje volumena mozga, anomalije u strukturi corpusa callosa, čeonog režnja i ponekih djelova tjemenog režnja.

Isto tako bile su razvikane moguće disfunkcije u međuregijskoj i međuhemisfernoj povezanosti između tjemenih i čeonih područjima te u stupnju povezanosti i dotoka krvi (Deb i Thompson, 1998). Zbog toga se predviđa da će u budućnosti istraživanja biti iz polja funkcionalnih neuropredodbi.

Još neki interesantni podaci koji proizlaze iz neuroanatomskih studija koja su se sprovodila sa autističnim osobama koje su preminule iz razloga koji nisu bili u vezi sa patologijom autizma.

Područja o kojima je bilo riječi su: jedan dio tjemenog režnja za kojeg se smatra da ima važnu ulogu u kognitivnim i emotivnim funkcijama, mali mozak koji uz to što koordinira pokret ima važnu ulogu i u kognitivnim mehanizmima te u koncentraciji.

U biti možemo razumno tvrditi kako nas neurobiološki aspekti koji su izašli na vidjelo posljednjih godina sve više navode na koncept alteracije funkcionalnih sustava umjesto na pojednostavljenu lokaliziranu alteraciju struktura (Scifo, 1999).

Evolucija

Prirodni tijek autizma kao patologije koja podrazumijeva trijažu dijagnostičkih kriterija, predviđa poboljšanje simptoma a posebice simptoma autizma (izolacija, samodovoljnost), neovisno o bilo kojem tretmanu, nakon pete godine. Nakon te godine dešava se poboljšanje u društvenim kontaktima djeteta i u njegovim komunikacijskim intencijama sa eventualnim prijelazom iz jedne u drugu socijalnu tipologiju. Najbolju evoluciju imaju osobe koje posjeduju sposobnosti komuniciranja prije pete godine, koji nemaju epilepsiju i koji imaju kvocijent inteligencije iznad 70. Unutar tog postotka, 10% pojedinaca su neovisni i zaposleni, 60% su u potpunosti ovisni

o nekome, dok je 30% njih nekakvoj sredini sa mogućnošću zapošljavanja u zaštićenim radionicama (Gillberg, 1991).

Na najveće probleme nailazimo u periodu adolescencije, period koji je težak i kompleksan zbog promjena i varijacija u kognitivnoj, afektivnoj, fizičkoj i hormonalnoj sferi. U 50% slučajeva dolazi do pogoršanja simptoma koji se uglavnom vrate na staro tijekom vremena, dok preostalih 20% nemaju poboljšanja i povratka na prethodne simptome.

I kod najnadarenijih autista, sa odličnim razvojem, ostaju naglašeni tipični poremećaji u društvenoj sferi, posebice u sferi pragmatike sa visokim stupnjem krutosti i pomanjkanja empatije u međuljudskim odnosima. Ne smije se zaboraviti ni seksualna problematika: te osobe koje su u društvenom smislu «naivne i jednostavne» treba naučiti kako variraju odnosi sa suprotnim spolom, na koji način ispoljiti u adekvatnim trenucima svoje nagone (posebice muškarci) i kako držati distancu (posebno djevojke) razlikujući između familjarnih i nefamiljarnih osoba.

ICD10

Iz: «Deseta revizija međunarodne klasifikacije psihičkih i bihevioralnih sindroma i poremećaja», talijansko izdanje uredili D. Temali., M. Maj, F. Catalano, S. Lo brace, L. Magliano., Svjetska zdravstvena organizacija, Masson.

Program za Mentalno Zdravlje Svjetske Zdravstvene Organizacije početkom šezdesetih godina počeo je djelovati podržavajući inicijative koje imaju težnju da poboljšaju kvalitetu dijagnosticiranja i klasifikacije sindroma i psihičkih smetnji.

Narednih godina, povećan broj međunarodnih kontakata i realizacija međunarodnih studija i istraživanja te postojanje novih tretmana potaknuli su ostvarivanje specifičnih kriterija klasifikacije kako bi se povećao stupanj reproduciranja dijagnoze.

Priprema i publikacija sljedećih Kliničkih Deskripcija i Dijagnostičkih Direktiva jest plod rada mnogih osoba koje su na toj inicijativi godinama surađivale. Klasifikacija je način da se vidi svijet u datom trenutku. Nema sumnje u to da će ove direktive zbog znanstvenog progressa i novih iskustva, u budućnosti trebati reviziju i ažurniranje.

Za svaki sindrom i za svaki poremećaj daje se opis osnovnih kliničkih karakteristika i eventualnih važnih povezanih aspekata koji nisu toliko specifični. Daju se dakle «dijagnostičke direktive» koje nam ukazuju na broj simptoma i njihovu uravnoteženost u postavljanju vjerodostojne dijagnoze. Direktive su strukturirane tako da mogu osigurati određeni stupanj fleksibilnosti u dijagnostičkim odlukama. To je korisno u situacijama koje zahtijevaju postavljanje provizorne dijagnoze, bez obzira na to što klinička slika pacijenta nije dovoljno jasna ili su informacije nepotpune.

F84 Sindromi globalnih alteracija u psihološkom razvoju

Ova grupa sindroma podrazumijeva kvalitativne anomalije u društvenoj interakciji i u modalitetima komunikacije koje su popraćene ograničenim, ponavljajućim i stereotipnim reperturom interesa i aktivnosti. Ove kvalitativne nenormalnosti značajka su funkcioniranja pojedinca u svim situacijama. U najvećem broju slučajeva, razvoj je abnormalan još u ranom djetinjstvu i, izuzev malog broja izuzetaka, to se manifestira tijekom prvih pet godina života. Obično postoji i određeni stupanj općeg kognitivnog poremećaja, ali sindromi o kojima govorimo definirani su na osnovi ponašanja koje nije u skladu sa mentalnom dobi pojedinca.

U nekim slučajevima sindromi su pridruženi i vjerovatno su posljedica nekih zdravstvenih bolesti (dječji grčevi, urođeni osip, tuberozna skleroza, cerebralna lipidoza i anomalija kromosoma x jesu najučestalije implikacije). U svakom slučaju sindrom treba biti dijagnosticiran na osnovi značajki u ponašanju, bez obzira na postojanje ili nepostojanje pridruženog zdravstvenog stanja. Ukoliko se pojavi zdravstveno stanje, ono treba biti kodificirano odvojeno budući da mentalna retardacija nije konstantno prisutna i zbog toga je važno da kada se pojavi bude kodificirana odvojeno kao F70-F79.

F84.0 Dječji autizam

Radi se o sindromu koji je definiran kao poremećaj u razvoju koji se manifestira prije treće godine života i karakterističnim načinom nenormalnog funkcioniranja u polju društvenih interakcija, komunikacije i ponašanja koje je ograničeno i ponavljajuće. Pojavljuje se tri do četiri puta više u muškaraca nego u žena.

Dijagnostičke direktive

Obično ne postoji niti jedno prethodno razdoblje u kojem je razvoj bio normalan, ali, ukoliko je postojalo takvo razdoblje, abnormalnosti izlaze na vidjelo prije treće godine života. Uvijek su prisutne kvalitativni poremećaji u društvenoj interakciji koji se ispoljavaju na sljedeći način:

- neadekvatan način u prihvaćanju društvenih i emotivnih znakova, kao što nam dokazuje ne odgovaranje na emocije drugih osoba i/ili pomanjkanje usklađivanja ponašanja sa kontekstom;
- oskudno korištenje društvenih znakova i slaba integracija društvenih, emotivnih i komunikacijskih ponašanja;
- pomanjkanje društveno – emocionalnog reciprociteta.

Na sličan način uvijek su prisutne kvalitativni poremećaji u komunikaciji.

To su: nesposobnost korištenja jezičnih sposobnosti u društvene svrhe; poremećaj imitacijskoj i inektivnoj igri; pomanjkanje sinkroniziranosti i reciprociteta u konverzaciji; slaba fleksibilnost u jezičnom izražavanju i relativan gubitak fantazije i kreativnosti u misaonim procesima; nepostojanje emocionalnog odgovora na verbalne i neverbalne podražaje drugih osoba; kompromitirano korištenje naglasaka i zanosa u komunikaciji; nepostojanje povezane gestualnosti koja naglašava značenje verbalne komunikacije.

Stanje je isto tako okarakterizirano modelima u ponašanju koji su ograničeni, ponavljajući i stereotipni. Manifestiraju se kao tendencija nametanja krutosti i monotonije velikom broju aspekata svakodnevnog života. Obično se to odnosi i na nove aktivnosti kao i na navike i modele igre koji su poznati. Posebice, u ranom djetinjstvu, može postojati specifična privrženost neobičnim predmetima, koji nisu mekani. Djeca mogu inzistirati na izvršavanju posebnih rituala koji nemaju nekakav određen cilj; može biti prisutna i stereotipna zabrinutost u vezi sa datumima ili sa rasporedom sati; često su prisutne i stereotipne motorike i specifičan interes za nefunkcionalne djelove predmeta (kao miris i taktilni osjećaj); postoji opiranje u promjeni navika ili u detalja privatnog ambijenta (kako kada se razmještavaju dekorativni predmeti ili namještaj).

Uz ove specifične dijagnostičke karakteristike, učestalo je da autistična djeca pokazuju čitav niz drugih problema koji nisu specifični, kao npr. fobije i strahovi, poremećaji u spavanju i prehrani, agresivan karakter. Samoozljeđivanje (kao grizenje ruku samima sebi) je veoma uobičajeno osobito kada je prisutna i pridružena teška mentalna retardiranost. Autističnim

osobama nedostaje spontanost, inicijativa i kreativnost u organizaciji slobodnog vremena i imaju poteškoća u primjenjivanju konceptualnosti u odlučivanju na poslu (čak i onda kada su zadaci sami po sebi adekvatni u odnosu na njihove sposobnosti). Specifična manifestacija poremećaja tipičnih za autizam mijenja se sa rastom djeteta, ali poremećaji ostaju kad oni odrastu, sa sličnim problemima u socijalizaciji, komunikaciji i spektru interesa.

Da bi se mogla postaviti dijagnoza, anomalije u razvoju moraju biti prisutne u prve tri godine života, dok sindrom može biti dijagnosticiran u bilo kojoj dobi. Svi stupnjevi kvocijenta inteligencije mogu biti prisutni kod autizma, ali u otprilike tri četvrtine slučajeva prisutna je bitna mentalna retardacija.

Obuhvaća: sindrom autizma; dječji autizam; Kannerov sindrom; dječju psihozu.

Kod *diferencijalne dijagnoze* bitno je uzeti u obzir (uz ostale sindrome globalne alteracije u psihološkom razvoju): specifični poremećaj u razvoju razumjevanja jezika (F80.2) sa sekundarnim društveno – emotivnim problemima; reakcijska smetnja na privrženost majci u djetinjstvu (F94.1) ili smetnja u privrženosti sa majkom u djetinjstvu (F94.2); mentalna retardacija sa pridruženim poremećajima u ponašanju i emotivnosti (F70 – F79); šizofrenija (F20) koja se pojavljuje posebno rano u djetinjstvu; Rettov sindrom (F84.2):

Ne obuhvaća: autističnu psihopatiju (FB4.5)

F84.1 Atipičan autizam

Radi se o sindromu koji se razlikuje od autizma po dobi u kojoj se pojavljuje i po nepostojanju svih tri simptoma potrebnih za dijagnozu. Kod atipičnog autizma poremećaj u razvoju prvi puta pojavljuje se tek nakon treće godine i/ili nedostaje poremećaj u jednoj ili dvije od tri sfere koje su potrebne kako bi se dijagnosticirao autizam (tj. Društvene interakcije, komunikacija, stereotipno ponavljano ponašanje). Atipičan autizam prisutan je češće kod pojedinaca sa teškom mentalnom retardacijom čiji veoma nizak stupanj funkcioniranja nudi malo mogućnosti kako bi se ispoljila specifična devijantna ponašanja koja su potrebna da bi se dijagnosticirao autizam. Ista ta atipičnost verificira se i kod pojedinaca kod kojih je prisutna teška razvojna smetnja u razumijevanju jezika.

Stoga atipičan autizam predstavlja stanje koje se veoma razlikuje od samog autizma.

Obuhvaća: mentalnu retardaciju sa karakteristikama autizma; atipičnu dječju psihozu.

F84.2 Rettov sindrom

Radi se o stanju koje se do sada susreće samo u žena i čiji uzrok nije poznat, ali koji se razlikuje po tipičnom ispoljavanju, tijeku i simptomatološkoj slici. Tipično je da nakon razvoja koji u početku izgleda normalan ili gotovo normalan, uslijedi kompletan ili parcijalan gubitak uoptrebe ruku i govornih naučenih sposobnosti, zajedno sa usporenim rastom lubanje do kojeg dolazi obično između 7 i 24 mjeseca. Tipični su gubitak intencionalnih pokreta ruke, stereotipizirani pokreti savijanja ruku i hiperventilacija. Društveni razvoj i razvoj igre zaustave se u prve dvije ili tri godine, ali društveni interes ostaje.

Tijekom druge faze djetinjstva razvijaju se ataksija i apraksija trupa, pridružene skolijozni i cifoskoliozi, a ponekad se pojavljuju i koreoatetoidni pokreti. Uslijeduje bez varijacija teški mentalni poremećaj. Tijekom prve i druge faze djetinjstva često dolazi do konvulzija.

Dijagnostičke direktive

U najvećem broju slučajeva bolest se pojavljuje između 7 i 24 mjeseca. Najtipičnija manifestacija jest gubitak intencionalnih pokreta ruku i sposobnosti manipulacije koje su do tada bile naučene. To je popraćeno sljedećim aspektima: parcijalan ili totalan gubitak sposobnosti govora ili njegova nerazvijenost; stereotipni pokreti di torzije kao npr. pranje ruku na način da su ruke ispružene ispred prsa ili brade; stereotipno vlaženje ruku pljuvačkom; nedostatak adekvatnog žvakanja hrane; epizode hiperventilacije; gotovo uvijek nesposobnost kontroliranja crijeva i mjehura; često obilno slinjenje i nekontrolirano plaženje jezika; redukcija u društvenim odnosima. Tipično je da djeteta zadrži neku vrstu «društvenog osmjeha», u promatranju osoba, ali sa njima ne socijalizira niti u ranom djetinjstvu (iako se nakon toga često razvije određeni stupanj društvene interakcije).

Držanje i deambulacija imaju široku bazu oslanjanja, mišići su hipertonični, pokreti tijela postaju slabo koordinirani i razvija se skolijozna ili cifoskolioza. Atrofije u kralježnici sa teškom motoričkom invalidnošću razvijaju se u pubertetu ili u odrasloj dobi i to u otprilike pola slučajeva. Nakon toga može doći do pojavljivanja spastične krutosti koja je obično više naglašena u donjem djelu tijela. Epileptički napadi pojavljuju se u najvećem broju slučajeva, i obično u slabom obliku sa prvim pojavljivanjem prije osme godine života.

Obrnuto nego u autizmu rijetki su i intencionalno samoozljeđivanje, kompleksni rituali i stereotipne zabrinutosti.

Diferencijalna dijagnoza:

Rettov sindrom razlikuje se ponajviše u nedostatku voljnih pokreta ruku, u usporenom rastu lubanje, u ataksiji, u stereotipnim pokretima kao npr. «pranje ruku» i u nedostatku adekvatnog žvakanja hrane. Tijek sindroma, u smislu progresivnog motoričkog pogoršanja, potvrđuje dijagnozu.

F84.3 Drugi dezintegrativni poremećaji u djetinjstvu

Radi se o stanju koje se razlikuje od Rettovog sindroma i koje je definirano postojanjem razdoblja u razvoju koje je bilo normalno. Tijekom malo mjeseci djeteta izgubi sposobnosti koje je prethodno usvojilo u različitim poljima razvoja. Istovremeno dolazi i do nenormalnih karakteristika u socijalizaciji komunikaciji i ponašanju.

Često tomu prethodi jedan period koji nas upozorava da nešto nije u redu i kojeg karakteriziraju neodređene smetnje: djeteta postaje zatvoreno, iritantno, anksiozno i hiperaktivno. Nakon toga slijedi najprije osiromašenje a zatim gubitak govornih sposobnosti, koji je popraćen dezintegracijom ponašanja. U nekim slučajevima, gubitak sposobnosti je uporno progresivan (obično kada je prisutno pridruženo neurološko stanje koje je je progresivno i koje je moguće dijagnosticirati), ali češće se propadanje dešava tijekom nekoliko mjeseci da bi se onda stabilizirao, tek nakon čega uslijedi ograničeno poboljšanje. Prognoze su obično veoma neutješne i u najvećem broju oboljelih ostaje teška mentalna retardacija. Nije poznato u kojoj se mjeri ovo stanje razlikuje od autizma. U nekim slučajevima može se dokazati da je sindrom prouzrokovan pridruženom encefalopatijom ali dijagnoza mora biti postavljena na osnovi značajki u ponašanju. Svako pridruženo neurološko stanje treba biti kodificirano na dovojen način.

Dijagnostičke direktive

Dijagnoza se zasniva na razvoju koji je naizgled normalan do barem druge godine života, nakon čega slijedi jasan gubitak sposobnosti koje su do tada bile usvojene. To je popraćeno društvenim funkcioniranjem koje je nenormalno u kvalitativnom smislu. Prisutna je, obično, i snažna regresija u igri, u društvenim sposobnostima i u sposobnosti prilagođavanja ambijentu. Često dolazi i do gubitka kontrole anusa i mjehura, uz pogoršanje motoričke kontrole. Nerijetko su opisane smetnje popraćene i općim gubitkom interesa za okolinu, motorički nastupi koji se ponavljaju i poremećaji u interakciji i društvenoj komunikaciji koji su veoma slični autizmu.

Sindrom podsjeća u nekim aspektima na demenciju u odraslih, ali se razlikuje od toga po tri esencijalna elementa: ne postoji ništa što bi ukazalo na organsku bolest ili poremećaj (iako se obično pretpostavlja da je prisutna organska cerebralna disfunkcija); nakon gubitka sposobnosti nerijetko slijedi određeni stupanj nadoknađivanja; poremećaji u socijalizaciji i komunikaciji imaju kvalitativna obilježja koja su tipična za autizam a ne za intelektualni pad. Zbog svih tih razloga sindrom spada u ovu grupu, a ne u kategoriju F00 – F09.

Obuhvaća: dezintegrativnu psihozu; Hellerov sindrom: dječju demenciju; simbiotičnu psihozu.

Ne obuhvaća: afazija sa epilepsijom (F80.3); selektivni mutizam(F94.0); šizofreniju (F20); Rettov sindrom (F84.2)

F84.4 Sindrom hiperaktivnosti povezan sa mentalnom retardacijom i stereotipnim kretnjama

Radi se o sindromu koji je slabo definiran i čija je nozološka valjanost nesigurna. Kategorija je uključena u klasifikaciju zato što djeca koja imaju tešku mentalnu retardaciju (IQ ispod 50) i velike probleme hiperaktivnosti i smetnje u koncentraciji, često imaju stereotipna ponašanja.

Ta djeca ne mogu uzimati stimulativne lijekove (za razliku od onih kojima je IQ normalan) jer, uzimanjem tih lijekova može doći do teške disforične reakcije (ponekad i sa usporenjem u psihomotoričkom smislu). U pubertetu, umjesto hiperaktivnosti uglavnom ustupi smanjena aktivnost (a to je karakteristika koja nije zajednička i hiperkinetičkoj djeci sa normalnom inteligencijom). Isto je često da se sindrom povezuje sa raznoraznim razvojnim poremećajima, i specifičnim i općim.

Nije jasno u kolikoj su mjeri smetnje u ponašanju u funkciji niskog IQ ili organske cerebralne štete. Nije također jasno da li djeca koja imaju hiperkinetički sindrom i laku mentalnu retardaciju trebaju biti klasificirana u ovu kategoriju ili u kategoriju F90. Trenutno spadaju pod F90.

Dijagnostičke direktive

Dijagnosa ovisi o kombinaciji markantne hiperaktivnosti koja nije adekvatna za razvojno razdoblje u kojem se dijete nalazi, stereotipa u motorici i teške mentalne retardacije. Sva tri aspekta trebaju biti prisutna kako bi se mogla postaviti dijagnoza. Ako su dijagnostički kriteriji ispunjeni za F84.0, F84.1 ili F84.2, onda možemo govoriti o toj dijagnozi.

F84.5 Aspergerov sindrom

Riječ je o sindromu nesigurne nozološke valjanosti, koji je karakteriziran istim tipom kvalitativnog poremećaja u društvenoj interakciji kao i kod autizma, uz ograničen, stereotipan i

ponavljajući repertoar interesa i aktivnosti. Ovaj se sindrom razlikuje od autizma kao prvo zato što nije prisutna nikakva retardacija u jeziku ili u kognitivnom razvoju. Osobe sa tim sindromom uglavnom imaju normalan stupanj inteligencije, ali često izgledaju veoma «smotano». Ovo stanje pojavljuje se uglavnom kod muške djece (u odnosu 8:1). Veoma je vjerovatno da je kod nekih slučajeva prisutna raznolikost lakog autizma, ali nije sigurno da li to važi za svih. Poremećaji imaju snažnu tendenciju da ostaju i u pubertetu i u odrasloj dobi i izgleda da oni imaju osobne karakteristike koje nisu uzrokovane utjecajima iz okoline. U ranijim fazama odrasle dobi dolazi sa vremena na vrijeme do psihotičkih ispada.

Dijagnostičke direktive

Dijagnoza se zasniva na nepostojanju opće retardacije u jeziku ili u kognitivnom razvoju koja bi imala neke važnosti u kliničkom smislu, ali i na ograničenim modelima u ponašanju, interesima koji se ponavljaju i koji su stereotipni (kao i kod autizma). Mogu i ne moraju biti prisutni problemi u komunikaciji slični onima koji se povezuju sa autizmom, ali prisutstvo bitne retardacije u jeziku ne omogućava postavljanje ove dijagnoze.

Obuhvaća: autističnu psihopatiju; šizoidne dječje poremećaje.

Ne obuhvaća: šizotipičan sindrom (F21); šizofreniju simplex (F20.6); poremećaj u privrženosti u djetinjstvu (F94.1, F94.2); poremećaj ličnosti (F60.5); kompulzivno – opsesivan sindrom (F42).

F84.8 Ostali sindromi općeg poremećaja u psihološkom razvoju

F84.9 Ne specificiran sindrom općeg poremećaja u psihološkom razvoju

Ovo je dijagnostička kategorija koja je ostala i koja se mora koristiti zbog stanja koja spadaju u opći opis sindroma opće alteracije u psihološkom razvoju ali kod kojih neadekvatne informacije ili kontradiktorna zapažanja ne dozvoljavaju da se zadovolje kriteriji za ostale kategorije koje spadaju u F84.

F88 Ostali sindromi i poremećaji alteriranog psihološkog razvoja

Obuhvaća: evolutivnu agnoziju.

F80-F89 Poremećaji u psihološkom razvoju

F89 Nespecificirani sindromi i poremećaji alteriranog psihološkog razvoja

Obuhvaća: razvojnu smetnju koja nije specificirana drugačije.

F90-F98 Sindromi i poremećaji u ponašanju i emotivnosti sa pojavljivanjem u djetinjstvu i u adolescenciji

F99 Sindrom ili psihički poremećaj koji nije drugačije specificirana

Sadržaj sekcije

F90 Hiperkinetički sindromi

- F90.0 Poremećaj u koncentraciji ili aktivnosti
- F90.1 Hiperkinetički poremećaj u ponašanju
- F90.8 Ostali
- F90.9 Ne specificirani

F91 Poremećaji u ponašanju

- F91.0 Poremećaj u ponašanju unutar obiteljskog konteksta
- F91.1 Poremećaj u ponašanju sa ograničenom socijalizacijom
- F91.2 Poremećaj u ponašanju sa normalnom socijalizacijom
- F91.3 provokativan opozicijski poremećaj
- F91.8 Ostali
- F91.9 Ne specificirani

F92 Kombinirani poremećaji u ponašanju i u emocionalnoj sferi

- F92.0 Depresivni poremećaj u ponašanju
- F92.8 Ostali
- F92.9 Ne specificirani

F93 Sindromi i poremećaji u emocionalnoj sferi sa pojavljivanjem u djetinjstvu

- F93.0 Sindrom anksioznosti odvajanja u djetinjstvu
- F93.1 Sindrom fobije u djetinjstvu
- F93.2 Sindrom društvene anksioznosti u djetinjstvu
- F93.3 Poremećaj suparništva između braće i sestara
- F93.8 Ostali
- F93.9 Ne specificirani

DSM IV

Iz: DSM IV Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja, Masson, 1999

F80.9 Poremećaj u komunikaciji koji nije drugačije specificiran (307.91)

Ova dijagnostička kategorija odnosi se na poremećaje u komunikaciji koji ne zadovoljavaju kriterije za niti jedan Specifičan Poremećaj u Komunikaciji, kao na primjer glasovni poremećaj (anomalija u visini, intenzitetu, kvaliteti, tonalitetu ili odjekivanju glasa).

Opći razvojni poremećaji okarakterizirani su teškim i općenitim smetnjama u različitim razvojnim sferama: sposobnost recipročne socijalne interakcije, sposobnost komunikacije, prisutstvo stereotipnih ponašanja, interesa i aktivnosti. Kvalitativni poremećaji koji definiraju ovakvo stanje su jasno nenormalne u odnosu na stupanj razvoja ili na mentalnu dob pojedinca. Ova sekcija sadrži Autističnu smetnju, Rettovu smetnju, Dezintegracijsku Smetnju djetinjstva, Aspergerovu Smetnju, i Opću razvojnu Smetnju koja nije specificirana na drugačiji način. Ove su smetnje obično vidljive u prvim godinama života i nerijetko su povezane sa određenim stupnjem mentalne retardacije koja, ukoliko je prisutna, treba biti kodificirana na

Hemisferi II. Opće razvojne smetnje povezane su sa skupinom različitih zdravstvenih stanja (npr. kromosomske anomalije, urođene infekcije, strukturalne anomalije centralnog živčanog sustava). Ukoliko su ta stanja prisutna trebale bi biti kodificirane na Hemisferi III.

Unatoč tome što su termini kao «psihoza» ili «dječja šizofrenija» bili korišteni u prošlosti za osobe oboljele od tih stanja, postoje bitni dokazi koji potvrđuju tvrdnju da su Opće razvojne smetnje različite od Šizofrenije (ma koliko pojedinac sa Općim razvojnom smetnjama može sa vremena na vrijeme prijeći u Šizofreniju).

F84.0 Autistična smetnja (299.00)

Dijagnostička obilježja

Najbitnija obilježja Autističke smetnje su prisutstvo veoma anomalnog ili deficitnog razvoja u socijalnoj interakciji i komunikaciji, i bitna suženost u repertuaru aktivnosti i interesa. Manifestacije ovog poremećaja uvelike variraju u odnosu na razvojni stupanj ili na kronološku dob pojedinca. Autistična smetnja ponekad se naziva i rani dječji autizam, dječji autizam ili Kannerov autizam.

Poremećaj u recipročnoj socijalnoj interakciji je makroskopski i trajan. Može postojati i bitan poremećaj u raznim neverbalnim ponašanjima (npr. direktan pogled, izraz lica, držanje tijela, gestikulacija) koja reguliraju socijalnu interakciju i komunikaciju (Kriterij A1a). Možde isto tako postojati nesposobnost u razvijanju adekvatnih odnosa sa vršnjacima u odnosu na razvojni stupanj (Kriterij A1b), koji se može pojaviti u različitim oblicima, ovisno o dobi. Djeca mogu imati slab interes u stvaranju prijateljstva ili ga uopće nemati. Odrasle osobe mogu biti zainteresirane za prijateljstvo ali bez razumijevanja norma koje reguliraju socijalnu interakciju. Isto tako može postojati nedostatak spontanij pokušaja djeljenja sreće, interesa ili ciljeva sa drugim osobama (npr. privući, dati ili ne pokazati pažnju za predmete koji su im interesantni) (Kriterij A1c). Može isto tako nedostajati socijalni ili emotivni reciprocitet (npr. ne učestvovati aktivno u jednostavnim društvenim igrama, davanja prednosti individualnim aktivnostima ili uključivanje ostalih samo u ulogi instrumenata ili pomoćnika (Kriterij A1d). Obično je svijesnost koju takva osoba ima o drugima poremećena. Pojedinci sa ovim poremećajem mogu biti nemarni prema drugoj djeci (uključujući i braću), mogu ne imati predočbu o potrebama drugih ili ne primjetiti kada je nekom loše.

I poremećaj u jeziku je markantan i trajan i reducira verbalne i neverbalne sposobnosti. Može postojati retardiranost ili totalna nerazvijenost u govoru (Kriterij A2a).

Kod pojedinaca koji govore može doći do velikog poremećaja u sposobnosti da se započne ili da se učestvuje u konverzaciji (Kriterij A2b), ili stereotipno, ponavljajuće ili pak ekscentrično korištenje jezika (kriterij A2c). Isto tako može postojati pomanjkanje želje za raznim simulacijskim i spontanij igrama, ili za imitacijskim igrama koje su adekvatne za uzrast i stupanj razvoja (kriterij A2d). Kada se razvije govor, njegova visina, intonacija, brzina, ritam i naglasak mogu biti nenormalni (npr. visina glasa može biti monotona i imati upitni naglasak u potvrdnim rečenicama). Gramatičke strukture su često nezrele i podrazumijevaju stereotipno i ponavljajuće korištenje jezika (npr. ponavljanje pojedinih riječi ili rečenica neovisno o značenju; ponavljanje napjeva ili reklama) ili metafora (odnosno jezika kojeg mogu razumijeti samo oni koji poznaju osobu koja tako govori). Poremećaji u razumijevanju jezika mogu se vidjeti u nesposobnosti razumijevanja jednostavnih pitanja, uputa ili šala.

Osobe sa smetnjom autizma imaju modalitete u ponašanju, interesima i aktivnostima koje su suženi, stereotipni i koji se ponavljaju. Može biti prisutno to da se pojedinci u potpunosti posvete jednom ili više interesa koji su neprirodni ili po intenzitetu ili po usmjeravanju (Kriterij A3a); kruta pokornost nekorisnim navikama ili specifičnim ritualima (Criterio A3b); stereotipne

i ponavljajuće motoričke radnje (Criterio A3c); ili uporno pretjeran interes za djelove predmeta (Criterio A3d).

Osobe sa Smetnjom Autizma imaju veoma suženu paletu interesa, i često su pretjerano zaokupljeni samo jednim interesom (npr. sakupljanje podataka o metereološkim uvjetima ili statistika o nogometu). Mogu, recimo, poredati igračke uvijek u istom broju i na isti način više puta za redom ili uporno ponavljati geste televizijskog voditelja. Mogu imati monotono ponašanje i može im biti teško ukoliko dođe do nekakve banalne promjene (npr. djete može imati katastrofalnu reakciju ukoliko dođe do minimalne promjene u ambijentu kao primjerice nove zavjese ili promjena mjesta za stolom). Često dolazi do ponavljanja beskorisnih rituala ili navika (npr. ići u školu uvijek sitim putem). Stereotipni pokreti tijela odnose se na ruke (pljeskanje, pucketanje prstima), ili na cijelo tijelo (ljuljanje, bacanje po podu, oscilacija). Mogu biti prisutni i poremećaji u držanju (npr. hodanje na prstima, bizarni pokreti ruku ili tijela). Ove osobe imaju trajni i opsesivni interes za predmete (npr. dugmad) ili djelove tijela. Mogu biti fascinirani pokretima (npr. kotači kod igračkaka koji se okreću, otvaranje i zatvaranje vrata, ventilator ili ostali predmeti koji se brzo okreću). Može doći do intenzivne privrženosti neanimiranim predmetima (npr. komad špage ili lastik). Poremećaj se mora manifestirati u barem dvije od sljedećih sfera i to prije treće godine života: društvena interakcija i korištenje jezika.

Društvena interakcija ili simbolička igra ili igra zamišljanja (Kriterij B).

Tipično je da ne postoji nikakav period tijekom kojeg je razvoj bio normalan, iako se u nekim slučajevima desilo da se govorilo o dvije godine normalnog razvoja. U malom broju slučajeva roditelji opažaju regresiju u razvoju jezika, koja se manifestira gubitkom napredovanja u govoru nakon što je djete naučilo 5 do 10 riječi. Po definiciji stoji: ukoliko postoji period tijekom kojeg je razvoj bio normalan, to se ne može desiti poslije treće godine života. Poremećaj ne smije biti lakše svrstati pod Rettovu Smetnju ili pod Dezintegrativnu Smetnju u Djetinjstvu (Criterio C).

Manifestacije i povezane mentalne smetnje

U najvećem broju slučajeva, postoji pridružena dijagnoza Mentalne Retardacije, obično umjerenog tipa (IQ 35-50). Cirka 75% djece sa Smetnjom autizma funkcioniraju na stupnju retardiranosti. Može doći do poremećaja u razvoju kognitivnih sposobnosti. Profil kognitivnih sposobnosti obično je neregularan, neovisno o općem stupnju inteligencije (npr. djete od 4 godine koje ima Smetnju Autizma može biti sposobno da čita). Kod velikog broja djece sa Smetnjom Autizma a koji funkcioniraju na višem nivou, stupanj razumijevanja jezika je manji od stupnja izražavanja (npr. riječnik). Ova djeca mogu imati cijeli niz simptoma u ponašanju kao što su: hiperaktivnost, slaba koncentracija, impulsivnost, agresivnost, samoozljeđivanje, ispadi ljutnje koji su tipični za malu djecu. Može doći do bizarnih odgovora na senzorijske podražaje (npr. visoki stupanj boli, hipersenzibilitet na zvukove ili na dodir, pretjerane reakcije na svjetlost ili na mirise). Mogu biti prisutne i nepravilnosti u prehrani ili u spavanju (česta buđenja tijekom noći popraćena ljuljanjem). Isto tako mogu biti prisutne i nepravilnosti u raspoloženju i u afektima (npr. smijanje ili plakanje bez razloga, nepostojanje emotivnih reakcija). Može doći i do ne pokazivanja straha pred realnim opasnostima i pretjerana zabrinutost u neopasnim situacijama. Mogu biti prisutna raznorazna ponašanja samoozljeđivanja (npr. lupanje glavom ili prstima, griženje prstiju, ruku ili dlanova). U adolescenciji ili u ranoj odrasloj dobi, osobe sa Smetnjom autizma koje imaju introspekcijske sposobnosti mogu postati depresivne kada postanu svijesne svog teškog stanja.

Kada je Smetnja Autizma povezana sa nekim općim zdravstvenim stanjem laboratorijski nalazi potvrđuju vezu između smetnje i općeg zdravstvenog stanja. Opazile su se razlike u

grupama u mjerenju serotoninergičkih aktivnosti, ali one nemaju dijagnostičku vrijednost u Smetnji Autizma. EEG abnormalnosti su česte i kada nema konvulzija.

Pridruženi rezultati nalaza i općeg zdravstvenog stanja

Kod Smetnje Autizma mogu se uočiti različiti aspecifični simptomi ili znakovi neurološkog tipa (npr. primitivni refleksi, zakašnjeli razvoj dominantne strane). To stanje zapaženo je u prisutstvu sa nekim neurološkim stanjem ili sa nekim drugim općim zdravstvenim stanjem (npr. encefalitis, fenilketonurija, tuberozna skleroza, sindrom kromosoma x, urođena anozija, majčin osip). U 25% slučajeva mogu se razviti konvulzije (osobito tijekom puberteta). Kada su prisutna druga opća zdravstvena stanja trebalo bi ih kodificirati na Hemisferi III.

Obilježja povezana sa dobi i sa spolom

Narav društvene interakcije, kod Smetnje Autizma, može varirati tijekom vremena i ovisno o stupnju razvoja pojedinca. Kod beba može doći do: nesposobnosti da budu u rukama, indiferentnosti ili averzije na afekt ili na tjelesni dodir, nedostatak vizualnog kontakta, mimičkog odgovora ili osmjeha koji imaju društvenu težnju, nedostatak odgovara na glas roditelja. Zbog toga se često dešava da su roditelji u početku zabrinuti da im je dijete gluho. Malena djeca sa ovom smetnjom mogu mjenjati privrženost prema odraslim osobama ili biti mehanički privržena određenoj osobi. Tijekom razvoja dijete može postati raspoloživije da bude uključeno u društvenu interakciju ali na pasivan način i može mu porasti i interes za socijalizacijom. Ali i u tom slučaju dijete nastavlja tretirati osobe na neuobičajeni način (npr. očekujući da osobe odgovaraju na ritualna pitanja na specifičan način i imajući slab doživljaj granica sa osobom i imajući previše napastan nastup u društvenoj interakciji). Kod starije djece, radnje koje uključuju korištenje dugoročnog pamćenja (npr. raspored vožnje vlakova, povijesni datumi, kemijske formule, točne riječi pjesama koje su se slušale godinama prije) mogu biti odlični, ali informacije ponavljaju više puta za redom, bez obzira na adekvatnost informacije u odnosu na kontekst. Incidencija smetnje je 4 do 5 puta veća kod muške nego kod ženske djece. Ženska djeca sa ovom smetnjom imaju veće vjerovatnosti da će imati i težu mentalnu retardaciju.

Incidencija

Epidemiološke studije ukazuju na to da je incidencija Smetnje Autizma 2 do 5 slučajeva na 10.000 slučajeva.

Tijek

Po definiciji, do pojavljivanja Smetnje Autizma dolazi prije treće godine života. U nekim slučajevima roditelji će tvrditi da su bili zabrinuti za svoje dijete još od rođenja ili neposredno nakon, zbog nedostatka želje za društvenom interakcijom. Manifestacije smetnje tijekom djetinjstva su suptilne i teške za definirati u odnosu na one koje su vidljive nakon druge godine života. U manjem broju slučajeva može se reći da se dijete razvilo normalno tijekom prve, a ponekad čak i druge godine života. Smetnja Autizma ima kontinuirani tijek. Kod djece školske dobi ili u pubertetu zajedničko je da imaju nadoknade u razvoju u određenim sferama (npr. povećani interes u društvenom funkcioniranju kada je dijete u školskoj dobi). Neka djeca se poboljšaju u sferi ponašanja tijekom puberteta, dok se drugi pogoršaju. Jezične sposobnosti (npr. postojanje komunikacijske elokvencije) i opći intelektualni stupanj su čimbenici koji najviše utječu u postavljanju definitivne dijagnoze.

Studije follow-up koje su dostupne ukazuju na to da je samo jedan maleni postotak osoba sa ovom smetnjom sposoban da, u odrasloj dobi, ima određeni stupanj parcijalne neovisnosti.

Odrasle osobe koje su oboljele od Smetnje Autizma sa višim funkcioniranjem tipično nastavljaju pokazivati probleme u društvenoj interakciji i komunikaciji, pored velike suženosti interesa i aktivnosti.

Obiteljski uzroci

Postoji veći rizik da se dobije ova smetnja između braće osoba koji imaju istu smetnju.

Diferencijalna dijagnoza

U normalnom razvoju možemo zamijetiti periode regresije u razvoju, ali oni nisu niti tako teški niti ne traju tako dugo kao kod Smetnje Autizma. Smetnja Autizma treba se razlikovati od Općih Razvojnih Smetnji. Rettova Smetnja razlikuje se od Smetnje Autizma zbog njegove tipične distribucije među spolovima i po tipu poremećaja. Rettova smetnja bila je dijagnosticirana samo kod ženskog spola, dok je Smetnja Autizma češća kod muškog spola. Kod Rettove Smetnje prisutno je karakteristično obilježje usporavanja rasta lubanje, gubitak sposobnosti upotrebe ruku koje su već bile naučene i pojavljivanje slabo koordiniranih pokreta tijela. Posebice tijekom predškolske dobi, djeca sa Rettovom Smetnjom mogu pokazati poteškoće u društvenoj interakciji slične onima kod Sindroma Autizma, ali su one tendencijalno prolazne. Smetnja Autizma razlikuje se od Dezintegrativne Smetnje u Djetinjstvu jer kod ove zadnje dolazi do regresije u razvoju nakon dvije godine normalnog razvoja. Kod Smetnje Autizma poremećaji u razvoju obično se opaze tijekom prve godine života. Ukoliko nije moguće imati informacije o ranom razvojnom periodu trebala bi se postaviti dijagnoza Smetnje Autizma. Aspergerova Smetnja razlikuje se od Smetnje Autizma po tome što ne postoji retardacija u razvoju jezičnih sposobnosti. Aspergerova Smetnja ne može se dijagnosticirati ukoliko nisu zadovoljeni kriteriji za Smetnju Autizma.

Šizofrenija u djetinjstvu pojavljuje se obično nakon godina normalnog razvoja, ili gotovo normalnog razvoja. Moguće je postaviti dodatnu dijagnozu Šizofrenije sa simptomima aktivne faze koji su okarakterizirani sa bitnim delirijским halucinacijama koje traju barem mjesec dana. Kod Selektivnog Mutizma djeteta obično ima odgovarajuće komunikacijske sposobnosti u nekim kontekstima i nema većih portemećaja u društvenoj interakciji kao što nema ni suženih načina u ponašanju kao kod Smetnje Autizma. U Smetnji Jezičnog Izražavanja i u Kombiniranim Smetnjama Izražavanja i Primanja Jezika postoji određeni poremećaj u jeziku ali on nije povezan sa postojanjem kvalitativnog poremećaja u društvenoj interakciji i sa suženim, stereotipnim i ponavljajućim ponašanjem. Ponekad je teško reći da li je i dodatna dijagnoza Smetnje Autizma opravdana kod osoba sa Mentalnom retardacijom, posebice ako je stupanj retardacije težak ili veoma težak. Dodatna dijagnoza Smetnje Autizma postavlja se u slučajevima kod kojih postoje kvalitativni poremećaji društvenih sposobnosti, komunikacije i specifičnih ponašanja tipičnih za Smetnju Autizma. Stereotipi u motorici karakteristični su za Smetnju Autizma; jedna dodatna dijagnoza Smetnje Stereotipnih Pokreta ne bi trebala biti postavljena ukoliko se bolje očitavaju kao dio simptoma Smetnje Autizma.

Odnos sa dijagnostičkim kriterijima za traženje u ICD-10

Grupe kriterija i dijagnostički algoritmi u DSM-IV i u ICD-10 otprilike su isti. U ICD-10, ta Smetnja opisana je pod nazivom Dječji Autizam.

Dijagnostički kriteriji za F84.0
Smetnja Autizma [299.00]

A. skup od 6 (ili više) stavki iz (1), (2), i (3), sa barem dvije iz (1), jednom iz (2) i jednom iz (3):

- 1) kvalitativni poremećaj u društvenoj interakciji, koji se ispoljava kao barem dvije od dolje opisanih stavki:
 - a) veliki poremećaj u korištenju različitih neverbalnih ponašanja kao što su direktan pogled, mimika, držanje tijela, geste koje reguliraju društvenu interakciju
 - b) nesposobnost da se razviju odnosi sa vršnjacima koji su adekvatne za stupanj razvoja
 - c) pomanjkanje spontanog traženja za dijeljenje sreće, interesa ili ciljeva sa ostalim osobama (npr. ne pokazivati, ne privlačiti pažnju ili odvracati pažnju na predmete koji su interesantni za dotičnoig pojedinca)
 - d) pomanjkanje društvenog i emotivnog reciprociteta;
- 2) kvalitativni poremećaj u komunikaciji koji se ispoljava kao barem jedna od sljedećih stavki:
 - a) retardacija ili totalno pomanjkanje razvoja govora (koji nije popraćen nekim drugim pokušajem uspostavljanja komunikacije kao što je gestikulacija ili mimika)
 - b) kod pojedinaca sa adekvatnim jezičnim sposobnostima postojanje nesposobnosti u započinjanju ili održavanju konverzacije sa drugima
 - c) korištenje stereotipnog, ekscentričnog ili ponavljajućeg jezika
 - d) pomanjkanje simulativne, imitacijske i spontane igre koje su primjerene stupnju razvoja;
- 3) ograničena, ponavljajuća i stereotipna ponašanja, interesi i aktivnosti koji se ispoljavaju kao barem jedna od sljedećih stavki:
 - a) totalitarno posvećivanje jednom ili više ograničenih i stereotipnih interesa koji su abnormalni ili po intenzitetu ili po usredotočenju
 - b) ovisnost o beznačajnim navikama ili specifičnim ritualima
 - c) stereotipne i ponavljajuće motoričke kretnje (lupati ili savijati ruke ili glavu ili kompleksni pokreti cijelog tijela)
 - d) trajni i prevelik interes za djelove predmeta;

B. Retardacije ili abnormalno funkcioniranje u barem jednoj od sljedećih sfera, sa pojavljivanjem prije treće godine života: (1) društvena interakcija, (2) jezik koji se koristi u društvenoj komunikaciji, (3) igra zamišljanja ili simbolička igra.

C. Poremećaj nije lakše uvrstiti u Rettovu Smetnju ili u Dezintegrativnu Smetnju u Djetinjstvu.

Rettova Smetnja (299.80)

Dijagnostička obilježja

Najvažnije obilježje Rettove Smetnje je razvoj specifičnih višestranih poremećaja koji uslijeduju nakon postnatalnog perioda normalnog funkcioniranja. Prenatalni i perinatalni period naizgled je normalan (Kriterij A1), sa normalnim psihomotoričkim razvojem u prvih pet mjeseci života (kriterij A2). I opseg lubanje nakon rođenja je u granicama normi (Kriterij A3). Između 5 i 48 mjeseci života rast lubanje usporava (Kriterij B1). Između 5 i 30 mjeseci života

dolazi do gubitka sposobnosti ciljanog korištenja ruku koje su već bile naučene a nakon toga uslijedi razvoj tipičnih stereotipnih pokreta ruku koje podsjećaju na pranje ili savijanje ruku (Kriterij B2). Tijekom prvih godina nakon što nastupi Smetnja, smanjuje se interes za društveni ambijent iako se često društvena interakcija može razviti kasnije, tijekom bolesti. Dolazi do problema u koordinaciji hoda i pokreta tijela (Kriterij B4). Dolazi i do teškog poremećaja u razvoju primanja i izražavanja jezika, sa teškom psihomotoričkom retardacijom (Kriterij B5).

Manifestacije i povezane smetnje

Rettova Smetnja tipično je povezana sa Teškom ili Veoma Teškom Mentalnom retardacijom, koja, ukoliko je prisutna, treba biti kodoificirana na Hemisferi II. Ne postoje specifični laboratorijski podaci koji su povezani sa ovom Smetnjom. Kod osoba sa Rettovom Smetnjom može doći do češćih EEG abnormalnosti i do konvulzivnih smetnji. Ustanovljeni su specifični poremećaji putem tehnike vizualizacije mozga.

Incidencija

Podaci su vezani, više manje, uz niz slučajeva i izgleda da se Rettova Smetnja pojavljuje u mnogo manjoj mjeri od Smetnje Autizma. Ova je Smetnja zapažena samo kod ženskog spola.

Tijek

Regresija u razvoju je česta pojava. Rettova Smetnja pojavljuje se prvi puta prije četvrte godine života, i to obično tijekom prve ili druge godine. Smetnja ostaje cijeli život, dok je gubitak sposobnosti uglavnom trajan i progresivan. U najvećem broju slučajeva poboljšanje je uvelike ograničeno, iako može doći do skromnih poboljšanja u razvoju i do pojave interesa za društvenim interakcijama u kasnom djetinjstvu i pubertetu. Poteškoće u komunikaciji i u ponašanju ostaju relativno konstantne tijekom cijelog života.

Diferencijalna dijagnoza

Periodi regresije u razvoju mogu se zapažati tijekom normalne razvojne faze, ali nisu niti tako teški niti traju toliko dugo kao kod Rettove Smetnje. Rettova Smetnja razlikuje se od Dezintegrativne Smetnje u Djetinjstvu i od Aspergerove Smetnje zbog njezine tipične distribucije između spolova, zbog vremena pojavljivanja i zbog obilježja koja karakteriziraju poremećaj. Rettova je smetnja do sada bila dijagnosticirana samo kod pripadnika ženskog spola, dok su Dezintegrativna Smetnja u Djetinjstvu i Aspergerova Smetnje češće kod muškog roda. Do pojavljivanja simptoma Rettove Smetnje može doći i u petom mjesecu života, dok je kod Dezintegrativne Smetnje normalni razvojni period duži (tj. barem do druge godine života). Za Rettovu Smetnju karakteristično je usporavanje rasta lubanje, gubitak sposobnosti ciljanog korištenja ruku koje su prethodno naučene i pojavljivanje slabo koordiniranih pokreta tijela. Obrnuto do Aspergerove Smetnje, Rettova Smetnja je okarakterizirana teškim poremećajem u razvoju izražavanja i primanja jezika.

Odnos sa dijagnostičkim kriterijima za traženje u ICD-10

Grupe kriterija i dijagnostički algoritmi u DSM-IV i u ICD-10 otprilike su isti. U ICD-10 ova se smetnja vodi pod nazivom Rettov Sindrom.

Dijagnostički kriteriji za F84.2
Rettova Smetnja [299.80]

A. pojavljivanje svih manifestacija koje slijede:

- 1) prenatalni i perinatalni naizgled normalan razvoj
- 2) psihomotorički razvoj naizgled normalan tijekom prvih 5 mjeseci nakon rođenja
- 3) u trenutku rođenja opseg lubanje je normalan;

B. pojavljivanje svih sljedećih manifestacija nakon normalnog razvojnog perioda:

- 1) usporavanje rasta lubanje između 5 i 48 mjeseci
- 2) gubitak sposobnosti ciljanog korištenja ruku koje su prethodno bile naučene između 5 i 30 mjeseca života nakon čega uslijeduje razvoj stereotipnih pokreta ruku (npr. pranje ili savijanje ruku)
- 3) rani gubitak društvenog interesa tijekom bolesti (iako se društvena interakcija često razvije kasnije)
- 4) pojavljivanje slabo koordiniranih pokreta tijela
- 5) razvoj primanja i izražavanja jezika teško je poremećen uz tešku psihomotoričku retardaciju.

F84.3 Dezintegrativna Smetnja u Djetinjstvu (299. 10)

Dijagnostička obilježja

Najbitnija manifestacija Dezintegrativne Smetnje u Djetinjstvu je markantna regresija na gotovo svim područjima funkcioniranja nakon perioda od barem dvije godine u kojem je razvoj bio naizgled normalan (Kriterij A). Naizgled normalan razvoj vidljiv je u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji, u društvenim odnosima, u igri i u prilagođavanju koji su primjereni uzrastu djeteta. Nakon prve dvije godine života (ali obavezno prije desete godine) dijete ide u susret klinički važnom gubitku naučenih sposobnosti u barem dvije od navedenih sfera: izražavanje i primanje jezika, društvene sposobnosti ili prilagođavanje, igra ili motoričke sposobnosti, kontroliranje stolice i mokrenja (Kriterij B).

Pojedinci sa ovom Smetnjom imaju društvene i komunikacijske poremećaje kao i obilježja u ponašanju koja često možemo uočiti kod Smetnje Autizma. Prisutan je kvalitativni poremećaj u društvenoj interakciji (Kriterij C1) i u komunikaciji (Kriterij C2) te ograničeno, stereotipno i ponavljajuće ponašanje (Kriterij C3). Ovu Smetnju nije lakše svrstati pod neku drugu specifičnu Opću Razvojnu Smetnju ili pod Šizofreniju (Kriterij D). Ovo stanje naziva se i Hellerov Sindrom, Dječja Demencija ili Dezintegrativna Psihoza.

Manifestacije i povezane mentalne smetnje

Dezintegrativna Smetnja u Djetinjstvu obično se povezuje sa dijagnozom Teške Mentalne Retardacije koja, ukoliko je prisutna, treba biti postavljena na Hemisferi II. Mogu se razabrati različiti aspecifični simptomi ili znakovi neurološkog tipa. Izgleda da je češća pojava EEG abnormalnosti i konvulzivnih smetnji. Iako je vjerovatno da je ovo stanje rezultat nekakvog oštećenja centralnog živčanog sustava tijekom razvoja, nije do sada identificiran niti jedan precizan mehanizam koji do toga dovodi. Ovo je stanje obično popraćeno sa nekim općim zdravstvenim stanjem (npr. metakromatska leukodistrofija, Schilderova bolest) koje bi moglo objasniti regresiju u razvoju. U najvećem broju slučajeva, nalazi nas ne navode na takvo

stanje. Ukoliko je sa Smetnjom povezano neko neurološko ili opće zdravstveno stanje, dijagnoza bi trebala biti kodificirana na Hemisferi III.

Incidencija

Epidemiološki podaci su ograničeni, no izgleda da se Dezintegrativna Smetnja u Djetinjstvu veoma rijetko pojavljuje, puno rjeđe od Smetnje Autizma. Iako su preliminarne studije ukazivale na jednaku raspoređenost među spolovima, najnoviji podaci pokazuju kako je Smetnja češća kod muškog spola.

Tijek

Po definiciji, Dezintegrativna Smetnja u Djetinjstvu može biti dijagnosticirana samo ukoliko je prije pojavljivanja simptoma postojao period normalnog razvoja od barem dvije godine i ukoliko se smetnja pojavila prije desete godine života. Kada je normalni razvojni period bio dovoljno dug (5 ili više godina) veoma je bitno obaviti kompletne i objektivne neurološke nalaze kako bi se vrednovalo opće zdravstveno stanje. U najvećem broju slučajeva smetnja se pojavljuje između treće i četvrte godine života i ona može biti iznenadna i podmukla. Upozoravajući znakovi mogu biti povećani stupanj aktivnosti, iritantnost i anksioznost, popraćene sa gubitkom jezičnih sposobnosti ili drugih sposobnosti. Gubitak sposobnosti uglavnom dostigne vrhunac, nakon čega može doći do ograničenih poboljšanja, iako je poboljšanje veoma rijetko značajno. U drugim slučajevima, posebice ukoliko je smetnja povezana sa progresivnim neurološkim stanjem, gubitak sposobnosti je progresivan. Ova Smetnja ima kontinuirani tijek i u najvećem broju slučajeva je prisutna cijeli život. Društvene, komunikacijske poteškoće i poteškoće u ponašanju ostaju relativno konstantne tijekom cijelog života.

Diferencijalna dijagnoza

Tijekom normalnog razvoja mogu se zapaziti periodi regresije, ali nisu niti toliko teški niti traju toliko dugo kao kod Dezintegrativne Smetnje u Djetinjstvu. Dezintegrativna Smetnja u Djetinjstvu treba se razlikovati od Općih Razvojnih Smetnji.

Obrnuto od Aspergerove Smetnje, Dezintegrativna Smetnja u Djetinjstvu okarakterizirana je klinički značajnim gubitkom sposobnosti koje su prethodno bile naučene i većom vjerovatnošću Mentalne Retardacije. Kod Aspergerove Smetnje nije prisutna retardacija u jeziku i gubitak razvojnih sposobnosti.

Dezintegrativna Smetnja u Djetinjstvu mora se razlikovati od Demencije koja se pojavljuje tijekom ranog ili kasnog djetinjstva. Demencija se manifestira kao posljedica fizioloških efekta predvođenih nekim općim zdravstvenim stanjem (npr. potres mozga), dok je za Dezintegrativnu Smetnju u Djetinjstvu tipično da se manifestira bez nekog povezanog općeg zdravstvenog stanja.

Odnos sa dijagnostičkim kriterijima za traženje u ICD-10

Skupine kriterija i dijagnostičkih algoritama u DSM-IV i u ICD-10 podudaraju se u svemu osim u Kriteriju C, u kojem ICD-10 uzima u obzir i opći gubitak interesa za predmete i okolinu. U ICD-10, smetnja se vodi pod nazivom Dezintegrativni Sindrom Djetinjstva Drugog Tipa.

Dijagnostički kriteriji za F84.3
Dezintegrativna Smetnja Djetinjstva [299.10]

A. Naizgled normalan razvoj barem tijekom prve dvije godine života, kao što se vidi iz postojanja verbalne i neverbalne komunikacije, društvenih odnosa, igre i prilagođavanja koji su primjereni uzrastu.

B. Klinički značajan gubitak sposobnosti koje su prethodno bile usvojene (prije desete godine života) u barem dvije od dolje navedenih sfera:

- 1) izražavanje i primanje jezika
- 2) društvene sposobnosti ili prilagođavanje
- 3) kontroliranje stolice i mokrenja
- 4) igra
- 5) motoričke sposobnosti;

C. Nepravilnosti u funkcioniranju u barem dvije od dolje navedenih sfera:

- 1) kvalitativni poremećaj u društvenoj interakciji (npr. poremećaj u neverbalnom ponašanju, nesposobnost razvijanja odnosa sa vršnjacima, pomanjkanje emotivnog ili društvenog reciprociteta)
- 2) kvalitativni poremećaj u komunikaciji (npr. retardacija ili pomanjkanje govora, nesposobnost u započinjanju ili održavanju konverzacije, stereotipno ili ponavljajuće korištenje jezika, nedostatak imitacijskih igara)
- 3) stereotipno, ograničeno i ponavljajuće ponašanje, interesi i aktivnosti uključujući motoričke stereotipe;

D. Poremećaj nije lakše uvrstiti u neku drugu specifičnu Opću Razvojnu Smetnju ili u Šizofreniju.

F84.5 Aspergerova Smetnja 1299.80

Dijagnostička obilježja

Osnovna obilježja Aspergerove Smetnje su težak i trajan poremećaj u društvenoj interakciji (Kriterij A) i ograničeni i ponavljajući interesi, ponašanje i aktivnosti (Kriterij B). Abnormalnost mora prouzrokovati klinički značajan poremećaj u društvenoj, radnoj ili nekoj drugoj važnoj sferi (Kriterij C). Obrnuto nego kod Smetnje Autizma, ne postoje značajne retardacije u jeziku (npr. riječi se koriste sa dvije godine, rečenice sa tri godine) (Kriterij D). Uz to nema ni klinički značajnih retardacija u kognitivnom razvoju ili u razvoju sposobnosti o samobrizi koje su primjerene uzrastu, kao ni u prilagođavanju okolini (izuzev u društvenoj interakciji) i u znatiželjnosti prema okolini i vršnjacima (Kriterij E). Dijagnoza se ne postavlja ukoliko nisu zadovoljeni uvjeti kriteriji za neku drugu specifičnu Opću Razvojnu Smetnju ili za Šizofreniju (Kriterij F).

Manifestacije i povezane smetnje

Aspergerova Smetnja pojavljuje se povezana sa općim zdravstvenim stanjem koje bi trebalo kodificirati na Hemisferi III. Mogu se opaziti različiti aspecifični neurološki znakovi i simptomi. Osnovne etape motoričkog razvoja mogu se pojaviti u zakašnjenju, i nerijetko se opaža i motorička «smotanost».

Incidencija

Informacije o incidenciji Aspergerove Smetnje su ograničene, no izgleda da je ona učestalija kod muškog spola.

Tijek

U odnosu na Smetnju Autizma izgleda da se Aspergerova Smetnja pojavljuje sa zakašnjenjem. Retardacija ili motorička «smotanost» mogu se zapaziti u predškolskoj dobi. Poteškoće u društvenoj interakciji mogu postati vidljivije u školskom kontekstu. Upravo u tom periodu možemo opaziti bizarne ili ograničene interese (npr. fasciniranost sa redom vožnje vlakova). Odrasle osobe sa ovom smetnjom mogu imati problema sa empatijom i sa oblikovanjem društvene interakcije. Ova smetnja u najvećem broju slučajeva ima naizgled kontinuirani tijek i traje cijeli život.

Obiteljski uzroci

Iako su dostupni podaci ograničeni, čini se da se Aspergerova Smetnja pojavljuje češće unutar obitelji koja u svojoj povijesti ima slučajeve te Smetnje.

Diferencijalna dijagnoza

Aspergerova Smetnja ne može se dijagnosticirati ukoliko zu zadovoljeni uvjeti za neku drugu Opću Razvojnu Smetnju ili za Šizofreniju. Aspergerovu Smetnju treba razlikovati i od opsesivno kompulzivne Smetnje i od Šizoidnog Poremećaja Ličnosti. Aspergerova Smetnja i Opsesivno-Kompulzivna Smetnja imaju ista stereotipna i ponavljajuća ponašanja. Obrnuto od Opsesivno-Kompulzivne Smetnje, Aspergerova Smetnja okarakterizirana je kvalitativnim poremećajem u društvenoj interakciji i ograničenom paletom interesa i aktivnosti.

Obrnuto od Šizoidnog Poremećaja ličnosti, Aspergerova Smetnja je okarakterizirana stereotipnim interesima i ponašanjem kao i teškim poremećajem u društvenoj interakciji.

Odnos sa dijagnostičkim kriterijima za traženje u ICD-10

Skupine kriterija i dijagnostičkih algoritama u DSM-IV i u ICD-10 gotovo su isti.

U ICD-10 ova se Smetnja naziva Aspergerov Sindrom.

Dijagnostički kriteriji za F84.5

Aspergerova Smetnja [299.80]

A. Kvalitativni poremećaj u društvenoj interakciji koji se ispoljava kao barem dvije od dolje navedenih stavki:

- 1) markantni poremećaj u različitim verbalnim i neverbalnim ponašanjima kao što su direktan pogled, mimika, držanje tijela i gestikulacija koji reguliraju društvenu interakciju
- 2) nesposobnost razvijanja odnosa sa vršnjacima koji su primjereni uzrastu odnosno stupnju razvoja
- 3) pomanjkanje spontane želje za dijeljenje sreće, interesa ili ciljeva sa ostalim osobama (npr. ne pokazivati, ne obraćati ili ne privlačiti pažnju ostalih osoba na predmete koji su od njihova interesa)
- 4) pomanjkanje emotivnog ili društvenog reciprociteta;

B. Ograničena, stereotipna i ponavljajuća ponašanja, interese i aktivnosti koji se ispoljavaju kao barem jedna od navedenih stavki:

- 1) velika posvećenost jednom ili više stereotipnih interesa koji su abnormalni ili po intenzitetu ili po usredotočenju
- 2) kruta ovisnost o beskorisnim navikama ili o specifičnim ritualima
- 3) stereotipne i ponavljajuće motoričke radnje (npr. pljeskanje ili iskrivljavanje ruku ili prstiju ili pak kompleksni pokreti cijelog tijela)
- 4) uporan i pretjeran interes za djelove predmeta;

C. Abnormalnost uzrokuje klinički značajan poremećaj u društvenoj, radnoj ili nekoj drugoj sferi koja je od značaja za opće funkcioniranje.

D. Ne postoji retardacija u jeziku (npr. sa dvije godine koriste se riječi, a sa tri rečenice).

E. Ne postoji klinički značajna retardacija u kognitivnom razvoju ili u razvoju sposobnosti samobriga, prilagođavanja i radoznalosti prema okolini i vršnjacima primjerenih uzrastu(izuzev društvene interakcije).

F. Nisu zadovoljeni uvjeti za neku drugu specifičnu Opću Razvojnu Smetnju ili za Šizofreniju.

Opća Razvojna Smetnja koja nije Drugačije Specificirana (uključujući i Atipičan Autizam) (299.80)

Ova bi se kategorija trebala koristiti kada postoji težak i opći poremećaj u razvoju recipročne društvene interakcije, u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji, ili u slučajevima kada su prisutni stereotipni interesi, aktivnosti i ponašanje, a da pri tome nisu zadovoljeni kriteriji za neku drugu specifičnu Opću Razvojnu Smetnju, Šizofreniju, Šizotipičan Poremećaj Ličnosti ili Poremećaj Izbjegavanja Ličnosti. Primjera radi, u ovu kategoriju spada Atipičan Autizam. Ovdje dakle spadaju kliničke slike koje ne zadovoljavaju kriterije za Smetnju Autizma zbog kasnog pojavljivanja bolesti, atipičnih simptoma ili zbog svih tih motiva zajedno.

POGLAVLJE 2

Edukacijski i rehabilitacijski pristupi

Debata o autizmu bila je okarakterizirana živim kontrastima i predrasudama između različitih teorijskih pristupa pa zbog toga nije bilo mogućnosti razmjene znanja i obostranog obogaćivanja.

U ovom ćemo se poglavlju osvrnuti na sljedeće problematike:

- mogućnosti različitih tipologija edukacijskih tretmana da zadovolje potrebe inkluzivne perspektive;
- najpoznatiji oblici tretmana.

Doprinosi koje ćemo predstaviti, posebice u sekciji posvećenoj tretmanima, pripadaju različitim teorijskim orijentacijama. Budući da još nije poznat efikasan lijek odnosno tretman u liječenju autizma, učinilo nam se korisnim da ponudimo što bogatije informacije o tretmanima koji se trenutno koriste.

Autizam, autizmi i edukacijski procesi

Iz: Članak Andrea Canevara «Autizam, autizmi i edukacijski procesi» iz stručne Revije «Poteškoće u učenju», br.1 Oktobar 2000, Erickson, Trento.

Govoriti o autizmu ustvari znači govoriti o autizmima. Sve više smatramo kako bi se ovaj termin trebao koristiti ili u odnosu na pojedinačnu situaciju – koju znači trebamo upoznati u kliničkom smislu – ili ga treba koristiti uvijek u množini, budući da ne postoji jedinstveni način proživljavanja autizma, već različiti načini.

Klinička dimenzija: hajdemo pojasniti šta to ustvari znači. Željeli bi izbjeći korištenje ovog termina samo u zdravstvenom smislu. Kada govorimo o «kliničkom» polazimo od etimološkog značenja ove riječi i uviđamo kako ova riječ u praksi ima više različitih značenja, a za nas je najbitnija činjenica da klinički pristup podrazumijeva potrebu da se analizira svaki slučaj pojedinačno.

Klinički je pristup ustvari susret sa pojedincem. Ne radi se dakle o susretu sa određenom patologijom, već o susretu sa individuum kao djetetom, ženom ili muškarcem i sa njegovom situacijom koja se ne ističe samo zbog poremećaja ili patologije.

Klinički je pristup dakle onaj kojeg se želimo pridržavati. No želio bi još jednom naglasiti kako nije riječ o pristupu u kojem je zdravstveno obilježje najbitnije, već je riječ o pristupu u kojem je najbitnija upravo edukacijska dimenzija.

Isto tako govorimo o autizmima u množini jer danas možemo biti sigurni da se radi o stanju koje je ima mnoštvo različitih uzroka, i koje je okarakterizirano sa mnoštvom čimbenika i slučajeva. Radi se dakle o situaciji kojoj ne možemo pristupiti na jedinstveni način, samo sa jednom metodom, tretmanom ili prijedlogom terapije, već moramo uzeti u obzir potrebu da se različite metode i tretmani koriste zajedno, a to je već postalo ustaljeno kod velikog broja najnovijih istraživanja i teoretsko metodoloških pristupa.

Iz tog razloga smatramo da naš zadatak nije taj da predstavimo način na koji bi trebalo pristupiti autizmu, već smatramo kako je veoma važno ažurnirati i razmišljati o onoj

metodologiji koja je u stanju prihvatiti i obuhvatiti različite prijedloge tretmana, povezati ih i doći do novih, individualnih načina rada (individualnih u smislu kliničkog pristupa).

Kada govorimo o povezivanju odnosimo se na sljedeće: smatramo da ne postoji tretman koji je sam po sebi u tolikoj mjeri efikasan da će eliminirati sve ostale tretmane ili zbog kojeg će svi ti tretmani postati zastarjeli. Naprotiv, smatramo da uvijek treba razmišljati u smislu povezivanja. I ukoliko se dogodi da vjerujemo kako jedan tretman ima prednosti u odnosu na druge tretmane, moramo biti svjesni toga da je to rješenje efikasno za pojedinačnu situaciju i da zbog toga ne treba generalizirati i početi ga primjenjivati u svim situacijama. Upravo je to bitno obilježje kliničkog pristupa. Radi se dakle o metodologiji koja stvara individualizirane tretmane putem ispreplitanja različitih terapijskih rješenja i tretmana.

Razmišljanje o stvaranju i značaju odnosa unutar edukacijskog tretmana

Djete koje je u razvoju razvija odnos sa okolinom u kojoj privilegiranu ulogu imaju odnosi sa određenim odraslim osobama posebice sa majkom odnosno sa skrbnikom (majčinskom ulogom). Majka izvršava majčinske funkcije sa određenim stupnjem smirenosti i upravo je to ono po čemu se ona razlikuje od ostalih odraslih osoba iz djetetova okruženja. Jasno je da se radi o odnosu koji obuhvaća i ostale odnose iz okoline, dakle riječ je o sustavu odnosa unutar kojeg dualni odnos majke i djeteta nailazi na ograničenja i implikacije. Trokut postaje potreba u trenutku kada interaktivan odnos između majke i novorođenčeta zahtijeva posrednike. Radi se o potrebi da se dualni odnos organizira uz pomoć fizičkih (hrana, mlijeko) i neopipljivih (zvukovi, svjetlost, koji se kasnije pretvaraju u riječi, prostor, vrijeme, organizaciju ritmova, itd.) posrednika.

U takvom odnosu bitnu ulogu imaju navike koje dozvoljavaju i majci i novorođenčetu da počinju razlikovati između predvidljivih i nepredvidljivih situacija sa ciljem da razviju jednu vrstu kontrole nad samom situacijom odnosno mentalnog kodificiranja onoga što se dešava. Razvoj jezika omogućuje pojedincu da upravlja informacijama koje do njega dopiru, da se odnosi prema njima sa sposobnošću odabira između bitnih i nebitnih. Govorimo o informacijama koje nisu isključivo verbalnog tipa, već i o onima koje doživljavamo putem informativnih kanala kao što su npr. hrana, govorimo dakle o aspektima koji se nalaze u kontekstu, a to su mirisi, boje, okusi.

Kada u ovakavom interaktivnom razvoju, sačinjenom od tisuće elemenata koji se međusobno magmatski isprepliću, dođe do prekida, nastaju nepredviđeni slučajevi.

Kod djeteta u razvoju postoje uvijek elementi koji se nisu mogli predvidjeti, kao što osobe iz djetetova okruženja mogu kod njega izazvati nepredvidljive slučajeve. Sve to pospješuje izgradnju bogatije i fleksibilnije stvarnosti, koja je u stanju da se iznova izgrađuje. Ali ostaju nam nepredviđeni slučajevi koji su takvi jer se otvaraju i zatvaraju – i onda kada ih nije moguće zatvoriti – uzrokuju kompleksno teške situacije.

Takav je slučaj poremećaja: kada se pojavi neki poremećaj ili kada se on percipira u barem jednoj domeni razvoja, situacija je kompromitirana i postoje velike poteškoće da se nastavi sa dinamikom del magmatske isprepletenosti. Tada dolazi do potrebe za tehnikom, za tehničkim savjetima. Kako mogu primiti povrat informacije od strane djeteta (što važi i za odrasle) koje ne koristi i za koje neznamo da li će ikada umijeti koristiti jednostavne komunikacijske strukture kao npr. mimiku? Kako možemo uspostaviti interaktivne, dinamične odnose koji se razvijaju i rastu kada ne razumijemo dali postoji primanje naše komunikacije budući da nedostaje povratna komunikacija, odnosno odgovor?

Svjedočanstva su često veoma dramatična: jedna majka sa čvorom u grlu pripovijeda kako bi jako željela da njezina djevojčica od četiri godine dođe do toga da razbije jednu čašu, da dođe do toga da napravi nešto što se ne smije. Šta sa želi time reći? Želi reći da bi voljela da

njezina djevojčica koja nalikuje slomljenoj lutki bude normalna i u konfliktnim situacijama, i u malenim katastrofama koje djeca prave dok odrastaju i koje su također dio one magmatske i interaktivne dinamike o kojoj je već bilo riječi. Ukoliko do toga ne dođe, potrebne su nam, kako smo rekli, tehnike. Potrebno nam je ustvari, da nas savjetuje netko tko se razumije u takve situacije i da nam objasni i pruži odgovore na pitanja «kako, zašto i kada». I dok odgovori na «kako» i «kada» mogu imati operativne značajke, smatramo da odgovore na «zašto» treba potražiti u vjerodostojnoj i znanstveno utemeljenoj literaturi.

Govoreći ovo stavili identificirali smo se sa ulogama roditelja, a oni su najpogođeniji: obtelj je ta koja se odmah u početku najteže, koja ima poteškoće koje progresivno rastu i koje se prvenstveno očituju u tome da neznaju šta im je činiti. Tehničari im pružaju nemilosrdne odgovore: «Trebamo prihvatiti situaciju, treba se uvjeriti u to da je ovo situacija koja će zasigurno potrajati». Istovremeno nailaze i na zavodljive odgovore: «Ne, puno toga se može učiniti, treba napraviti to i to, zaokupiti slobodno vrijeme, posvetiti se djeci, itd.». Vidljivo je da ovi zadnji prijedlozi, bez obzira na znanstveno utemeljene preporuke onih koji ih pružaju, postaju uvjerljivi. Nisu niti toliko uvjerljivi na racionalnoj razini koliko u tome što omogućuju organizaciju destabiliziranoga života.

Ova situacija je, simbolički i banalno govoreći, veoma poznata. I treba razviti metodologiju polazdeći upravo od tog saznanja. Trebamo razmišljati dakle o kvaliteti pomoći koja će nam omogućiti da ustanovimo ili da ponovno stabiliziramo situaciju. Ponekad se kaže da je i ta «ponovna stabilizacija» tek «mit», budući da je već postojao odnos odrastanja, magmatske dinamike i međurazmjene. Ponekad se samo pričinjava kako je sve to nekoć postojalo, ili kako postoji ali se radi o mitu a mitovi ne potiču uvijek razvijanje i rast, već ga često i blokiraju. Ukoliko postoje sjećanja na prve mjesecce života kao na mjesecce normalnog razdoblja koje je obećavalo i dozvoljavalo normalan život, a koji se onda naglo prekinuo, možemo smatrati i da je i samo sjećanje uzrujano.

Ali to su interpretacije koje nemaju veliki značaj i mogle bi oštetiti odnos pomoći koji stručnjak želi uspostaviti sa obitelji, izazivajući sumnju u to da se držimo pozicije koja nam dozvoljava da imamo interpretativni stav prema situaciji. Velik broj odnosa pomoći pokvaren je u samom početku zbog interpretativnog stava: ti mi kažeš jedno i ja to interpretiram pa ustanovim da su se stvari, u biti, odvijale drugačije.

Smatramo kako je potrebno i veoma važno diskutirati. Ne mislimo da treba nekom davati za pravo. Biti interpretativni i davati nekom za pravo su dimenzije koje u sebi sadržavaju mnogo rizika, a ono što želimo postići jest uspostaviti dijalog. U odnosu pomoći treba umijeti prihvaćati jer to omogućuje da se razvije diskusija koja se neće zasnivati na pretpostavki razvoj uvijek linearan. Linearan razvoj zahtjeva da sugovornik koji tvrdi nešto što se čini netočno, odmah shvati netočnost svoje tvrdnje i nastavi. Takav linearan razvoj nema značajnu valjanost. Trebamo krenuti od tvrdnji, shvatiti ih kao ozbiljne i početi ih pretvarati u pretpostavke jedne stvarnosti koja je postojala, koju je teško provjeriti i koja bi se mogla spojiti sa nekim drugim pretpostavkama. Ali to je pomalo drsko sa naše strane jer nas stavlja u antipatičnu poziciju: smatrati da toliko puno toga znamo da možemo podučavati ostale, što nije istina. Mi idemo naprijed zahvaljujući jednoj nepokolebljivoj sigurnosti koja se ne smije pretvoriti u destabilizaciju drugih. Moramo, unutar odnosa pomoći, pokazati radoznalost koja potvrđuje da «neznamo sve», a koja istovremeno pokazuje uvjerenost da mi «znanje koje imam dozvoljava da idem naprijed». Upravo zbog toga možemo govoriti o aktivnosti odgajatelja kao o onoj aktivnosti u kojoj je radoznalost najvažniji element za napredovanje. Moglo bi se i reći – upotrebljavajući izraz koji se koristio više u ambijentima koji su vezani uz iskustva podučavanja – da bi odgajatelji terbali biti motivirani njihovim neznanjem, odnosno

ne poznavanjem onoga što se krije nakon skretanja, iza planine, pa su motivirani da odu pogledati, da idu naprijed.

Oni neznaju, ignoriraju. Ali znaju hodati, znaju se kretati, znaju se osloniti na one koji se kreću zajedno sa njima. Imaju dakle sigurnost koja sadrži brojne nesigurnosti. U odnosu pomoći moramo znati vrednovati sigurnost kako ne bi povećali krizu, dramatičnost situacije u kojoj se nalazi naš sugovornik. Ovaj dio razmišljanja vezan je za uspostavljenje odnosa pomoći sa obitelji. Smatramo kako se velik broj situacija u kojima radimo odnose na djecu i stoga implicitno i na one koji imaju odgovornost u njihovoj edukaciji: kao prvo obitelj, a onda ostali odgajatelji koji rade sa djecom izvan obiteljskog konteksta, a to su: učitelji, socijalni pedagozi, defektolozi, itd.

U odnosu: transfert ili pertinentnost

U kliničkom pristupu prije ili kasnije susrećemo riječ transfert, koja dolazi od riječi «premjestiti» (tal. *trasferire*): sposobnost da se omogući razmjena, recipročna izmjena informacija, ali sa dodatkom emotivnog čimbenika koji prevaže u takvoj situaciji.

Taj se termin uvelike koristi u psihoterapeutskom odnosu. Upravo zato ima važnu i interesantnu konotaciju koju, sa jedne strane ne treba odbacivati, a sa druge strane treba prihvatiti kao rizičnu jer dovodi do nesporazuma. Termin transfert trebao bi stoga uvijek biti specifičan sa nekom drugom riječi ukoliko ga se koristi primjerice u edukacijskoj sferi. Možda je riječ o istom razmišljanju koje bi se trebalo sprovesti i sa terminom «klinički», koji smo već koristili u definiranju našeg pristupa.

Termin «transfert» može se koristiti u dimenziji psihoterapeutskog odnosa, ali isto tako može postojati i edukacijski transfert kao i kognitivni transfert. Upravo zbog toga smatramo kako je važno koristiti pridjev uz taj termin kako bi izbjegli nepotrebna objašnjenja i nesporazume. Radi se o terminu «pertinentnost». Ovaj se termin odnosi na osobe koje su povezani općim principom suradnje (kooperacije). Po ovom principu, svaki govornik mora dopustiti svom sugovorniku da raspolaze elementima potrebnima da razumije ono što je izrečeno. Govor je veoma usko povezan i sa elementarnim ponašanjem, sa držanjem tijela, sa osmijehom, odnosno sa preverbalnom i neverbalnom komunikacijom nije jezik: neverbalni jezik je kodificiran, dok preverbalna komunikacija nije kodificirana iako ulazeći u rutinu svakidašnjice ona može postati poznata pa stoga i na neki način predvidljiva ili prouzrokovana. Kod govora je dakle sva pažnja usredotočena na suradnju, tj. na potrebu razumijevanja obostranih izjava. To je situacija koju smo ranije definirali kao «magnetska i dinamična interakcija». Pertinentnost dakle postaje sposobnost uspostavljanja odnosa putem posrednika koji se mogu obostrano objasniti i shvatiti. Primjećujemo da u tome postoje duboke analogije sa značenjem riječi «transfert», recipročnog premještanja. Ali vjerovatno pertinentnost više naglašava potrebu za posrednicima koji omogućuju točku susreta: gestualni posrednici, mimični, posrednici držanja tijela, kao i lingvistični posrednici (poslije ili istovremeno). Posrednici dakle koji u samom početku mogu imati smisla samo za mikrokozmos dualnog odnosa, ali koji se kasnije proširuju na ostale osobe, na ostale pojedince jednog ograničenog konteksta i koji rastu i postaju posrednici cijele jedne zajednice.

Kod posrednika, višeznačajnost termina uzrokuje cijeli niz nesporazuma i konflikta. Ali i termin konflikt je višeznačajan i dozvoljava kako pozitivnu tako i negativnu interpretaciju, odnosno interpretaciju koja omogućuje otkrivanje nove organizacije misli, a samim tim i otkrivanje novih interpretacija stvarnosti.

Iz ovoga zaključujemo da se niti jedan projekt ne može realizirati kao izolirana cjelina i da edukacija nije odnos samo između dva pojedinca: on implicira velik broj posrednika koji su dio proširene interakcije. Upravo zato postoje mogućnosti da posrednici – kako neverbalni tako i

lingvistički – dobivaju značenja koja su shvatljivija i jasnija ukoliko proizlaze iz odnosa osoba koje imaju zajednička sjećanja ili žargonsku interpretaciju ili su emotivno povezane. Mogu dakle podrazumijevati veće prijateljstvo, intimu, ali mogu isto tako potaknuti izdvajanje. Mogu potaknuti obrambene stavove, verbalnu ili komunikativnu agresivnost.

U tom smislu lako je shvatljivo u kolikoj je mjeri višeznačajnost nekih termina ili riječi potakla ogromne slomove i nesporazume između znanstvene zajednice koja je imala svoj žargon i onih koji su sa njima stupili u kontakt kao obitelji autistične djece. Banalno je govoriti o tome kako je izraz «hladna majka» ili «majka frižider» pobudio čitav niz konfliktualnih reakcija koje su onemogućile razumjevanje smisla i suštine tog izraza. Jasno je da kada neki termin ima značenje koje izaziva opoziciju i konfliktualne stavove treba prevazići korištenje dotičnog termina ili riječi kako bi se riješili nesporazumi i destruktivne opozicije koje iz njih proizlaze. A to je pozitivno obilježje izgradnje konflikta.

Potreba za pertinentnošću povezana je sa potrebom za partnerstvom: ne može se razviti jedan put, ili jedan edukacijski prijedlog ukoliko smetnemo sa uma mnogobrojnost i raznovrsnost osoba koje taj prijedlog ili put podrazumijevaju. To znači da ne smijemo smetnuti sa uma da nam osobe moraju biti partneri u pravom smislu te riječi. Taj termin ne može se ovdje koristiti sa obilježjem spontane usklađenosti. U ovom slučaju partnerstvo podrazumjeva postojanje jednog razvojnog tijeka između onih figura koje su povijesno prisutne u kliničkom pristupu. Ne možemo zapostaviti dimenziju partnerstva u odnosima sa obitelji, i ako se naše razmišljanje prije razvijalo identificirajući se, makar parcijalno, sa članovima obitelji, sada se želimo identificirati sa ulogom tehničara odnosno sa nastavnikom, učiteljem, socijalnim pedagogom. On ne može interpretirati partnerstvo po želji, već ga mora interpretirati, ako možemo tako reći, po obavezi: treba pronaći sposobnost usklađivanja sa figurama koje su prisutne u situacijama na koje nailazi u ardu. Više puta smo usredotočeni na ograničenja, nedostatke, karakterijalne poteškoće, apsurdne prohtjeve koje mogu imati članovi obitelji. Takva usredotočenost katkad je izvedena na elegantan način, a ponekad je odraz zabrinutosti kod realnog sagledavanja određene situacije. No ukoliko naš doživljaj određene osobe prevlada nad ostalom, dolazi do toga da dotičnu osobu poistovjetimo sa njezinom ograničenošću, umjesto da u njoj prepoznamo kompetentnost.

Trebali bismo dakle vrednovati pogotovo one aspekte koji nam omogućuju da razvijemo partnerstvo u pozitivnom smislu po kojem odnos pomoći postaje suradnja, a ne ispravljanje ili nametanje nečeg.

I onda, budući da smo već rekli kako je razumljivo da kada je obitelj zbunjena i naiđe na prijedlog koji im omogućuje da konačno vjeruju kako postoji nešto što se može učiniti, da postoji izlaz iz situacije u kojoj su se našli nemoćni i očajni, prihvaćaju one projekte koji nešto obećavaju. Mi u takvoj situaciji moramo vjerovati kako akcija odnosno djelovanje može biti potencijalno konstruktivno. Ali moramo razumijeti kako je psihološka dimenzija drugoga ona koja nas interesira, jer ne polazimo od susreta sa patologijom, sa poremećajem, već polazimo od susreta sa osobom i sa onima koji je okružuju.

I onda taj projekt – koji se ne može ostvariti ukoliko je izoliran, koji ima potrebu za posrednicima, za razvojem partnerstva – ne može nego prihvatiti posrednike koji su predloženi i koji izgleda da imaju apsolutnu vrijednost kako bi postali višeznačajni posrednici. Drugim riječima, kako bi se iz jednog značenja koje nam se čini apsolutnim jer je ograđeno nekakvom vrstom «tehničkog balona», razvilo značenje semantičkog karaktera, a samim tim povezano sa kontekstima pa stoga podložno izmjeni.

Jedan od aksioma svakog edukacijskog tretmana je to da je aktivnost posrednik promjene. Pa se onda gotovo podrazumijeva da će, ukoliko predložimo nekakvu aktivnost osobi koja se nalazi u očajnoj situaciji jer nisu predviđene nikakve promjene, ta ista osoba prihvatiti dotičnu

aktivnost upravo zato što smatra da će koristiti promjeni. To može i biti istinito. Ne govorimo toliko o placebo efektu, koliko o mogućnosti da se, oko jedne pretpostavke za koju se može ispostaviti da nije bila točna, izgradi niz odnosa koji postaju stvarni. U tome nailazimo na velik broj kontrapozicija koje nas mogu dovesti do paralizirajuće konfliktualnosti, ili mogu dovesti do uvođenja dijaloških elemenata. Ostaje većim djelom na nama da shvatimo da li je moguće razviti jednu strukturu koja će se zasnivati na dijalogu i koja će nam pomoći da napravimo korak naprijed, da se razvijamo, ili da se blokiramo u krutim kontrapozicijama.

Kako bi nastavili sa ovim razm,išljanjem nužno je da se na trenutak udaljimo sa teme i ispričamo nešto u vezi posrednika.

Tko se susreće dolazeći iz daleka ima potrebu za dobrim posrednicima i za dobrim ritualima

Zamislimo susret između onoga koji se rađa i između onoga koji je već odavno došao na svijet kao susret između osoba koje dolaze sa suprotnih strana svijeta i koji su prešli dug put. Radi se o predodbi o kojoj se može maštati jer je to susret između djeteta koje je bilo unutar odrasle osobe i o kojem se istovremeno sanjalo, koje je više ili manje bilo priželjkivano, koje je imaginativno bilo uspoređivano sa ostalom djecom. Spol se zamišljao ili se predviđao po izgledu stomaka majke ili iz preciznijih analiza. Stavljalo ga se u koleraciju sa mjesecom, i sa mnogim ostalim elementima, sa susretima koji su se događali. Djeteta je naime dolazilo iz svijeta mašte u kojem su zasigurno bile prikrivene želje i strahovi. Zatim je došlo do susreta. Susret ima potrebu da bude reguliran i organiziran oko posrednika. Posrednici su sigurniji što su prirodniji. U stvari su kulturalni, ali imaju mogućnost da budu prihvaćeni kao svakidašnji rituali susreta. Percepirani su više ili manje konfuzno iz rođenja ostale djece ili iz priča koje su nam pričali o našem rođenju. Kasnije smo imali mogućnost da obnovimo slike koje smo si predstavljali i u kojima su elementi stvarnosti i simbolike usko isprepleteni i teško je razaznati koji je koji.

U populacijama koje proživljavaju velike daljine, susreti su okarakterizirani ritualima posredništva. U arapskom svijetu, sedam čajeva koji se ponude gostu u šatoru, ritual su posredništva koje dozvoljava da se susret regulira na osnovi volje i želje gosta da prihvati taj ritual. Onaj koji ugošćuje i tko dolazi u goste zauzimaju pozicije koje su regulirane nečim za što se smatra da je prirodno (a to je i kulturalno) i što istovremeno ima i stvarne elemente – napiti onoga tko je putujući ožednio – i simboličke elemente: ne napasno ugošćavanje i organizacija prostora i vremena susreta.

Ritualni posredništva i posrednički predmeti organiziraju prostor i dozvoljavaju da se pronađe prava razdaljina. Ovo, što se može učiniti kao skretanje sa teme, dozvoljava nam da shvatimo koliko je važno uvesti rituale posredništva u svakodnevni rad, kako bi kvalitetnije organizirali susret sa nepoznatom osobom.

Stručne osobe imaju rituale i protokole za opservaciju i testiranje kvalitete, kompetencija i karakteristika drugog. I to su rituali. Članovi obitelji također imaju rituale za koje se ispostavilo da su neadekvatni, da nisu u stanju potaknuti razvijanje odnosa di pertinntnosti, odnosno suradnje. Ti članovi obitelji vjeruju kako je moguće izgraditi takav odnos na instiktivan način, na osnovi onih odnosa koje su proživljavali kada su i sami bili djeca, odnosa koje su usvojili i naučili iz svakodnevnog života. Ta mogućnost više ne postoji. Treba uvesti nove i adekvatnije posrednike i upravo zbog toga su prijedlozi veoma važni ali su istovremeno i kontradiktorni budući da su tehničke prirode, a odnose se na situaciju u kojoj djeteta ne može postati tehnički predmet.

Sa primjerom koji se može učiniti smionim, pokušati ćemo izaći iz sfere ljudskih odnosa i zamisliti odnos sa nekim predmetom: koristim kompjuter sa kojim uzajamno kontaktiram, on

mi stavlja na raspolaganje tipkovnicu uz pomoć koje imam dostup monitoru na kojem se pojavljuju znakovi između kojih trebam odabrati one koji će mi omogućiti da idem dalje, da organiziram odabire kako bi nešto izgradio. Posrednici su tipkovnica, monitor i simboli koji se na njemu pojavljuju, a to su posrednici koji su sami po sebi efikasni. Ukoliko, nastavljajući sa radom, dobivam odgovore koji nisu pertinentni, odnosno koji ne odgovaraju mojem projektu i onome što želim napraviti sa kompjuterom, mogu zaključiti kako sam nešto pogriješio i ponovno pokušati poništavajući prethodne korake i ispravljajući eventualne pogreške. Ukoliko se ta operacija još više zakomplicira, a ja ne dobijem nikakve rezultate, zaključujem da trebam potražiti savjet kod nekoga tko se u to razumije više do mene, kod tehničara koji mi može reći nešto radikalno kao na primjer: «Ovaj kompjuter više ne radi, treba ga zamijeniti»; ili: «ovaj kompjuter treba popraviti»; ili: «Pogriješio si, pokazat ću ti šta da napraviš». U ove tri situacije tehnički element se prilagodio situaciji, ali je učinio ono što mi ne možemo napraviti kada su u pitanju ljudski odnosi: rekao je da kompjuter treba zamijeniti. To znači da tehnika, sama po sebi, omogućuje razvijanje diskursa koji je isključivo tehničke prirode, kada se radi o predmetima. Kada se radi o ljudskim bićima, tehnika ne može doći do takvih solucija.

Tehnička dimenzija, u prijedlogu obnove razvojnih posrednika, mora sadržavati mogućnost da prevaziđe samu sebe, a to je kontrast sam po sebi. Mnogo puta se tehnički savjeti daju sa jednom dozom opsesivnosti, a primaju ih osobe koje nisu tehničari i kao takvi misle da ih se moraju striktno pridržavati, da ne smiju ništa izmijeniti, da ne smiju nadopuniti tehniku svojim intuicijama, ili nekim drugim savjetima, saznanjima iz svakodnevnog života. Taj kontrast možemo prikazati na skematski način: tehnika čini svoj objekat tehničkim ili tehnika od objekta pravi subjekt. Raskrižje je veoma važno i ono nije prikazano kao stvarno raskrižje, to je svakidašnja konstrukcija. Elementi zavodljivosti, koje smo već spomenuli govoreći o nekim tehničkim savjetima, moraju biti prihvaćeni kao mogućnost susretanja određene osobe koja nam se čini da je čudna, a za koju ne bi htjeli da je takva jer je to naš sin; elementi zavodljivosti trebaju pomagati u izgradnji ljudskog odnosa.

Veoma dobro znamo da su nam potrebne tehnike, ali pri tome ne smijemo zaboraviti da ih koristimo kao instrumente oslobađanja, a ne kao instrumente modeliranja: one ne smiju modelirati objekte tehnike već trebaju osloboditi individualnosti. To je put.

Antinomija se nalazi upravo unutar odnosa koji postoji između tehnike i individue: može pomoći u razvijanju konstruktivnog odnosa zasnovanom na dijalogu ili može blokirati odnos. U prihvaćanju naše odgovornosti željeli bi, upravo zbog povijesne situacije u kojoj se naša zemlja trenutno nalazi, imati kontinuiranu radoznalost prema tretmanima koji dolaze iz ostalih zemalja. Ali željeli bi ih osloboditi negativnog konflikta i započeti pozitivan konflikt odnosno postaviti tehniku u odnos sa kliničkim pristupom te na taj način omogućiti ulazak elemenata iz stvarnog svijeta u tehniku koja tako prestaje biti specijalizirana samo za jedno.

To je integracija: željeli bi doći do prijedloga tretmana koji se na tome zasniva. Trebamo biti rigorozni u dokumentaciji onoga što radimo, ali moramo izbjeći da instrument dokumentacije postane bitniji od stvarnosti koju dokumentiramo. I budući da u edukacijskoj sferi i u sferi edukacijskog projekta postoje mnoge prakse koje je teško sažeti ili predstaviti u diskursu, ne smijemo smetnuti sa uma kako je dokumentacija uvijek parcijalna reprezentacija stvarnosti. Tim više što naši sugovornici i partneri dolaze iz različitih kulturalnih sfera: neki su stručnjaci, neki članovi obitelji, ili odgajatelji, nastavnici, socijalni pedagozi, defektolozi, itd. Tada dokumentacija može biti pretvorena u važnu sentimentalnu pripovijest ili u pripovijest tehničke prirode.

Hibridi su interesantni, ali katkada i opasni. Puno smo puta uvidjeli kako odgajatelji koriste pretjerano poetski jezik u dokumentaciji prakse, pa je stoga teško shvatiti njihovu profesionalnu poziciju. Još jedan rizik je izdvajanje značajki iz različitih disciplina. Korištenje

indikacija koje dolaze iz disciplina kao što je npr. biologija, ima rizik da postane nešto što onemogućava razumijevanje onog što i sami radimo te da utječe na naše shvaćanje povezanosti između idnikacija koje dolaze iz neke druge discipline i onoga što radimo. Kako do toga ne bi došlo, indikacije trebaju biti veoma dobro objašnjene.

To nas navodi na sljedeću pretpostavku: iz poteškoća na koje svi nailaze kada je u pitanju tema autizma proizlaze nekakve osnovne potrebe, potrebe da se raspoláže sa organizacijskim predmetom koji će dozvoliti da se reformulira struktura našeg velikog ili malog univerzuma. Taj se organizacijski element ponekad sastoji od nepromišljenog i nepovezanog izdvajanja savjeta iz različitih stručnih sfera. To naravno može dozvati sliku o jednom djelu pripovjesti Grofa iz Miinchausena, u kojoj se Grof, upavši u baru, ne utopi jer dođe do briljantne ideje da se spasi tako što sam sebe vuče za kosu. Ali u ovom slučaju, organizacija šeme je malo drugačija, jer se ne radi toliko o tome da on samog sebe vuče, koliko o tome da pronađe oslonac u nečemu što će dozvoliti da izgardi put. Moglo bi se raditi i o jednoj iluziji? Naravno: to bi mogla biti iluzija, ali takva da dozvoli da se napravi korak naprijed, pa stoga i otkriće nečega što samim tim prestaje biti iluzija. No teško nailazimo na svjedočanstva onih koji su svjesni da su prouzrokovali korak naprijed zahvaljujući iluziji. Teško da će izumitelj iluzije shvatiti da je ustvari predložio iluziju. I tu ulazimo u problem kojeg možemo definirati «problem trgovine» u kojem izumitelj iluzije ima potrebu da nastavi prodavati iluzije.

Ovaj aspekt može negativno utjecati na naše razmišljanje, a to znači da ga je dobro držati u primjerenim granicama. Potreba je ta da se izgradi jedan sustav komunikacije između različitih iskustava koji će dozvoliti da se održi stroga točnost kliničkog pristupa, poznavanje svih elemenata koji sačinjavaju jedan put, pertinentnost, partnerstvo posrednika, prostor za posredovanje, mogućnosti susreta. Pa stoga i mogućnost da se autizam pojedinca (ne autizam generalno govoreći) umanjuje izlazeći iz situacije recipročne nemogućnosti i ulazeći u situaciju u kojoj će postojati sposobnosti recipročnog učenja.

Važnost vršnjaka

U našoj kulturalnoj i povijesnoj situaciji rekli smo da bismo trebali prihvaćati sa radoznalošću prijedloge i rješenja koja dolaze iz nekih drugih konteksta, ne razmišljajući o njima kao o dalekim ili zaostalim, ali istovremeno i ne podvrgavajući se paralizirajućoj obmani tog iskustva. Naspram tehnički veoma artikuliranih prijedloga mogli bismo se osjećati kao «siromašni rođaci» pa stoga i nesposobni da imamo plodne utjecaje na nekog. Trebali bismo raditi na činjenici da na naše prijedloge može utjecati prisutstvo vršnjaka. Ako imamo posla sa djetetom, tehnički će nas kontekst odvesti daleko od njega. Polazeći od konteksta učestvovanja vršnjaka trebamo raditi na tome da se dva konteksta približe jedan drugom, da se isprepletu te da stvore novi kontekst integracije.

Kako doći do toga? Smatramo da je plod najboljih iskustva posljednjih godina upravo taj da se u proces edukacije uključe vršnjaci kao «aktivni savjetnici». Da, upravo vršnjake, radeći na tome da ne budemo jedini koji će rješavati probleme, već da radimo u okviru partnerstva imajući na umu da i vršnjaci odnosno djeca mogu biti partneri i sugovornici koji nam uvelike mogu pomoći u osmišljavanju projekta.

To je element o kojem trebamo potanko razmisliti. Sposobnost uključivanja, aktivnog dijeljenja razvoja kognitivnih sposobnosti, učestvovanje u osmišljavanju prijedloga projekta, u susretu sa onim što je drugačije od nas, sa invaliditetom, sa poremećajem. Za to se u stvari trebamo najviše zauzeti, to je ono što oko sebe okuplja sve elemente koji sačinjavaju naše znanstveno razmišljanje posljednjih nekoliko godina.

Metode tretmana

G.M.Arduino, E. Gonella: «Autizam i dječja psihoza»

Etiodinamična metoda, A.E.R.C.

Etiodinamična metoda polazi od etiološkijske opservacije ponašanja autističnog pojedinca i osoba sa kojima on stupa u odnos (Trevarthen, 1979, Zappella, 1996). Etiološkijski principi koje smo uzeli u obzir mogu se odnositi na one aktivnosti koje se odvijaju u kontekstu prilaženja drugom: npr. prijateljski i istraživački načini prilaženja drugome, koji kod autističnog djeteta mogu biti veoma oskudni. U tim slučajevima postoje modaliteti odnosa koje se baziraju posebice na odnosu «licem u lice» koji, osobito kod mlađe djece, mogu biti korisni za poboljšanje direktnog odnosa koji se zasniva na suradnji. Načini u obostranom odnašanju idu u korak jedan sa drugim: npr. djetete od tri godine koja je u prošlosti imalo autističnu regresiju obično je usvojilo mnoge načine u odnašanju prema drugima koji su svojstveni primarnom poimanju sebe. Iz tog razloga takvom djetetu treba predložiti odnos zasnivan na tjelesnim i verbalnim čimbenicima koji kod manjeg djeteta olakšavaju razumijevanje i izražavanje jezika. Jedan od najbitnijih ciljeva je stvoriti kod djeteta pozitivnu motivaciju kako bi i interagiralo i surađivalo. Iz tog razloga korisno je koristiti različite oblike verbalne i motoričke aktivacije, kao što je uhvatiti djetete za ruku i pomoći mu da skoči što će ga udobrovoljiti da kasnije surađuje u ostvarivanju različitih kognitivnih ciljeva.

Na ovim se čimbenicima zasniva tretman koji se zove «Terapija Emotivnog Pokretanja i Tjelesnog Reciprociteta (AERC) koju predlaže Zappella (1996). Ova se metodologija uvijek integrira sa ostalim edukacijskim metodama kao što je, na primjer, Metoda Portage. Metoda portage jest edukacijska metoda biheviorističkog tipa čija je funkcija da pruži roditeljima vodič o najadekvatnijim aktivnostima koje bi trebalo predložiti djetetu. Ta metoda dozvoljava nam da periodički evaluiramo promjene kod djeteta tijekom terapije. Za djecu koja ne govore, Povećavajuća i Alternativna Komunikacija (vidi J. Cafiero) može biti veoma važan instrument i često se može integrirati sa etiodinamičnim pristupom: oba pristupa naime odnose se na sensorijalno motoričku inteligenciju koja predstavlja realan kognitivni stupanj mnoge mlađe autistične djece kao i kognitivni model koji je najučestaliji i kod starije autistične djece s obzirom na njihove simboličko lingvistične poteškoće. Zappella često predlaže i organizaciju dana koja rijetko postaje kruta kao kod nekih drugih metoda. Kada su u pitanju autistične osobe sa superiornim intelektualnim i lingvističkim sposobnostima ova metoda se može integrirati sa ostalim edukacijskim metodama.

Rezultati kod ove metode variraju sa obzirom na sindrome i postojeće invaliditete i svakako su bolji kada je u pitanju dizmaturativan sindrom sa kompleksnim obiteljskim tikovima koji su se rano pojavili zajedno sa poremećajima raspoloženja, i to iz jednostavnog razloga što se radi o poremećajima prenošenja kod kojih je reverzibilnost autističkog poremećaja veća. Rezultati su bolji kod mlađe djece jer je plastičnost živčanog sustava veća i jer je sensorijalno motorička inteligencija izraženija. U ostalim slučajevima i za ostale dobi mogu se imati poboljšanja različitog tipa, ovisno o stanju i stupnju invaliditeta. Setting u kojem se odvija tretman sačinjen je od prostrane sobe sa jednosmjernim ogledalom i videonadzorom, u kojoj ima dovoljno mjesta da se djetete može osjećati slobodno da se kreće u sobi je oprema kao što je stol, stolice, fotelje ili kauči i određeni broj igraćaka. Roditelju se predlaže da nastoji uspostaviti odnos sa djetetom i da sa njime surađuje u aktivnostima kao što su crtanje, izgradnja tornja od kocaka, gledanje i imenovanje oblika i predmeta i sl. Pokušaj uspostavljanja odnosa jednog roditelja sa djetetom odvija se uz pomoć jednog terapeuta, dok drugi roditelj i terapeut gledaju kroz ogledalo. Zadaća terapeuta je da predstavlja model za

roditelja (i ne isključivo na način da mu daje objašnjenja po pitanju odnosa) koji je obično frustriran sa brojnim neuspjesima koji su se dogodili dok je nastojao pridobiti pažnju djeteta. Tijekom tretmana roditelj eksperimentira tjelesni i emotivni odnos sa djetetom koji ide u smjeru sekundarnog poimanja sebe. Cilj nekih od ovih tretmana može biti strateški odnosno smjerati na izmjenu i na poboljšanje u kratkom vremenskom roku odnosa roditelj – djetete. Između susreta prođe obično koji tjedan tijekom kojeg roditelji posvećuju otprilike sat vremena dnevno aktivnostima igre i direktnog odnosa, a koje su slične onima koje su se odvijale na tretmanu. Preteća ovog tretmana je uvođenje etiologije i « *Holding »* terapije u dječju psihijatriju od strane Tinbergena (1983). Kod *Holding* terapije djetete je u uskom tjelesnom odnosu sa jednim od roditelja, licem u lice. Roditelj traži emotivnu usklađenost sa djetetom tako što ponavlja, modificira i obogaćuje njegove vokalne izraze (Zappella, 1987). Nakon toga uslijedi slobodna i bezbrižna interakcija koja se zasniva na suradnji. Osamdesetih godina *Holding* terapija omogućila je nekoj djeci da izgube autistično ponašanje i da postanu normalne odrasle osobe: neki od njih bili su oboljeli od dismaturativnog sindroma sa kompleksnim obiteljskim tikovima koji su se pojavili u ranoj dobi (Zappella, 1999). Drugoj djeci koja su imala jasan organski poremećaj u razvijanju verbalnog izražavanja tip senzomotoričke interakcije koji je karakterizirao ovaj pristup olakšavao je progrese. *Holding* je, svejedno, skematizirao na gotovo neprirodan način oblike interakcije primarnog i sekundarnog poimanja sebe kao i tretmane koji su olakšavali artikulaciju jezika. Drugim riječima: u svakodnevnom životu ne dešava se nikada da jedno djetete dugo vremena bude u zagrljaju roditelja u i odnosu licem u lice, dok se, obrnuto, tjelesni odnos kontinuirano artikulira putem trenutaka igre i pokreta. Zbog takvog pretjeranog skematiziranja, *holding* je postao neadekvatno konstruktivan. Danas, kada su se pojasnili ti aspekti i kada se došlo do novih saznanja o različitim sindromima autizma koja su bila uvelike manja osamdesetih godina, za *holding* se smatra da je prevaziđena metoda (Zappella, 1998).

Program TEACCH

Program TEACCH je bio osmišljen, tijekom tridesetogodišnjeg iskustva koje je započelo sa E. Schoplerom i njegovim suradnicima, u školama za autiste američke države Nord Carolina. Ovaj je program postigao veliki uspjeh i izvan SAD-a i posljednjih se godina proširio i u Europi i Italiji, zahvaljujući prijevodu nekih knjiga (Schopler et al., 1980, 1983) i aktivaciji obrazovnih tečajeva.

Program TEACCH podrazumijeva mnoštvo aktivnosti edukacijskog tipa za rad sa djecom sa Općim Razvojnim Smetnjama ili sa Poremećajima u komunikaciji. Te aktivnosti koriste se na individualiziran i kontestualan način. Ostvarivanje tih aktivnosti mora se zasnivati na sljedeća četiri kriterija: *model interakcije, razvojne perspektive, bihevioralni relativizam i gerarhija obuke* (Schopler i dr., 1980).

Koncept *Modela interakcije* odnosi se na potrebu da se kontestualizira određena tehnika tretmana koja će biti u sustavu odnosa u kojem se nalazi djetete. Posebne potrebe djeteta i njegov potencijal učenja mogu se bolje uočiti u kontekstu interakcije djeteta i njegove svakodnevnog okruženja (škola i obitelj).

Koncept *razvojne perspektive* naglašava potrebu da se treba imati na umu u samom definiranju rehabilitacijskog tretmana, stupanj globalnog razvoja djeteta u različitim sferama. Trebat će uzeti u obzir i sfere koje su slabe ali i one u kojima djetete pokazuje najveće sposobnosti.

Pod *bihevioralnim relativizmom* podrazumijeva se poseban fenomen koji možemo zapaziti kod djece sa Općim Razvojnim Smetnjama. Radi se o poteškoći a ponekad i o nemogućnosti apliciranja naučenog ponašanja u sferama koje su različite od sfere u kojoj je dotično

ponašanje naučeno. Stoga je veoma važno unaprijed definirati edukacijske ciljeve za svaki pojedini kontekst.

Koncept *gerarhije obuke*, naposljetku, odnosi se na potrebu da se definiraju prioriteta između problematike autistično djeteta treba savladati. Edukacijski tretman trebao bi težiti ka tome da izmjeni prvenstveno ona ponašanja koja ugrožavaju život djeteta. Kao drugo trebao bi izmijeniti ona ponašanja koja se odnose na sposobnost djeteta da se prilagodi obiteljskom kontekstu, kao treće prilagođavanje školskom kontekstu i kao četvrto prilagođavanje izvanškolskoj zajednici.

Iz onoga što je do sada rečeno, logički možemo zaključiti kako edukacijski tretman mora biti osmišljen po mjeri djeteta, njegove obitelji i škole (Schopler et al., 1991, p.16). Rehabilitacijski tretman koristiti će individualiziranu evaluaciju koja polaže temelje za osmišljavanje Psiho Edukacijskog Projekta.

TEACCH Program osmišljen je kako bi razvio imitacijske sposobnosti, perceptivne funkcije, motoričke sposobnosti, sposobnosti integracije vida i pokreta, razumijevanje jezika i izražavanje, upravljanje ponašanjem (samostalnost, društvene sposobnosti i ponašanje). Takav projekt treba postaviti ciljeve koji se odnose na različite sfere: komunikacije, slobodnog vremena i sposobnosti i samostalnosti u domaćinstvu, društvene sposobnosti i sposobnosti učenja.

Vodstvo programa ostavljeno je roditeljima i učiteljima, koji dijele iste strategije i djeluju u uskoj suradnji. Doktor i psiholozi orijentiraju tretman roditelja i učitelja uzimajući u obzir stupanj razvijenosti djeteta, njegovog svakodnevnog životnog konteksta i njegovih težnji.

Jedan bitan dio programa odnosi se na evaluaciju koja se odvija na tri različita načina. Prvi predviđa korištenje testova inteligencije i standardnih ljestvica te se odnosi na evaluaciju razvoja. Drugi način odnosi se na opservaciju modela ponašanja kod djeteta. Treći podrazumijeva prikupljanje informacija sa kolokvija sa roditeljima zahvaljujući kojima možemo izdvojiti njihova očekivanja u vezi djeteta i najvažnije problemi koje treba savladati. U evaluaciji razvoja koristi se specifičan instrument a to je Psiho Edukacijski Profil (P.E.P.). P.E.P. omogućuje da se odredi razvoj djeteta u sljedećim sferama: imitacije, percepcije, motoričkih sposobnosti, integracije vida i pokreta, kognitivnih sposobnosti. Uz P.E.P. osmišljen je još jedan instrument a to je A.A.P.E.P. koji se koristi u evaluaciji adolescenata i odraslih autista.

Očekivanja i ciljevi koje smatramo da će djeteta ispuniti dijele se na (Schopler i ostali, 1991):

- 1) očekivanja na duge staze;
- 2) očekivanja između 3 mjeseca i godine;
- 3) neposredni edukacijski ciljevi.

Adekvatan tretman trebati će predvidjeti koordinaciju između sva tri navedena stupnja.

Tretman bi najprije trebao razviti one sposobnosti koje su implicitne u nekim drugim: npr. ako djeteta nije razvilo imitacijske sposobnosti, treba najprije raditi na razvoju te sposobnosti nego krenuti sa radom na razvoju jezičnih sposobnosti.

Procedura koja je opisana ima za cilj da definiira *edukacijske ciljeve*. Sljedeći korak je da se definiraju, polazeći od edukacijskih ciljeva, *specifični edukacijski ciljevi*. Svaki pojedini specifični edukacijski cilj pretvoren je u didaktičke aktivnosti, koje su osmišljene imajući na umu sve varijable koje smo do sada spomenuli, i individualne i kontekstualne. Pored specifičnih didaktičkih aktivnosti predviđeno je i korištenje tehnika za izmjenu ponašanja, posebice kada se radi o upravljanju sa problematičnim ponašanjem.

Jedan od osnovnih principa tretmana jest onaj zbog kojeg usvajanje sposobnosti od strane autističnog djeteta zahtjeva prilagođavanje i izmjenu životne okoline djeteta, i školske i

obiteljske. Posebno je važno da je ambijent učenja predvidljiv i strukturiran, te da su aktivnosti precizne i, ukoliko se radi o djeci koja ne govore, da su razumljive bez obzira na verbalne indikacije. Struktura treba uzeti u obzir i prostor i vrijeme rada, npr. mogu se koristiti slike koje opisuju različite trenutke u životu kako bi naučili djete da poveže svaku sliku sa određenom aktivnošću ili trenutkom svojeg dana.

Sschopler i suradnici daju nam velik broj konkretnih primjera specifičnih didaktičkih aktivnosti koje su primjerene različitim razvojnim stupnjevima djece, a koji se odnose na različite sposobnosti (Schopler i suradnici, 1980 i 1983). O TEACCH-u možemo pronaći čitav niz informacija i resursa na internetu (Npr. www.unc.edu/depts/teacch/).

La Therapie d’Echange et Developpement (TED)

Osnova od koje polazi TED sastavni je dio nekih neurofizioloških istraživanja koja su istraživala fenomene kao što su iskrižana senzorijalna asocijacija i slobodno oponašanje i učenje.

Pod *iskrižanom senzorijalnom asocijacijom* podrazumijevamo onaj fenomen koji opazimo kada registriamo elektroencefalografske reakcije koji se javljaju sekundu nakon zvučnog i svjetlosnog podražaja. Ono što možemo zapaziti jest da nakon višestrukog uvjetovanja ovom kombinacijom podražaja (prvo zvuk, a neposredno zatim svjetlost), prvi podražaj (zvuk) prouzrokuje reakciju u vizualnoj zoni, a tu zonu obično aktivira svjetlosni podražaj. Kako bi došlo do te asocijacije nije potreban nikakav uvjetni podražaj odnosno potkrepljivanje (kao npr. hrana). Radi se naime o kognitivnom procesu koji se spontano odvija i koji je prisutan kod autističnog djeteta, iako na neregularan način.

Kod autistične djece, uz ostalo, možemo zapaziti kako u određenim uvjetima fenomen *slobodnog učenja* nije uvjetovan nikakvim potkrepljivanjem i nije ovisan postojanjem određene vremenske sekvence u učenju.

Pored prisutstva slobodnog učenja, možemo zapaziti i *slobodnu oponašanje*. Ono je dokazano putem elektroencefalografske registracije djece koja gledaju videosnimku koja prikazuje pokrete. Zapazilo se da tijekom percepcije pokreta dolazi do elektroencefalografskih promjena u motoričkim sferama djeteta, koje su sinkronizirane sa pokretima koji se prikazuju na video zapisu (Barthelemy i ostali, 1995). Autistično djete ima, po ovim autorima, sposobnost slobodnog oponašanja, iako je ono slabo strukturirano.

Rezultati ovog istraživanja naglašavaju jedan prirodni fiziološki kuriozitet, a to je biološka tendencija da se asociiraju, razumijevaju i pronalaze značenja. Terapeut treba organizirati setting i aktivnosti imajući na umu te sposobnosti koje i autistično djete posjeduje, iako u manjoj i ne strukturiranoj mjeri.

Na osnovu ovih obilježja, Barthelemy, Hameury i Lelord (1995) osmišljavaju *Principe* koji inspiriraju TED i koji prožimlju sve aktivnosti koje, kako smo vidjeli, ciljaju da razviju različite psihofiziološke sposobnosti u djeteta (Lelord i Sauvage, 1994). Autori su definirali te principe kao: smirenost, dobrovoljnost i recipročnost (Barthelemy i ostali 1995).

Smirenost se odnosi na određivanje settinga u kojem se odvija tretman. Setting se obično sastoji od sobe ograničenih dimenzija, koja je prazna i u kojoj se nalazi stol i dvije stolice. Često je prisutno i jednosmjerno ogledalo koje omogućava direktnu opservaciju susreta. U toj sobi dominira smirenost i ne mogu se čuti vanjski zvukovi koji mogu ometi terapiju. Osnovni izvor interesa djeteta terapeut pruža putem ekskluzivnog i pažljivog načina interakcije i predlaže mu jednu po jednu aktivnost ili igru.

Ta organizacija settinga ima za cilj da maksimalno pospješi pažnju djeteta i dekodificiranjeporuka, dovodećido minimuma podražaje konfuzije i ometanja.

Dobrovoljnost terapeuta (drugi princip) ima za cilj da olakša otvaranje djeteta prema vanjskom svijetu te da pospješi njegovu prirodnu radoznalost. Djetetovi pokušaji razbijanja svoje izoliranosti su ohrabreni i nastoji se razvijati njegovu spontanu inicijativu. I najmanje pokazivanje pažnje od strane djeteta treba ohrabriti.

Recipročnost se iskazuje kroz igre i aktivnosti koje podrazumjevaju razmjenu predmeta, gesta, vokalizacije i emocija između terapeuta i djeteta. Cilj recipročnosti je taj da stimulira komunikaciju.

Aktivnosti koje se predlažu djetetu su one koje se nalaze i u *Individualnom Edukacijskom Projektu*, koji se bazira na funkcionalnoj analizi i koji se odnose na pažnju, percepciju, asocijaciju, intenciju, motoriku, sposobnost kontakta i komunikaciju. Kompleksivan terapijski projekt, u koji mogu spadati i zdravstvena njega i tretmani ostalih stručnjaka, definiran je od svih članova Tima koji su sudjelovali u evaluaciji i koji su usuglašeni sa obitelji. Aktivno uključivanje obitelji jest još jedna bitna karakteristika TED-a.

Predviđeni su periodične evaluacije članova tima putem videosnimki susreta i putem skala koje su osmišljene u tu svrhu (Barthelemy i ostali, 1995).

Tretman se odvija u kontekstu «Hopital de Jour» i predviđa uključivanje u grupe i u aktivnosti (kao npr. dječji vrtić) koji se nalaze unutar bolnice. TED se odvija u klasičnom settingu kojega smo već opisali, no može se odvijati i u nekim drugim ambijentima i sferama sa uvjetom da ostanu principi smirenosti, dobrovoljnosti i recipročnosti. Prostorija za logopediju, za psihomotoriku ili, u posebnim slučajevima, kada sa vodom, mogu isto tako biti prostori u kojima se odvija TED.

Tretman se može odvijati i sa dvoje djece istovremeno onda kada je osnovni cilj poboljšanje socijalizacije. Takve situacije dešavaju se uglavnom nakon što je već obavljen klasičan TED tretman i to najčešće sa djecom koja još uvijek imaju agresivnih problema u socijalizaciji. Takvom djetetu pridružimo mirnije djetete koje ima analogne sposobnosti, a koje treba razvijati komunikaciju.

TED je obično popraćen sa tretmanima proširenih grupa djece ali i u tom slučaju osnovni principi tretmana su oni o kojima je već bilo riječi. Kontekst u kojemu se odvija ovakav tretman treba biti smiren, predvidljiv i stabilan i mora imati precizne vremenske sekvence.

Psihoanaliza i terapija dječjih psihoza

Problem koji je postavila psihoterapija o dječjim psihozama zainteresirao je psihoanalitičare puno prije nego što je Kanner opisao dječji autizam. Već 1930-e godine, M. Klein je pisao kako je jedna od osnovnih zadaća dječje terapije treba biti ta da se studiraju i liječe psihoze u djetinjstvu (Klein, 1968). Mahler (1972), polazeći od distinkcije između primarnih autističnih psihoza i simbiotičnih psihoza, izdvaja neke principe u terapijskom liječenju psihotične djece.

Prvi terapijski cilj, po Mahleru, jest uključivanje djeteta u «korektivno simbiotičko iskustvo» (Mahler, 1972) koje će dozvoliti djetetu, u dužem vremenskom razdoblju, da dospije do višeg stupnja u odnosu sa predmetom, a da pri tome ponovno proživi prethodne razvojne faze.

To se može postići ukoliko djetete ponovno prođe različite razvojne faze (presimbiotičnu, simbiotičnu e fazu odvajanja - individuacije) uz podršku terapeuta koji ima ulogu pomoćnika. Terapeut će morati pružiti djetetu one funkcije koje *self* koristi kako bi se zaštitio od pretjeranih vanjskih podražaja i, istovremeno, od interijornih prijetećih podražaja.

Psihotično djetete nalazi se u stanju panike i sujeta u kojem isplivljava na vidjelo strah od gubitka granica od self-a i nesposobnost da se kontrolira i zadrži napad agresivnosti. Terapeut će morati postaviti ograničenja djetetu, posebice u njegovim agresivnim i autodestruktivnim nagonima, npr. intervenirajući i pomažući mu da bolje organizira igru koja je

tendencijalno fragmentarna i nerazumljiva. Može isto tako imati i pedagošku ulogu u radu sa djetetom: po Mahleru, za autistično dijete adekvatnija je individualna terapija koja je potrebna kako bi izašlo iz svoje izoliranosti. Neki pedagoški tretmani neće biti uspješni dok dijete ne počne razvijati neku vrstu simbiotičnog odnosa. To ne važi za dijete koje je primarno simbiotično i koje će imati koristi od edukacijskih tretmana čim nestanu njegove tipične reakcije panike kada će moći uspostaviti diversificirane odnose koji će zamijeniti stanje simbioze sa majkom.

Polazeći od dubokih reakcija panike do kojih dolazi kod autistične djece kada se nastoji razbiti njihova izoliranost, Mahler nam savjetuje da pokušamo izbaviti dijete iz izoliranosti uz pomoć muzike, koristeći ugodne podražaje njegovih osjetilnih organa, koristeći neanimirane predmete; ne koristeći dakle direktan pristup, posebice ne onaj tjelesni.

Mahler predloži, osobito kada se u pitanju simbiotične psihoze, terapijsku metodu po kojoj je uz dijete i terapeuta prisutna i majka. Radi se o susretima koji traju dva do tri sata i tijekom kojih majka i terapeut istovremeno rade na rehabilitaciji djeteta. Uključivanje majke u terapiju je osnovna razlika između terapijskog modela Mahlera i tretmana psihoanalitičara B. Bettelheima. Bettelheim smatra kako je poželjno odvajanje djeteta od majke i liječenje u instituciji koja je u tu svrhu osmišljena (Bettelheim, 1976).

Cilj terapije je da se izbjegne povlačenje djeteta i zauzimanje autističnog obrambenog stava. Dijete treba biti ohrabreno da ponovno proživi, sa zamjenom majke, jedan ekskluzivan simbiotično parazitski odnos. Taj odnos treba biti dostupčan djetetu i postati za njega jedna vrsta obrane u periodu u kojem treba izaći deformiranog odnosa sa majkom (Mahler, 1972). Mahler stoga predlaže model terapije koji će, posebice za simbiotičnu psihozu, držati ujedinjenu dijadu majka – dijete i koji se razlikuje od klasičnog modela dječje terapije.

Manzano i Palacio Espasa (1983) smatraju da Mahlerin tretman kao i tretmani sjeverno američkih autora, imaju tendenciju da usmjere pažnju na korektivno emocionalno iskustvo a ne na (ili u manjoj mjeri) na analizu transferta.

Ovu je misao razvio F. Tustin i ostali sljedbenici Kleina koji svoju terapiju usredotočuju na analizu transferta.

Tijekom posljednjih godina, neki od autora psihoanalitičke škole, naglasili su potrebu da se počne raditi sa djetetom što ranije te da se, uz individualnu psihoanalitičku psihoterapiju, predvide i drugi farmakološki i edukacijske tretmani koji će uzeti u obzir heterogenost kliničkih slika kod autistične djece.

Sustavna obiteljska terapija

Terapijski tretman koji predlaže Sorrentino polazi od pretpostavke sustavnog tipa za psihotičnu smetnju iako obuhvaća drugačije metode u odnosu na usko psihoterapeutske tretmane koji se koriste u liječenju adolescenata i mladih (Selvini Palazzoli i ostali, 1988). Obiteljska terapija koja se predlaže u slučaju psihotičnog djeteta djelomično je slična terapiji za adolescente, a posebno zato što su uključeni i članovi inokosne obitelji i članovi proširene obitelji.

U prvom susretu uključeni su članovi inokosne obitelji i jedan značajan član proširene obitelji kojeg se odabire na osnovi informacija koje su prikupljene tijekom prvog telefonskog razgovora. Uglavnom je taj član baka sa majčine strane. Ovaj izbor može se činiti kao logička posljedica tipične dinamike ovih obitelji u kojima je odnos majke i njezine majke (bake) ometen konstantnim interveniranjem bake u majčinske funkcije.

Tijekom prvog susreta, prisutstvo jednog člana proširene obitelji omogućuje da se ustanovi učestalo interveniranje članova proširene obitelji u interakciju inokosne obitelji i obično predstavlja idealnu priliku da isplovi na vidjelo «negativno predviđanje» tijekom braka.

Na kraju prvog susreta terapeut zahvali na suradnji članu proširene obitelji i kaže mu kako ne treba više dolaziti i eksplicitno ga pozove da prestane intervenirati i stvarati psihološki pressing (kao što se uvidjelo u susretu) budući da to uvelike ometa normalno odvijanje funkcija roditelja.

Na drugom susretu prisutni su samo članovi inokosne obitelji uključujući i djetę «pacijenta». Ovaj susret posvećen je produbljivanju odnosa braćnog para i odnosa svakog roditelja sa djetetom.

Djete nam, sa svojim ponašanjem može pružiti važne informacije, čak i ako ne prića i čini se da je zatvoreno u svom svijetu. Često se događa da djetę privilegira odnos sa jednim roditeljem i da intervenira ometajući, i to u momentima koji su veoma značajni za susret.

To omogućuje terapeutu da naglasi kako je djetę *glumac* u obiteljskoj igri, i kako to radi intencionalno. Ta definicija zamjenjuje onu po kojoj je riječ o bolesnom i pasivnom djetetu iako ju roditelji ne prihvaćaju bez opaski i oklijevanja.

U centralnoj fazi terapije sudjeluju samo roditelji. Tijekom tih susreta terapeut nastoji povezati djetetov poremećaj sa statičnom situacijom u odnosu između samih roditelja. To implicira i individualan rad sa svakim roditeljem kojemu je cilj da se pojasni kako je njegov način odnašanja prema partneru u velikoj mjeri uvjetovan sa odnosima koje su u prošlosti imali njegovi roditelji.

Prisutstvo roditelja bez djece u ovoj fazi terapije pragmatски naglašava činjenicu da je terapija prvenstveno usmjeren njima. Roditelji dobivaju i zadatke koji se odnose na aktivnosti koje treba raditi sa djetetom. Aktivnost za koju se smatra da je posebno korisna jest svakidašnji holding, odnosno odnos sa djetetom tijekom kojeg roditelj (uglavnom je to majka) snažno zagrlj svoje djetę tjerajući ga na snažan tjelesni i vizualni odnos. Toj se aktivnosti djetę, pogotovo u samom početku, uglavnom opire, pokazujući u tome intencionalnost i energiju koju do tada nikada nije izrazilo.

Upravo u tom momentu terapije sa roditeljima postaje neophodno započeti sa individualiziranim rehabilitacijskim tretmanima sa djetetom (i u sferi učenja i u sferi društvenih kompetencija).

Usklađivanje tih rehabilitacijskih tretmana sa terapijom roditelja jest glavni i neophodan preduvjet kako bi se došlo do poboljšanja u simptomima i, u pojedinim slučajevima, do izljećenja.

Pored terapeuskog modela koji zastupaju Sorrentino i grupa znanstvenika Selvini Palazzoli, treba spomenuti i ostale metodologije, koje su također dio teorije sustavnog pristupa (Cancrini i ostali, 1989; Quinzi i Dentale, 1992), a koji spadaju u Cancrinijev pristup obiteljske terapije (Cancrini, 1995).

Ti autori koje nećemo dotaknuti u ovom radu, predlažu model obiteljskog tretmana u kojem se koriste tehnike strukturalne obiteljske terapije (Minuchin, 1981) i tehnike strateške terapije (Haley, 1963) izmjenjene na osnovi etiodinamičnog modela.

Farmakološke terapije

Uredili: G.L. Padua, E. Peloso i P. Vinai

Terapijski tretman kod pervazivnih razvojnih poremećaja mora biti intenzivan, produženog trajanja i integriran sa edukacijskim rehabilitacijskim, funkcionalnim, psihološkim, društvenim, obiteljskim i ostalim farmakološkim tretmanima. Slabo poznavanje neuropsiholoških osnova autizma uvjetuje to da je farmakološki pristup ovoj patologiji simptomatološkog tipa, orijentiran ka tome da pospješuje adekvatnije i društveno prihvatljivije. Današnji podaci ukazuju na to da farmakološki tretman marginalno utječe na prirodan tijek autizma. Brojne kliničke slike i slabo

poznavanje genetskih značajki autizma opravdavaju brojne terapijske pokušaje sa međusobno veoma različitim lijekovima koji djeluju samo na neke od simptoma. Osnovni cilj farmakološke terapije jest ustvari kontrola manifestacije simptoma koji na negativan način mogu utjecati na kvalitetu života i na ostale terapijske tretmane. Tretman mora biti prethođen sa pomnom funkcionalnom analizom koja će evidentirati simptome koje treba liječiti, a koji se mogu veoma razlikovati od osobe do osobe (stereotipna ponašanja i agresivnost, smetnje u koncentraciji, alteracije u raspoloženju, poremećaji sna). Korištenje tih lijekova u razvojnoj dobi zahtijeva veliku pažnju zbog mogućnosti pojavljivanja nuspojava.

Stereotipi i agresivnost:

Aloperidol: je neurolektik koji je dugo poznat. Utječe na poboljšanja u stereotipnim ponašanjima i agresivnosti, u zatvorenosti i u nekim kognitivnim parametrima. Doza je od 0,25 do 4 mg / die (od 0,05 do 0,15 mg/Kg/die). Osnovne nuspojave su: sedacija, distonija, grčevi.

Pimozid: ima utjecaj na ponašanja i na povučенost. Doza je 2 - 4 mg / die (ne više od 0,3 mg / kg / die). Potrebne su kardiološke kontrole. Bolje reagiraju apatične i neenergične osobe.

Amisulpirid: korišten u manjim dozama djeluje na zatvorenost u odnosima.

Neurolektici koji se koriste se na nespecificirani način kod poremećaja u ponašanju kao što su samoagresivnost i agresivnost naspram drugih, hiperaktivnost i impulzivnost su: **Tioridazin, Klorpromazin, Flufenazin**. Podaci koji podržavaju njihovo korištenje su malobrojni, osim u slučaju Tioridazina i u svakom slučaju lošiji su od korištenja Aloperidola. Koriste se zbog njihova sedacijskog djelovanja i zbog dugoročnih efekta. Treba isto tako razmisliti o suzpenziji lijekova u fazama koje nisu akutne.

Povećava se korištenje atipičnih neurolektika. Il **Risperidon** je efikasan u smanjenju stereotipnih ponašanja, agresivnosti, impulzivnosti i zatvorenosti (u manjoj mjeri). Doziranje je 1,5 - 2 mg (dijete), 4 - 5 mg (adolescenti). Soministracija treba biti postepena sa povećanjem od 0,25 - 0,50 mg svakih 5-7dana.

Olanzapin ima antagonističko djelovanje prema primanjima serotonina i dopamina. Neka istraživanja (koja su još uvijek u tijeku) o njegovu korištenju u dozama od 0,22 mg/kg/die kod djece sa različitom dijagnozom između kojih i psihoze, imaju poboljšanja u redovitosti između sna i jave i u kontroli agresivnosti.

Manje se koristi **Klozapin** zbog rizika pojave agranulocitose / leucopenije.

Lijekovi koji djeluju na sustav endogenih opijoda:

Naltrexon, antagonist endogenih opijoda, bio je eksperimentiran u dozama od 0,5 mg/Kg kod pacijenata sa agresivnim ponašanjem. Rezultati su kontradiktorni.

Klonidin, se pokazao veoma djelotvoran u kontroli napadaja ljutnje. Kod adolescenata se koristi u dozama počevši od 0,05 mg/die i povećavajući se dok se ne dostigne kontrola simptoma (0,05 mg 2-3 puta/die). Slaba eksperimentacija ipak savjetuje da se ne koristi.

Propranolol jest blokant koji se u SAD-u koristi za kontrolu napadaja ljutnje u dozama od 50-150 mg/die, koje se preporučuju kod djece starije od 12 godina, a koja se nalaze u bolnici.

Nuspojave su hipotenzija i bradikardija i zahtjevaju praćenje kardiološke frekvencije i tlaka arterija; ne preporučuje se kod osoba oboljelih od asme zbog rizika dostupnih napada.

Još uvijek je slabo poznato djelovanje i efikasnost **novih antipileptičkih lijekova**.

Gabapentin djeluje efikasnije kod poremećaja u ponašanju afektivnog tipa.

Jedno istraživanje koje se nedavno odvijalo o korištenju **Lamotrigina** koji ima pozitivne rezultate u liječenju poremećaja u ponašanju kod Rettovog sindroma. Potrebna je velika pažnja u njegovu korištenju zbog eventualnih nuspojava.

Drugi lijekovi koji se spominju u literaturi su:

Buspiron koji kontrolira u dozama od 15-45 mg/die anksioznost i ponašanje i ima slabe nuspojave.

Bromokriptin jest jak agonist dopaminergičkih prijamnika pa je posebno indiciran za Rettov sindrom (kod kojeg se pretpostavlja smanjenje biogenskih amina u nekim sferama SNC).

Piracetam je efikasan kod Rettovog sindroma, a ne kod ostalih poremećaja.

Poremećaji raspoloženja

Antidepresivi kao **SSRI** (serotoninergetski lijekovi), trociklusni i ostali često su se koristili protiv zatvorenosti prema drugim osobama i za umanjene poremećaja u ponašanju (samoagresivnost i stereotipi). Preporučuju se i kod oblika depresije povezanim sa pervazivnim razvojnim poremećajima. Najefikasniji lijekovi su: **Fluoxetin** (10 - 40 mg /die), **Fluvoxamin** (25 - 200 mg/die), **Klorimipramina** (50 - 200 mg/die), **Trazodon** (50 - 150 mg/die).

Imipramin i **Dezimiriparina** nemaju posebno dobrih efekata. Iz istraživanja koje se nedavno odvijalo proizlazi da je **Fluoxetin** efikasan u 60% djece (od 2 – 7 godina), sa poboljšanjima u ponašanju, u komunikaciji, u društvenoj sferi i u sferi afektivnosti. Dobra reakcija na **Fluoxetin** je povezana sa povijesti obitelji kod kojih su smetnje u afektivnoj sferi izraženije (depresija).

Podaci sa kojima se raspolaže su pozitivni u odnosu na nuspojave. Može doći do naglog povećanja anksioznosti, iritiranosti i poremećaja u ponašanju (posebno sa **Fluoxetinom** i **Klorimipraminom**). I dati dostupni su favorizirani efekti kolaterali. Raspolaže se sa manje podataka koji se odnose na nuspojave dugotrajnog liječenja, pa je stoga potrebna posebna pažnja i monitoring tijekom soministracije.

Poremećaji u pažnji:

Fenfluramin jest anoreksizirajući lijek. Iako se u početku koristio, istraživanja su pokazala kako negativno utječe na učenje pa se ne savjetuje.

Metilfenidat, psihostimulant o kojem se i danas diskutira. Koristi se u anglosaskim zemljama, u Italiji nije u prodaji.

Pemolin može kontrolirati, ukoliko se koristi u kratkim periodima, smetnje u pažnji i hiperaktivnost, ali može utjecati na povećanje tikova ukoliko su oni prisutni.

Poremećaji sna:

Melatonin je u nekim slučajevima postigao poboljšanje sna, smirenje raspoloženja, smanjenje stereotipnih ponašanja i to u dovoljno dugim periodima nakon prestanka soministracije. Nisu se pojavile bitne nuspojave.

Vitaminske terapije i ostali Nutricionalni Dodaci:

Posljednjih se godina o njima mnogo raspravljalo. Teoretska pretpostavka je da djeluju na nuklearnu smetnju metabolizma, i to po tzv. ortomolekularnom modelu. Sprovedena je rigorozna eksperimentacija po pitanju tretmana sa vitaminom B6 (a 15mg/kg/die), povezanim sa magnezijom (5mg/kg/die) i dimetilglicinom.

Trenutno je efikasnost tretmana veoma kritizirana, i zbog metodoloških nedostataka mnogih istraživanja. Dobro su opisani toksični rizici kao senzorijske neuropatije, koji su uslijedili nakon nekongruentnih tretmana i hipervitaminoze.

U tijeku su istraživanja o sekretinu.

Zaključak

Farmakološki tretman kod sindroma autizma treba biti instrument koji će utjecati na to da edukacijski, rehabilitacijski i psihoterapijski pristupi budu efikasniji. Budući da se smetnja autizma ne može liječiti, već se mogu liječiti samo njeni simptomi, rizik je taj da se zajurimo u politerapiju koja bi predstavljala neku vrstu «farmakološkog bombardiranja». Kako bismo izbjegli takvu situaciju najpoželjnije je koristiti lijekove koji djeluju u širokom spektru.

To su neurolektici ili SSRI. Kada lijekovi nisu efikasni pojedinačno, može se prijeći na kombiniranje više lijekova, ali imajući na umu da kombinacija modificira plazmatski stupanj oba lijeka. Korištenje lijekova preporuča se u akutnim fazama, budući da još uvijek ne postoje dovoljni podaci o produženim tretmanima. Ne smijemo smetnuti sa uma ni to da jedna terapija sa lijekovima ima smisla samo ukoliko je u kombinaciji sa globalnim radom sa autističnim djetetom i njegovom obitelji.

Metoda Delacato

C. Delacato ispočetka je bio, zajedno sa G. Domanom i R. Domanom, predstavnik grupe koja je bila liječničko – fizioterapeutskog tipa i koja je bila posvećena rehabilitaciji djece sa cerebralnim oštećenjima. Jedan od zaključaka ove grupe znanstvenika bio je taj da se razvoj djeteta odvija kroz stadije koji, ukoliko ih se preskoči, brane djetetu da dostigne svoje potencijale. Zadaća rehabilitacijskog programa jest da djete ponovi stadij koji je preskočio na način da se stimulira njegov mozak na razvoj. Zaključili su i to da postoje različiti stupnjevi cerebralnog oštećenja, od teškog do slabog te da su najučestaliji faktori cerebralnog oštećenja problemi vezani uz percepciju (taktilnu, vizualnu ili akustičnu).

Nakon toga, Delacato je započeo raditi sa djecom koja nisu imali nikakve smetnje u motorici, ali koja su imala velikih smetnji u ponašanju. Od tuda je krenuo proučavati autizam. Polazeći od saznanja da je velik broj simptoma djece sa cerebralnim oštećenjima sličan simptomima autizma, počinje smatrati kako su autistična ponašanja posljedica senzorijskog ili percepcijskog problema.

Za autističnu djecu se smatra da su cerebralci sa teškim senzorijskim problemima: budući da ne mogu koristiti podražaje koji dolaze izvana jer su komunikacijski kanali sa mozgom poremećeni, oni nastoje normalizirati taj put ponašanjem koje se ponavlja i koje stimulira isti taj kanal.

Autistična djeca nisu dakle psihotična, ili, bolje rečeno, ne ponašaju se tako iz psiholoških razloga već iz neuroloških.

Individuirana su 3 tipa senzorijskog poremećaja:

- 1) Hipersenzibilnost: prevelik dio informacija dolazi u mozak i dolazi do pretrpanosti.
- 2) Hiposenzibilnost: pre maleni dio informacija dolazi do mozga i te informacije ne obrađuju se na adekvatan način.
- 3) Bijela buka: percepcija je ometena senzorijskom unutarnjom interferencijom odnosno sama aktivnost neefikasnog sustava dovodi do interferencije u sustavu.

Kako bi se liječila ta smetnja treba dakle najprije pomoći djetetu da preživi podražaje, a tek nakon toga nastaviti sa normalizacijom njegovog senzorijskog sustava.

U sažetku:

Autistična djeca nisu psihotična već imaju cerebralna oštećenja.

Celebralno oštećenje uzrokuje disfunkcije u percepciji.

Senzorijalni putevi su abnormalni, 3 tipa: hiper, hipo, i bijela buka.

Autizmi (stereotipnosti) su simptomi celebralnog oštećenja koje ovdje nazivamo senzorijska ponašanja, a to su pokušaji da se normaliziraju oštećeni senzorijski putevi.

Djete pokušava liječiti samo sebe, a čineći to odvaja se od stvarnosti.

Iz opservacije ponašanja mogu se zaključiti oštećeni putevi.

Može se također ustanoviti da li je poremećaj hipo, hiper ili bijela buka.

Putevi se mogu normalizirati tako što ćemo djetetu ponuditi iskustvo i adekvatnu stimulaciju putem specifičnog kompromitiranog puta.

Kada se kanal normalizira, ponašanje koje se ponavlja prestaje. Kada takvo ponašanje prestane djete se uspijeva koncentrirati na stvaran svijet.

Tada ga možemo liječiti kao što se liječe laka celebralna oštećenja, nudeći mu mogućnost da ponovno prođe kroz razvojni stadij koji je na neki način bio preskočen.

Dodatne informacije mogu se potražiti na web stranicama www.delacato.com

Olakšana komunikacija

Tehnika Olakšane Komunikacije (CF) je osmišljena krajem osamdesetih godina od strane Chosleya i Biklena, nakon čega se proširila posebice u Sjedinjenim Američkim Državama i u Australiji.

Pod Olakšanom Komunikacijom podrazumijevamo metodu kojom olakšavamo komunikaciju i u kojoj terapeut nudi podršku ruci osobe koja ima poremećaj u komunikaciji kako bi mu pomogao da pokaže slike ili slova ili da koristi tipkovnicu kako bi napisao neki tekst.

Pretpostavka je ta da bi ova metoda trebala pomoći osobama sa autizmom ili sa teškom mentalnom retardacijom da komuniciraju.

Po onima koji podržavaju ovu metodu, autistična osoba ima poteškoća u komunikaciji ne zato što ne može postaviti u sekvencu ono što ima za reći, već zato što je poteškoća u komunikaciji prouzrokovana aprazijom od koje pate autistične osobe.

U prilog ovoj pretpostavci ide to da je dovoljan jedan period obuke kako bi se asociirale riječi sa slikama. Tipkanje na tipkovnici dajući podršku ruci osobe koja prolazi takvu obuku, nakon čega se pomoć progresivno smanjuje dok ne dođe do toga da samo dotaknemo ruku osobe koja je u međuvremenu naučila komunicirati koristeći sve više riječi i sve složeniji jezik. Pomoć se progresivno smanjuje dok se ne dođe do toga da terapeut položi svoju ruku na rame ili na koljeno pacijenta kako bi mu pružio olakšanje (Bicklen, 1999).

Ova metoda bila je podložna velikom broju kritika i opaski od kojih treba naglasiti onu od strane American Psychological Association, koji su smatrali da metoda nema nikakvu znanstvenu valjanost, da je dokazano kako je produkt te komunikacije često usmjeravan ili sistematski determiniran od strane terapeuta te da nisu napravljena nikakva znanstvena istraživanja o tome dali je i u kolikoj je mjeri terapeut svijestan svojeg utjecaja. Zbog navedenih razloga, A.P.A. se opire korištenju Olakšane komunikacije jer ona ustvari prijetnja da se prekrše prava pacijenata koji se tretiraju na takav način.

Odgovor na ovu kritiku koji su dali sljedbenici ove metode je da treba uzeti u obzir to kako bi vrsta laboratorijskog istraživanja koja bi mogla pružiti znanstvenu valjanost, zasigurno negativno utjecala na ponašanje osobe, i da su upravo iz tog razloga rezultati sprovedenih istraživanja išli na uštrb ove tehnike.

U prilog Olakšanoj Komunikaciji ide to što je bila korisna velikom broju osoba jer im je dozvolila da komuniciraju, pa stoga to što nije teoretski i znanstveno prihvatljiva nije dovoljan razlog da ju se eliminiira u cijelosti bez da se pri tome ponude nekakve alternative. U

budućnosti se trebamo dakle još više potruditi kako bi poboljšali ovaj snažan instrument komunikacije.

Dodatne informacije možete potražiti na web stranicama:

<http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/2576/pagina1.html>

<http://soeweb.syr.edu/thefci/>

Auditivan Trening

Ovdje ćemo prezentirati dvije metode koje se baziraju na slušnim podržajima sa ciljem da poboljšaju sposobnosti slušanja i obrađivanja slušnih podražaja kod pojedinca, a to su: Trening auditivne slušne integracije Guy Berarda i Slušno – psiho – fonološki pristup Alfreda Tomatisa.

Trening Slušne Integracije.

Ovu metodu razvio je Guy Berard u Annecyju, u Francuskoj, kako bi pomogao osobama sa problemima u razradi slušnih podražaja. Po njemu dolazi do problema u razradi ukoliko osoba čuje određene frekvencije zvuka puno bolje nego neke druge ili ukoliko je hipersenzibilna na određene frekvencije. Frekvencije na koje je osoba hipersenzibilna nazivaju se «slušni vrhunci», a ti su vrhunci u audiogramu prikazani kao planine.

Prije prvog susreta napravi se auditivni test kako bi se ustanovilo ima li osoba slušnih vrhunaca. Zatim, nakon pet sati tretmana napravi se drugi test kako bi se ustanovilo dali još uvijek ima slušnih vrhunaca ili da li ima novih. Na kraju treninga napravi se treći test. Dr. Berard smatra kako bi na kraju treninga sve frekvencije trebale biti percepirane na isti način i osoba ne bi trebala više imati vrhunaca u sluhu.

Ovaj trening odvija se uz pomoć sprave koje na slučajan način odabire visoke i niske frekvencije iz jedne pjesme i putem slušalica ih emitira osobi. Ukoliko dotična osoba ima posebnih slušnih vrhunaca, što se vidi iz audiograma, te se frekvencije izbacuju iz pjesme na kompletan način (one se odstranjuju) ili pak na parcijalan (one se lagano izmijene).

Ovaj program predviđa dva susreta na dan u trajanju od trideset minuta, deset dana za redom. Tijekom prvih pet sati tretmana, stupanj zvuka jednak je za oba uha. Za osobe koje imaju smetnje u govoru, nakon prvih pet sati tretmana stupanj glasnoće zvuka u lijevom uhu se smanjuje. Budući da je desno uho povezano na direktniji način sa lijevom hemisferom i budući da je lijeva hemisfera odgovorna za obradu jezika, Dr. Berard smatra kako viši stupanj glasnoće u desnom uhu može više stimulirati lijevu hemisferu.

Kod pojedinaca su zapaženi nepredviđeni problemi u ponašanju tijekom 10 dana treninga kao što su: uznemirenost, hiperaktivnost i učestala izmjena raspoloženja. Iako uzrok takvog ponašanja nije siguran, odnosno nezna se da su direktno uzrokovani Treningom Slušne Integracije, ili varijacijama u ishrani i u stupnju aktivnosti tijekom treninga (primijetilo se da se djeci nudi velik broj slatkiša tijekom treninga kako bi bili poslušni), Dr. Berard i suradnici naglašavaju kako je veoma bitno ponuditi savjetovanje roditeljima i prije i poslije tretmana kako bi ih se pripremio i upoznao sa tim mogućim promjenama u ponašanju. Primjera radi, jedna moguća promjena jest povećanje sposobnosti koncentracije. Ukoliko neko dijete ima kratko vrijeme koncentracije veoma ga je lako omesti od igre ili aktivnosti. Ali ukoliko se poveća sposobnost koncentracije dijete bi moglo postati tvrdoglavo i teže bi ga mogli omesti jer se je njegova koncentracija povećala. Ostale promjene mogle bi biti: naglašena ponašanja u afektivnoj sferi (kao ljutnja, plakanje, reakcije na osobe koje plaču), u sferi samostalnosti (napustiti neko mjesto bez dozvole), i u društvenom odrastanju (povećana interakcija). Nedavno (Gillberg i ostali, «Autism», vol.1, 1997) se ustanovilo kako bi slušni trening mogao smanjiti, iako ne u bitnoj mjeri, senzorijske probleme vezane za autizam. Trenutno nije točno

poznato u kolikoj mjeri Trening Slušne Integracije može utjecati na ponašanje autistične osobe. Jedno moguće obrazloženje jest da trening uistinu pomaže osobi da lakše usredotoči na nešto drugo. Dr. Eric Courchesne iz Children Hospitala u San Diegu nedavno je ustanovio kako autistična djeca imaju problema zbog toga što premještaju koncentraciju sa jednog podražaja na drugi. Budući da se visoki i niski podražaji prenose na slučajan način, ova bi metoda mogla naučiti osobu da brzo i sa lakoćom premješta koncentraciju sa jedne stvari na drugu. Kao rezultat toga osoba bi mogla naučiti da obrati veću pažnju i da bolje shvati sporednosti koje su povezane sa zvukovima i pokretima (kao npr. geste). Još jedno moguće objašnjenje odnosi se na to da se autisti često neznaju «sinkronizirati» sa ostalim osobama koje ih okružuju. Kada se šalju visoki i niski tonovi na slučajan način, osoba ne može predvidjeti tonove, pa stoga ne može biti van sinkronije. Kao rezultat možemo vidjeti da osoba nauči da se «sinkronizira» sa ostalima. Na poslijetku, može doći i do toga da osoba počne percipirati zvukove na bolji način, posebice kada je u pitanju jezik, a kao rezultat toga mogla bi se poboljšati sposobnost te osobe da stavi u korelaciju određeni zvuk sa ponašanjem, sa predmetom, sa akcijom ili sa događajem. Postoje i druge dvije pretpostavke koje bi mogle pojasniti efekt Berardovog Treninga Slušne Integracije, a to su pretpostavka opijata i melanine.

Po pretpostavki opijata (Jaak Panksepp) autistične osobe imaju visok stupanj opijatske aktivnosti na cerebralnom nivou i posoji dokaz kako je prisutna varijanta ne okarakterizirane beta endorfine. Beta endorfine su supstance koje su slične endogenom opiju u mozgu. Visoki stupnjevi tih supstanci povezani su i sa efektima uživanja kao i sa analgetičkim efektima.

Po toj pretpostavki, modulirana muzika stimulira produkciju endogenih opijata, ali verifikacija te pretpostavke još uvijek nije napravljena. Rezultati istraživanja obavljenog na pilićima koji su bili podvrgnuti slušanju muzike neposredno nakon njihova rođenja publicirani su u reviji «Autism research Review International» (1995, Vol.b9).

Još jedna pretpostavka Lise Boswell odnosi se na melatoninu. Po nekim istraživanjima, ritmovi melatonine u epifizi kod autističnih osoba nisu normalni. Melatonina pomaže, između ostalog, regulirati ritmove sna i jave i funkcije autoimuniteta. Po toj pretpostavci, Trening Slušne Integracije pomaže u normalizaciji funkcija epifize i ritmova melatonine, sa efektima i na autoimunitetske simptome. Ova bi pretpostavka, između ostalog, mogla objasniti i efekt koji je opazio Dr. Berard, a to je smanjenje alergijskih pojava kao što su asma, prehlada od sijena, i ekcemi na koži koji uslijeduju nakon tretmana sa Treningom Slušne Integracije.

Ove su informacije izvučene sa web stranice:

<http://www.autism.org/>

Audio-psiho-fonološki pristup Tomatisa

Tomatiseva metoda se zasniva na psihološko emocionalnoj pretpostavci i ima za cilj poboljšanje sposobnosti slušanja i komunikacije. Metodu je počeo koristiti tijekom pedesetih godina Dr. Alfred Tomatis, doktor francuske otorinolarinkologije, sa ciljem da se preodgoje i poboljšaju sposobnosti slušanja i učenja, komunikacije, kreativnosti, i društvenog ponašanja.

Metoda se primjenjuje sa djecom sa smetnjama u učenju, da poremećajem u koncentraciji, autizmom, motoričkim problemima te problemima senzorijske integracije.

Teorija koju je razvio dr. Tomatis centrirana je na različite funkcije uha i veza između sluha i glasa. Funkcije uha koje su bile detaljnije analizirane, pored samog sluha, jesu funkcije vestibolarnog organa i pužnice. Prvi je zadužen za: ravnotežu, koordinaciju, vertikalnost tona mišića i tona mišića uha. Vestibolarni organ ima i veoma važnu ulogu u emitiranju i koordinaciji senzorijskih informacija koje naše tijelo šalje mozgu. Problemi na tom nivou uzrokuju probleme senzorijske integracije.

Druga funkcija koju se studiralo, funkcija pužnice, odgovorna je za analizu zvukova pa je stoga usko povezana sa razumijevanjem jezika.

Vestibolarni organ i pužnica su sustavi koji dakle filtriraju i obrađuju senzorijske informacije, sluše, vizualne i taktilne.

Po teoriji koju je Tomatis naknadno napisao, zvukovi sa visokom frekvencijom mogu pružati energiju mozgu, dok oni sa niskom frekvencijom uklanjaju energiju. To se dešava jer zvukovi sa visokom frekvencijom aktiviraju vestibolarni sustav i potiču refleksno pomicanje tijela, kako primjećujemo kod osoba koje slušaju pop muziku i spontano plešu.

Još jedna važna funkcija uha, koju Tomatis detaljno opisuje u svojoj teoriji, je slušanje (ne sluh). Ta nam funkcija dozvoljava da filtriramo ono što čujemo, te da izbacimo ono što nam nije potrebno i da organiziramo informacije u gerarhije sa značenjem, umjesto da nas preplave zvukovi. Razvoj ove funkcije ovisi o različitim faktorima između kojih trudnoća, porod, traume ili događaji koji mogu utjecati na sluh ili na mogućnosti komunikacije. Kada je ta funkcija ometena, možemo zamijetiti negativne posljedice u školskim, društvenim i komunikacijskim sposobnostima, . Komunikacijske sposobnosti, posebice one koje su povezane sa glasom (intenzitet, ton, ritam, i opuštenost u izražavanju) ovise i o dominantnosti uha. Ako je dakle desno uho dominantno u odnosu na lijevo, obrada informacija je efikasnija i brža, pa osoba može lakše kontrolirati komponente komunikacije koje smo gore naveli. Uz to, osobe sa desnom slušnom dominancijom imaju veće sposobnosti u upravljanju sa svojim emotivnim doživljajima. Trening dakle cilja na to da se nadoknadi sposobnost slušanja koja je balansirana te da se poboljša efikasnost desnog uha. Kada povratimo i balansiramo funkciju slušanja, biti će pozitivnih rezultata i u glasu, koji je usko vezan sa slušnim sustavom, a samim time i u izražavanju i ponašanju.

U analizi razvoja funkcija uha i sluha, Tomatis pridaje posebnu pažnju svim razvojnim fazama djeteta, polazeći od razvoja fetusa i života u maternici. Budući da je dokazano kako je sluh prvi osjetilni organ koji se razvije i budući da je kompletno razvijen i efikasan kada je fetusu 4 i pol mjeseca, Tomatiseva metoda pridaje veliku važnost životu u maternici i nastoji proći cijeli razvoj putem simboličkog iskustva.

Program predlaže, u prvoj fazi, zvukove ili majčin glas koji su filtrirani na način da sličje zvuku koji bi percipirao fetus. Ponovno proći kroz razvojne faze i «terapeutsko korištenje» majčina glasa bilo je pogrešno shvaćeno, kao da se želi okriviti majku zbog problema djeteta, pogotovo u autizmu. Ono što u stvari želi napraviti Tomatis sa ovim tretmanom jest kreirati ili restaurirati zdravu vezu privrženosti između majke i djeteta, vezu koja se iz različitih razloga nije uspjela normalno razviti. U toj fazi koriste se visoke frekvencije koje šire energiju i pune mozak. U drugoj fazi realiziraju se zvukovi koje djete percipira nakon rođenja. Ti zvukovi sadržavaju pjesmice, ponavljanja određenih riječi, priče, a frekvencija zvukova je visoka kao u prvoj fazi. U trećoj fazi koja nastoji integrirati pisani jezik, pacijent čita na glas. Na taj način pacijent se suočava problem slušnog obrađivanja i u funkcionalnom (slušna stimulacija i balansiranje) i u psihološkom smislu.

Kod autistične djece sa posebnim poteškoćama u slušnoj integraciji i senzibilitetu koje su naglašene tendencijom da si začepu uši i imaju napade ljutnje kada čuju određenu buku ili da započnu autostimulacijske aktivnosti, audio – psiho – fonološki pristup ima za cilj da smanji hipersenzibilnost i poremećaj u integraciji na način da desenzibilizira sluh djeteta. Takvo ponašanje naime interpretirano je kao prirodna zaštita u slušanju posebnih slušnih podražaja koje su percipirani kao bolni ne samo na slušnom nivou, već i na nivou kože i kostura, ili se pogrešno povezuju sa nekim drugim tipologijama osjećaja (npr. zvukovi se zapažaju kao svjetlost i obrnuto) te na taj način stvaraju konfuziju i preopterećenost kod djeteta.

Trening se odvija uz pomoć zvukovnog podražavanja sa posebnim aparatom koji se zove «elektronsko uho» i koji uz slušalice ima jedan dio koji je naslonjen na lubanju i koji prenosi vibracije i zvukove direktno na kost. Na početku podražaj je intenzivan, obično 2 sata na dan u trajanju od 15 dana. Naredne su faze kraće i odvijaju se u intervalima od 1 do 2 mjeseca. Informacije su izvučene sa web stranice:

<http://www.tomatis.com>

Lovaasov Rani Bihevioralni Tretman

Uredio: I. Papi

Lovaas i njegovi suradnici (1987) smatraju kako rani i intenzivan bihevioralni tretman koji se odvija kod kuće, koristeći metode Applied Behavior Analysis (A.B.A.), dozvoljava velikom broju autistične djece da dospiju do toga da vode normalan život. Lovaas smatra kako je tretman osoba sa autizmom bolji ukoliko se odvija u njihovom svakodnevnom okruženju nego u bolnici. Najvažniji cilj jest pomoći djeci kako bi živjeli i funkcionirali u stvarnom svijetu, a ne u umjetnom kao što je to institucija. Iz tog razloga mjesto u kojem se odvija tretman jest prirodno djetetovo okruženje (kuća, škola), a način djelovanja je prepušten roditeljima nakon što su bili podučeni (O.I. Lovaas, «Autizam. Specijalna Psihopedagogija za autiste», 1990). Applied Behavior Analysis koristi metode koje se zasnivaju na bihevioralnim principima koji su naučno dokazani, a koje se koriste sa ciljem da se izgrade repertoari u ponašanju koji su društveno korisni te da se umanje problematična ponašanja (Cooper, Heron & Heward, 1989).

Sa analitičko-bihevioralne točke gledišta, autizam je sindrom poremećaja i ekcesa u ponašanju koji se zasnivaju na neurološkim čimbenicima, a bez obzira na to podložni su promjeni nakon specifičnih interakcija koje su pomno izprogramirane i konstruirane sa ambijentom, budući da autistična djeca ne uče lako iz tipičnih ambijenta, ali mogu naučiti ukoliko dobiju adekvatne instrukcije. Akcenat je stavljen na to da se dijete nauči kako da uči iz normalnog ambijenta. Analitičko-bihevioralni tretman u autizmu usredotočuje se na sustavno učenje malih i mjerljivih jedinica ponašanja. Svaka sposobnost podijeljena je na male korake, a svaki je korak naučen zasebno putem prezentacije specifičnih instrukcija (eksplicitnih i jasnih). Prvo pravilo kako bi se započelo sa učenjem nekog ponašanja jest odabironog ponašanja koje je dovoljno jednostavno. Objedi su perfektna prilika da se započne sa učenjem. Učenik na taj način savlada prve jedinice koje se kasnije međusobno koordiniraju i spoje kako bi u budućnosti stvorile jednu cjelinu. Katkad se doda pomoć (npr. fizička pomoć) kako bi se započelo, koje se sa vremenom smanjuje kako dijete ne bi o njoj postalo ovisno. Adekvatni odgovori imaju posljedice koje funkcioniraju po principu uvjetovanja sa nagradom: kada dijete napravi nešto dobro odmah ga se nagradi. Ponašanje i nagrada trebali bi se desiti gotovo istovremeno. U početku nagrade mogu biti obujne (koje trebaju trajati samo 3 do 5 sekundi i biti raznovrsne) i konkretne (sladoledi, poljupci, pohvale), dok treba enfatizirati ton glasa kako bi učenje bilo zabavno. Što se dijete više razvija to nagrade postaju teže opazive (pogled, minimalno nagrađivanje). Treba što je prije moguće pomaknuti nagradu sa hrane na druge vrste nagrade, normalnije i prirodnije kao što su društvene («bravo», «dobro»). Prelazi se također sa kontinuirane nagrade na parcijalnu, nagrađujući samo svako toliko. Problematici odgovori (stereotipi, povlačenje u samog sebe, samoagresivnost) nesmiju biti nagrađene. Prioritetni cilj je taj da se dijete nauči diskriminirati između različitih podražaja (boje, slova, brojke, dobra i loša ponašanja). Učenje se ponavlja više puta, u početku u brzom slijedu, sve dok dijete ne odgovori dovoljno brzo i bez pomoći odrasle osobe. Vrijeme i brzina učenja, praktične prilike i posljedice precizno su određene za svako pojedino dijete i za svaku sposobnost. Instrukcije su dakle veoma individualne i prilagođene stilu života i brzini učenja

svakog djeteta. Rezultati Lovaasovih istraživanja (1987) o ranom bihevioralnom tretmanu kod autizma pokazuju sljedeće:

- **efikasnost:** rani tretman koji se zasniva na principima Applied Behavior Analysis doveo bi do velikih, trajnih i značajnih poboljšanja u mnogim važnim sferama kao i u smanjenju problematičnih ponašanja. Za neke, ta poboljšanja mogu dostići normalan i kompletan nivo funkcioniranja u svim sferama (intelektualna, društvena, školska, komunikacijska i prilagođajna). Samo jedan maleni udio (otprilike 10%) nije došao do poboljšanja (Anderson i ostali, 1987; Lovaas, 1987). Nadokumentiraniji pozitivan rezultat jest povećano intelektualno funkcioniranje koje je mjereno standardnim testovima za inteligenciju ili razvojnim skalama. Uspješna školska inkluzija jest još jedan pozitivan efekt (Fenske i ostali, 1985; Lovaas, 1987; Maurice, 1993).
- **Uzrast za optimalnu efikasnost:** optimalni uzrast za započinjanje tretmana jest prije pete godine života. Najbolji rezultate imala su djeca koja su započela sa tretmanom u drugoj ili trećoj godini. Moguće je da postoji optimalni period u kojem je mladi mozak u razvoju lako izmjenjiv. Kod neke autistične djece interakcija koja se ponavlja više puta i koja je aktivna, zajedno sa fizičkim i društvenim ambijentom koji osigurava ovaj tretman, može modificirati njihov prirodni cirkuit na način da ga ispravi prije no što neurobiološka povezana autistična ponašanja postanu permanentna (Lovaas & Smith, 1989; Perry i ostali, 1995).
- **Priroda tretmana:** ovaj tretman je ustvari jedan «paket» tretmana koji se apliciraju na intenzivan način i koji imaju podršku (sa mogućnostima učenja koje su pomno isplanirane). Veoma važno obilježje A.B.A. - e je to što je visoko individualizirana. *Intenzitet:* najbolji bi se rezultati postigli, kako kažu pristaše ove teorije, sa onom djecom koja bi išla na Bihevioralni tretman svaki dan barem 30 sati tjedno. *Trajanje:* najbolje rezultate postigla bi djeca koja bi išla na ovu intenzivnu terapiju barem dvije godine, ako ne i više (Anderson i ostali, 1987). *Ambijent:* u početku se radije odabiru mirni prostori bez distrakcija, imajući na umu da se tretman kasnije treba proširiti i na ostale ambijente kako bi se stvorili trajni i opći efekti. Uz to i uključivanje roditelja u tretman može biti odlučujuća komponenta za tretman kod malene djece, pogotovo ako se tretman odvija u kući (Lovaas, 1987).

Dodatne informacije možete potražiti na web stranicama:

<http://pages.prodigy.net/damianporcari/recovery.htm>

<http://members.aol.com/sheeanaa/aba.html>

Floortime od Greenspana

Stanley Greenspan je dječji psihijatar i psihoanalitičar, pored toga što je Profesor pedagogije i pedijatrije u medicinskoj školi iz Sjedinjenim Američkim Državama. Njegov pristup plod je dugogodišnjeg rada sa malom djecom i njihovim obiteljima. Kratka prezentacija o njegovoj metodi koja slijedi je izvađena iz knjige «The Child with Special Needs» od S. Greenspana i S. Wiedera. Radi se o priručniku koji integrirajući kliničko iskustvo i istraživačke studije o mentalnom i emotivnom razvoju djece, pruža roditeljima djece sa posebnim potrebama jedan veoma praktičan vodič za pomoć u odgajanju djeteta putem direktne interakcije i igre. Stoga se u toj knjizi govori upravo o igri, odnosno o tome kako pronaći način da se igra sa djetetom i kako od igre napraviti instrument kako bismo ga emotivno i kognitivno uključili. «Floor time», što u doslovnom prijevodu znači «vrijeme provedeno na podu» znači upravo to, provesti 20 do 30 minuta na podu sa svojim djetetom i interagirati i igrati se sa njime. To je centralna točka u Greenspanovom pristupu. Ali baza iz koje igra crpi dobro kako bi vodila i pospješila razvoj djeteta jesu upravo ljudski odnosi. Po Greenspanu ljudskim odnosima se hrane mozak

i ljudski duh i bez njih ne mogu nastati pojam o sebi, samopoštovanje, inicijativa i kreativnost, i ostale funkcije kao što su logika, sposobnost donošenja suda, apstraktna misao. Ono po čemu se ovaj pristup razlikuje od ostalih tradicionalnih točaka gledišta o kogniciji i učenju jest da kod djeteta emotivna «lekcija» dolazi prije kognitivne. Takav razvoj utječe na tri osnovna faktora. Prvi se tiče neurološkog potencijala kojeg ima određeno dijete i od ograničenja biološkog tipa koja brane njegovo funkcioniranje. Drugi se odnosi na način na koji dijete interagira sa roditeljima, nastavnicima, stručnjacima i drugim osobama koje susreće. Treći se odnosi na tipologiju obitelji, na kulturu i na ambijent u kojem dijete živi, sa očekivanjima i sposobnostima razrade i prihvaćanja situacija na koje nailazi. Ono što je najvažnije za ovaj pristup jest rad roditelja sa djecom koji je paralelan sa radom nastavnika i stručnih suradnika, ali i rad roditelja na samima sebi, na odgovorima i stilovima interakcije, igre i emotivnih reakcija na potrebe njihove djece u razvoju. Roditelj dakle postaje prijatelj za igranje i vodič koji vodi dijete kroz evolucijski put. «Floor time» jest tzv. «evolucijski pristup», budući da sistematska metoda sa kojom se pomaže djetetu koje ima problema u učenju sposobnosti, prolazi kroz svaku razvojnu etapu koju određena sposobnost podrazumijeva.

Greenspan izdvaja 6 etapa i sposobnosti u mentalnom razvoju djeteta koje su osnovne za bilo koju vrstu učenja i intelektualnog razvoja kao i za mogućnost interakcije sa okolinom. Prvu sposobnost koju dijete treba savladati jest sposobnost da bude mirno, otvoreno i zainteresirano za podražaje koji dolaze izvana. Nakon toga trebati će naučiti interagirati i biti sa drugima, posebice sa roditeljima i ostalim značajnim osobama, djeleći sa njima intimnost i sigurnost. Treća etapa jest sposobnost stvaranja komunikacijske razmjene, odnosno otvaranja i zatvaranja tzv. «komunikacijskih krugova», polazeći od reakcije na majčin osmijeh pa do gestualne ili verbalne reakcije nastojeći pri tome shvatiti intenciju i komunikaciju sugovornika. To bi se mogla učiniti kao zadnja etapa kod autistične djece, a ujedno i kao polazna točka za intelektualni i emotivni razvoj. Ali ne treba zaboraviti niti prethodne etape niti naredne ciljeve. Od tuda dijete nastavlja prema usvajanju sposobnosti kreiranja kompleksnih gesta, stavljanja niza akcija u logičku sekvenciju, sposobnosti stvaranja novih ideja i na poslijetku sposobnosti stvaranja mosta između ideja i njihovog ostvarivanja na stvaran i logičan način, što znači sposobnost izražavanja ideja i osjećaja kroz igru ili kroz jezik i sposobnost prihvaćanja tih ideja kao logičke misaone cjeline.

Metodu na kojoj se zasniva ovaj tip pristupa je, kao što se već rekli, sprovodi terapeut ali i roditelj. Igra koja je dakle spontana i zabavna kao bilo koji drugi trenutak igre ili slobodnog vremena, ali držeći uvijek na umu da, za razliku od spontane igre, roditelj ovdje ima ulogu vodiča, te uvijek mora nastojati učestvovati u igri na veoma aktivan način. Tip igre inspirira se na mali broj jasnih principa, kojih se nije uvijek lako pridržavati. Jedan od tih principa jest da uvijek treba pratiti dijete i igrati se sa bilo čime što privuče njegovu pažnju, pa makar se radilo o tome da gleda kroz prozor, jer to pospješuje interakciju. Slijediti interese djeteta ne znači učestvovati na pasivan način, već znači pomoći mu, polazeći od onog što dijete radi, da otvori i zatvori što je moguće više komunikacijskih krugova. Rad obavljaju na intenzivan način terapeuti i roditelji, ali su upravo roditelji oni koji se moraju potruditi da tijekom 12 sati što je dijete budno uspiju napraviti 6 do 10 sekcija «floor time» u trajanju od 20 do 30 minuta svaki dan. Treba naglasiti i to da ovaj pristup, za koji u početku izgleda kao da bane u svakodnevnu rutinu i da je izbezumi, postaje često filozofija života i opći pristup u rješavanju problematičnog ponašanja i u problemima u usvajanju novih koncepta i sposobnosti.

U svom istraživačkom radu i praksi o slučajevima autizma i Općih Razvojnih Smetnji, Greenspan je uveo termin «Multisustavni Neurološki Poremećaj», kako bi se odnosio na djecu sa problemima u komunikaciji i ponašanjima koja se ponavljaju, ali koji imaju mogućnosti da uspostave kontakt sa ostalima. Iz iskustva u radu sa takvom djecom primijetio

je, obrnuto od svih pesimističkih prognoza, da kada se uvedu i intenzificiraju spontane afektivne interakcije koje se zaničaju na velikim verbalnim ili gestualnim razmjenama, djeca veoma dobro reaguju.

Dodatne informacije možete potražiti na sljedećim web stranicama:

<http://www.coping.org/earlyin/floortm.htm>

Natural Aided Language od Cafiera

Joanne M. Cafiero razvila je metodologiju pristupa autizmu koja se zasniva na Uvećavajućoj i Alternativnoj Komunikaciji. Cafiero polazi od konstatacije da su velik broj ranih indikatora autizma neophodni kao rekvizit da bi se razvila komunikacija. Njihovo ne postojanje ili teški poremećaj u autizmu iziskuju tretmane koji će raditi na razvoju komunikacijskih izraza kao što su kontakt pogledom, gestualna komunikacija, itd. Uz to, problemi u sferi komunikacije su jedan od najbitnijih faktora stresa i na obiteljskom nivou. Cafiero naglašava kako otprilike 50% autista ne govori i mogućnost poboljšanja komunikacijskih sposobnosti predstavlja osnovnu varijablu za poboljšanje kvalitete života.

Uvećavajuća i Alternativna Komunikacija odnosi se na skup strategija, koje mogu biti podržane i tehnološkom instrumentacijom, koje imaju za cilj da «uvećaju» sposobnosti verbalne komunikacije koje su već prisutne te da uvedu «alternativne» načine izražavanja tamo gdje jezik nije razvijen.

Metodologija koju predlaže Profesorica Cafiero predstavlja jedan tip CAA koji ona sama definira kao «Natural Aided Language» (N. A. L.). N.A.L. jest uvećavajuća komunikacijska strategija u kojoj se koriste ikonski i verbalni simboli (uglavnom Picture Communication Symbols od Mayer-Johnsona) i to u prirodnim situacijama igre i učenja sa ciljem da se olakša interakcija među učesnicima. Ti ikonski i verbalni simboli koriste se i kako bi se shvatile aktivnosti koje se sprovode i kako bi se olakšala spontana komunikacija i odlučivanje kod djece. Simboli se mogu koristiti pojedinačno (npr. simbol – slika + riječ – baloni od sapuna, može biti način da autistično dijete zatraži od učitelja željenu igru). Ili se mogu staviti u tablicu (Interactive Language Board) razvrstani po funkciji, u imenice, glagole, itd.

Tretman Natural Aided Language zahtjeva suradnju svih osoba koje su dio životnog konteksta roditelja, a koji cilja na stimulaciju komunikacijskih modaliteta koji kroz vizualne kanale stvaraju preduvjete za organizaciju jezične misli.

Ova strategija uzima u obzir specifičnosti u komunikacijskom invaliditetu kod autističnih osoba, koje su u najvećem broju slučajeva slabe upravo u sferi intencionalnosti komunikacije. To iziskuje da i strategije CAA budu osmišljene prema specifičnom tipu invaliditeta, kreirajući situacije koje će putem odnosa olakšati razmjene u komunikaciji zahvaljujući djeljenju jednog sistema simbola.

Joanne M. Cafiero trenutno je Direktorica Autism Projects Director pri Johns Hopkins Center for Technology in Education. Njezin rad možete produbiti na sljedećoj web stranici:

<http://www.outersound.com/cafiero>

Logopedijska terapija

Uredio: L. Destefanis

Orijentacija logopedije u liječenju autizma na koju se ovdje odnosimo jest ona koja je unutar tog pristupa. Ostali pristupi logopedijskoj terapiji mogu se pronaći u drugim pristupima (npr. TEACCH, Lovaas i ostali).

Iz istraživanja o električnim cerebralnim reakcijama vidimo, kao što smo već rekli, da postoje prirodni modaliteti usvajanja sposobnosti (senzorijska i unakrsna asocijacija, slobodno

motoričko učenje, motorička unakrsna asocijacija, slobodno imitiranje) u smirenoj situaciji za koje se smatra da su fiziološka osnova za mehanizam po kojem funkcioniraju razvojne terapije i terapije razmjene (Barthelemy i ostali, 1995.), i da se razlikuju od ostalih karakteristika koje imaju pristupi kao što su analitička psihoterapija i bihevioralne terapije.

Autistična osoba je, praktički, fiziološki predisponirana za spontanu radoznalost (iako ju izražava na poseban način) i za potrebu za učenjem, kao i za prirodnu tendenciju imitiranja pokreta i emocija.

Ove karakteristike inspiriraju osnovne principe TED-a, koji se sastoje u tome da omoguće osobi situacije razmjene u komunikaciji okarakterizirane smirenošću, dobrovoljnošću i recipročnošću.

Terapeutski projekt kojeg predviđa TED, kao što je već rečeno, multidisciplinarnan i uključuje obitelj i rad sa logopedom (unutar tog individualnog projekta za dijete, a koji je dio globalnijeg pristupa), (P. Dansart, 1999).

«Uloga koju ima logoped u pluridisciplinarnom timu ima dvije osnovne karakteristike: direktan tretman djeteta kada su u pitanju individualni ili grupni tretmani, indirektnija akcija kroz učestvovanje u psiho edukacijskim tretmanima, suradnju sa roditeljima, informacije i svakidašnji dijalog sa stručnim timom (Barthelemy i ostali, 1995).

«Radi se o tome da se pomogne djetetu da izrazi svoje potrebe, svoja odbijanja, sreću i strahove i da se pomogne okolini da se prilagodi djetetu koje se čudno ponaša» (P. Dansart, 1999).

Pristup se zasniva na nekim esencijalnim kliničkim elementima koji nas dovode do toga da definiramo jezične smetnje kod autizma kao kompleksne, heterogene i varirajuće.

Radi se o kompleksnim smetnjama «jer se nalaze unutar globalnije razvojne patologije i patologije društvene interakcije i odnosa sa okolinom». Zatim zato «što se istodobno odnose na jezične poteškoće povezane sa autizmom i smetnje koje su povezane sa ostalim pridruženim sindromima». I još zato «što se odnose na jezik, ali i šire na komunikaciju u svim svojim oblicima: verbalna i neverbalna komunikacija». I na poslijetku zato «što se odnose na raznovrsne stupnjeve jezične organizacije: fonologija, riječnik, sintaksa, semantika i društveno korištenje jezika odnosno pragmatična komponenta».

Radi se o heterogenim smetnjama zbog toga što pokrivaju kliničke situacije koje se međusobno veoma razlikuju po eziologiji, dijagnozi i prognozi (neka djeca ne uspiju nikada usvojiti jezik, neki koriste rudimentalan jezik, dok ostali imaju jezičnih sposobnosti ali imaju poteškoća u konvencionalnoj komunikaciji), i zato što «djeca mogu imati različite stupnjeve u različitim sektorima jezika».

Radi se, na poslijetku, o varirajućim smetnjama jer varira izražavanje kod iste osobe. Izdvajamo tri modaliteta u logopedskom pristupu autističkom djetetu: prvi koristi uobičajene tehnike, drugi se koristi sredstvima koja dolaze iz različitih iskustava u sektoru hendikepa a kojima je cilj da pospješe prilagođavanje i integraciju djeteta u zajednicu. Treći je modalitet specifičan za autizam i zasniva se na baznoj ideji: tretman treba, u bilo kojem trenutku, imati kao prioritet komunikaciju.

Autistično dijete ima problema u shvaćanju. Ne radi se dakle o tome da naučimo dijete kako da korektno priča, već se radi o tome da potaknemo dijete da priča efikasno».

«Jezik je osnovni atribut koji možemo izgraditi, i naš tretman koristiti će komunikaciju kao instrument. Ustvari, možemo smatrati da je komunikacija naš najbolji instrument tretmana».

Iz toga proizlaze neki od vodećih principa: «tretman se zasniva na, da tako kažemo, ekološkom konceptu logopedijskog pristupa», odnosno on se sporovodi ne samo u sobi za rehabilitaciju, već «čini da okolina učestvuje u kompleksnoj izgradnji jezika i komunikacije».

Aktivna suradnja obitelji odnosno «prvog djetetovog partnera u komunikaciji» jest fundamentalna. Sa obitelji se vodi «istovremeni rad recipročnog informiranja i usklađivanja točki gledišta», što predstavlja i prvu etapu u tretmanu. Kako bismo spriječili čitav niz posljedica, tretman mora biti što je raniji moguć i on cilja na «usklađivanje sposobnosti djeteta u različitim sektorima jezika» inspirirajući se na normalne razvojne faze.

Privileguje se multimodalna komunikacija (korištenje vizualnih kodeksa, grafička simbolizacija zvukova...), uz korištenje svih, potencijalno adekvatnih, kanala. «Korištenje alternativnih komunikacijskih sustava treba uzeti u obzir svaki put kada je to potrebno, bez da se čeka nesuspjeh tradicionalnih metoda».

Teoretski model od kojeg polazi ovaj tretman jest model J. S. Brunera koji istražuje «uvjete hitnoće jezika i ostvarivanje komunikacije kod normalne djece». Bruner izdvaja oblike zajedničkih aktivnosti među djecom, koje naziva «formati» ili «komunikacijski scenariji», a koji omogućuju razmjenu u komunikaciji i izgled jezika. Te situacije odgovaraju trima osnovnim značajkama: ponavljanje, predvidljivost i sustavnost. Upravo te karakteristike «pomažu djetetu da otkrije osnovne mehanizme komunikacije». Logopedijski tretman, koji implicira pažljivu evaluaciju i koji je dio multidisciplinarnog individualnog projekta, možemo zamisliti kao da je artikuliran na tri nivoa: nivo koji se odnosi na komunikaciju u obiteljskom kontekstu, drugi se odnosi na sve aktivnosti koje su zajedničke djetetu i ambijentu (objedi, kupanje, igre...), i treći nivo jest specifičniji i odnosi se na direktniji rad na jeziku i komunikaciji. Može se raditi na individualan način, u laboratorijima za komunikaciju ili u proširenim grupama.

Korišteni jezik prilagođen je sposobnostima djeteta: veoma se pazi da se ne desi «kupanje u jeziku». Koriste se «pretjerani naglasak i izgovor, ponavljajuća intonacija, sporiji govor, naglašeno korištenje mimike i gesta, pojednostavljen riječnik, korištenje kratkih i jednostavnih rečenica u kojima dominiraju upitne i usklične» (Barthelemy i ostali 1995).

Ignoriraju se neadekvatna ponašanja kao što je eholalija, dok se ohrabruju trenuci intencionalne komunikacije, komentira se ambijent i predmeti, vraćaju se i kompletiraju produkcije djeteta.

Ono što vidimo jest «kontekst aktivnosti koje terapeut i dijete dijele (...). Tako postavljeni «scenariji» komunikacije reproduciraju se na stabilan način i postepeno se obogaćuju u odnosu na djetetov napredak». U tim situacijama «kontinuitet i stabilnost aktivnosti djeteta pospješeni su i odabirom jednostavnih materijala sa jasno objašnjenim zadacima i sa ciljem koji je jasan i čije su akcije lake za predvidjeti».

Psihomotoričke terapije

Uredili: Renza Massara e Maria Carla Galli

Psihomotorične terapije vuku korijene iz rada H. Wallona i J. Piageta koji su u prvoj polovici dvadesetog stoljeća postavili u odnos motoriku sa emotivnim, afektivnim i kognitivnim razvojem.

Sferu psihomotorike zajedno sa doticajnim patologijama i vrstama tretmana definirali su pripadnici francuske neuropsihijatrije i psihologije pedesetih i šezdesetih godina XX st. Studije i praksa u sferi psihomotoričkih poremećaja dovode nas do toga da pojasnimo kako su psihičke i motoričke funkcije duboko ukorijenjene. Sa vremenom se psihomotorička terapija počela koristiti i kod poremećaja ličnosti i identiteta, pod nazivom «Terapija odnosa sa posredništvom tijela».

Kod tretmana sa autističnom djecom, psihomotorička terapija nastoji otvoriti djetetu komunikaciju kroz odnos sa terapeutom: to dozvoljava djetetu da bude prepoznato u svojoj

jedinstvenosti, da izrazi svoje želje, strahove i svoju patnju uzrokovane njegovom nesposobnošću da se izrazi.

Polazeći od individualnih kompetencija, terapeut vodi djetu u organizaciji i integraciji funkcija, u njihovom razlikovanju i u dospijevanju do novih modaliteta djelovanja i odnašanja, do volje da radi, misli, upoznaje i komunicira.

Tijelo je specifičan instrument psihomotoričke terapije. I to tijelo u svim svojim toničkim i emocionalnim dimenzijama, u svojem držanju i u svojoj gestualnosti. Terapeut koristi mišićni ton kao otkrivač vlastitih emocija i, na osnovi emotivnih varijacija koje mu autistično djetu (naizgled odsutno, ali u stvari više nego prisutno) šalje, uspijeva sa njime komunicirati i bez riječi.

Operativni instrumenti psihomotoričke terapije su: konstantna prostorno vremenska strukturacija, senzorijska i emotivna tonička stimulacija, mogućnost djeljenja senzorno motoričkog doživljaja, iskustveni predmeti, korištenje glasa i jednostavnih riječi u opisivanju emotivnosti djeteta. Neophodno je, u ovom pristupu, specifično osobno obrazovanje terapeuta kako bi bio u stanju dekodificirati neverbalne poruke, da poznaje i dobro barata sopstvenim tjelesnim komunikacijskim modalitetima. Obrazovanje je kompletirano sa poznavanjem djetetove patologije i rad mora biti supervizioniran.

Psihomotorička terapija mora biti smještena unutar jednog multidisciplinarnog terapijskog djelovanja i ona treba biti integrirana za umreženom organizacijom teritorijalnih resursa u suradnji sa roditeljima, školom i njegovateljima.

Trenutno prisustvujemo stvaranju brojnih rehabilitacijskih tretmana i česrto se riskira da se zaboravi identitet i osobnost djeteta u strci da se dobiju rezultati u različitim sferama. Ova terapija potiče nas da sagledamo primarne potrebe djeteta.

Etiobihevirolni pristup psihomotoričkoj terapiji

Uredio: L. Destefanis

Prezentirati ćemo ovdje jedan od pristupa psihomotoričkoj terapiji, etiobihevirolni, a posebno ćemo se odnositi na rad A. M. Wille (1994). Materijal koji prezentiramo je izvađen uglavnom iz literature te autorice, a bazira sa na dugogodišnjem iskustvu opservacije i tretmana u polju autizma.

Wille nam nudi detaljnu pripovijest o promjeni koju doživljava i ostvaruje djetu, posebno djetu sa autizmom, u prostoriji za psihomotoriku u kojoj izmjenjuje modalitete prilagođavanja i komunikacije putem odnosa sa terapeutom (Wille, 1994).

Tekst ove autorice je specifičan zbog obujma sadržaja i daje nam bogate povode za razmišljanje te je veoma težak za objasniti budući da su argumeti kompleksni, puni ideja, koncepata i opisa djetetovog svijeta. Nakon što je odbacila korištenje interpretacije i etiketiranja ponašanja, autorica objavljuje kako je izabrala etiološku perspektivu (Wille, 1994). Etiologija se, kao što je već rečeno u paragrafu «Etiološki pristup» poglavlja «Koncepti dječjih psihoza», pridržava opservacije onoga što vidi i razvija teoriju i praksu opservacije i opisivanja ponašanja izdvajajući ponašanja «tipična za vrstu».

U tom smislu uzimaju se u obzir aspekti kao što su spontano ponašanje, igra, konfliktualno ponašanje motivirano unutrašnjim konfliktima.

U studiji autizma, etiolog N. Timbergen, polazeći od koncepta motivacijskog konflikta kako bi objasnio ponašanja koja «naizgled nemaju jasnu funkciju i koje neiskusani opservator obično definira kao «bizarna», predlaže da se o njima razmišlja u smislu vrijednosti koju ta ponašanja imaju u društvenom kontekstu.

Evolucijske tendencije, ambivalentno ponašanje, aktivnosti zamjene, dizinibijski mehanizam jesu neki oblici objašnjavanja ponašanja koje su proizašli iz etioloških studija čovjeka. Isto tako koncept «releaser» objašnjava kako svijet predmeta, strukturacija svemira, tijelo i akcije drugoga mogu izazvati reakcije i uvelike utjecati na ponašanje djeteta.

U terapijskoj perspektivi «etiološki pristup nema za cilj traženje uzroka autizma jer su oni opće prihvaćenog biološkog porijekla, već ima za cilj pomoći djetetu da ispliva iz svog kognitivnog kaosa i postane osoba».

Psihomotorički pristup ima upravo za cilj humanizaciju autističnog djeteta: zasniva se na velikom poštovanju od strane terapeuta koji prihvaća da bude «predmet u nizu drugih predmeta, pa čak ni najzanimljiviji među njima». Terapeut prilazi djetetu bez da mu se nameće, pomaže mu da prida značenje svojim akcijama i da proširi njegove kognitivne horizonte kroz igru i tijelo».

Opservirajući spontano ponašanje djeteta u kontekstu psihomotoričkog ambijenta (stabilna prosorna struktura) dolazimo do konstatacije da je poriv koji dolazi iz unutrašnjosti organizma «jednostavno» prihvaćen, što znači da je uzet iz ambijenta.

Ukoliko se takvo što desi, znači da dolazi do promjene kod djeteta (na bilo kojem nivou njegove neuropsihičke organizacije) koja je u skladu sa globalnim ponašanjem te evolucijske situacije.

Neophodno je znati «pažljivo odabrati u ambijentu jednu specifičnu strukturu koja će harmonijski utjecati na biološke procese ontogeneze. Ta sposobnost odabira subordinirana je poznavanju cilja naših akcija i dozvoljava nam da gerarhiziramo one simbole koji su trenutno «isplativiji». I upravo ta ista sposobnost kvalificira terapeutov tretman ukoliko uspije utjecati na promjenu u monotoniji autističnog ponašanja».

Djetetu (malom ukućanu) predlaže se put u posebnom ambijentu (psihomotorički ambijent) koji podrazumijeva i fizičku strukturu (salu koja ima i «stabilne» predmete i «nestabilne» predmete), i akcije koje terapeut sprovodi u tom ambijentu.

Poštivaju se neke karakteristike dimenzija i oblika sale, tapiciranosti, osvjetljenja, akustike, namještaja. Stabilni predmeti imaju što je više moguće neutralne karakteristike kako ne bi odvlačili pažnju, dok nestabilni predmeti čija je funkcija da dovode do akcije, imaju fizička obilježja koja definiraju sopstveni utjecaj na ponašanje i u odnosu na kontekst odnašanja.

Postoje osnovni stabilni predmeti koji se konstantno koriste u procesu promjene i pomoćni predmeti.

«Prostor akcije» obuhvaća teritorij, put kojim se ide kada se pomiče i neutralna područja kao npr. ona na kojima se nalaze kutije. Jedan od težnji Psihomotoričkog ambijenta jest da se dijete dovede u napast da koristi cijelo tijelo. Još jedna težnja je ta da se pobudi znatiželja, interes za predmete kroz istraživanje i kreativno korištenje materijala».

U psihomotoričkom prostoru nestabilan predmet ima ulogu memorije za događaje koji pripadaju procesu promjene djeteta, taj predmet simbolički priziva jednu situaciju, gestu, emociju».

Koriste se osnovne strategije: sopresija verbalnog izražavanja od strane terapeuta, visok stupanj emotivnosti, nepostojanje eksplicitnih zahtjeva, poštivanje trajanja susreta (45 minuta).

Od sureta do sureta postoji vremenska reguliranost i organizacija za svaki pojedinačni susret. Izbjegavanje, približavanje, izviđanje, igra, učenje i usvajanje jesu etape koje su prisutne u evoluciji djeteta unutar Psihomotoričkog ambijenta, koje se vremenski razlikuju od pojedinca do pojedinca.

Mogu se pojaviti ponašanja koja su prepreka u procesu promjene i koje nazivamo «ovisnička ponašanja», uz momente stagnacije koji su nepohodni za uvođenje noviteta u prijedloge.

Psihomotoričko etiobiheviornalni pristup predviđa da je u početku, na duže ili kraće razdoblje, uključena i majka autističnog djeteta kako bi se razvile one važne karakteristike odnosa između majke i djeteta koje su nestale ili postale teške zbog autizma. Željeli bi naglasiti važnost maksimalne suradnje svih važnih osoba u djetetovom životu.

Dodatne informacije mogu se dobiti na sljedećoj web stranici:

<http://www.elettrodata.it/psicomotricita/terapia.html>).

Muzikoterapija

Uredili: G.L. Padua ed E. Lagna

Veoma opširna definicija Muzikoterapije jest ona od Scardovellija (Scardovelli, 1985, 1986, 1987, 1988), a po njoj je to instrument ili način opservacije, slušanja, percepcije i djelovanja unutar terapeutskog odnosa (ali i rehabilitacijski i edukacijski instrument) kako bi se olakšao proces međuljudske komunikacije.

«Poezija je modulacija postojanja», kao što kaže Marleau Ponty, i možemo dodati kako je isto tako muzika intonacija postojanja, ona je prijelaz iz sna u život u kojem muzika i dinamike koje ona potiče prizivaju i predstavljaju «vitalnost sna» i «snivanje kao esencijano za život».

Neurofiziološka razmišljanja o muzičkom iskustvu

Slušati i stvarati muziku, bilo individualno ili i grupi jest solističko iskustvo u tolikoj mjeri da cjelokupno uključuje naš mozak i emocije. U toj globalnosti slušanja, u tom emocionalnom i estetskom snivanju u kojem se gubi granica između jave i sna, treba prepoznati biološku osnovu koja se zasniva na dominantnosti hemisfera.

Ta je dominantnost genetski određena, ali «plastičnost» sa kojom djeluje živčani sustav omogućuje da se modificira i prilagođava.

Velik je broj studija o neurofiziologiji i neuropatologiji muzike, koja dolaze još iz XIX st., kada je dr. Ballet povezo smetnje govora (Afazije) sa smetnjama Muzičkog jezika (Amuzije), dokazujući prisutstvo afazije i amuzije kod istog pacijenta. Naredna istraživanja dokazala su da postoji amuzija bez afazije (Henschen, 1920), odnosno muzička gluhoća bez gluhonijemosti.

Poznat je slučaj maestra Shebalina, ruskog kompozitora koji je sačuvao, bez obzira na paralizu desne strane sa disfazijskim smetnjama (zbog povrede lijeve hemisfere), odličnu muzičku percepciju i kreativnost, te je nastavio skladati simfonije.

Jedno eksperimentalno istraživanje neurofiziologije muzičkog slušanja bilo je predstavljeno sa «tehnikom dihotomskog slušanja», koje polazi od neurofiziološke pretpostavke da je vremenska kora jedne hemisfere povezana sa uhom obrnute strane. Test dihotomskog slušanja predviđa simultano slušanje sa oba uha muzičkih poruka koje se razlikuju po intenzitetu, učestalosti i boji.

Na osnovu neurofizioloških saznanja, brža i bolja percepcija sa desnim uhom znači da lijeva hemisfera više učestvuje i obratno.

Iz istraživanja proizlazi sljedeće:

1. Desna hemisfera je dominantna, ali ne za sve muzičke zadatke. Dominantna je kod «naivnih» slušatelja (koji nisu muzičari) i koji percipiraju muziku u globalnijem obliku, u gestaltovskom smislu.
2. Lijeva hemisfera je dominantna: a) za zadatke koji zahtijevaju analitičke i sekvencijalne obrade; b) za muzičku percepciju i egzekuciju u kontekstu sofisticiranijeg, diferenciranog i analitičkog slušanja.

Dešva se dakle prijelaz funkcija sa desne na lijevu hemisferu, a to je «hemisfera muzičara».

Što se tiče pjevanja, sa neurofiziološkog stajališta, riječi spadaju pod lijevu hemisferu, a melodija pod desnu. Jezik ima muzikalnost čija specifična obilježja mogu otići daleko od unutrašnjeg značenja, prenoseći arhaične sentimente i veoma primitivne modalitete komunikacije koji su u stanju dozvati duboke emocije (Mancia M.,1981).

Aplikacijski aspekti:

Po Scardovelliju (1989), «voditi muzikoterapiju znači znati uhvatiti i adekvatno reagirati na vremensko ritmične aspekte, na energetske aspekte i na individualne logično – kognitivne aspekte kod bilo kojeg komunikacijskog ponašanja. Putem posredništva sa muzikoterapijom moguće je sagledavanje fiziologije i emotivno-kognitivne mape svijeta drugoga.

Dolazi do vrste «holdinga» (Winnicott, 1941) kod kojeg su osnovni elementi voditelj, pacijent i glasni muzički element koji posreduje odnos: prihvatiti na sebe vrijeme i varijacije energije «kao da» su to moji ritmovi (ritam srca, ritam disanja), pa tako sve do ideja, normi vjerovanja drugoga, njegovog jezika (verbalnog i ne), njegove tišine, «fiziologije», odnosno do cjelokupnosti njegovog bića.

U biti dolazi do reproduciranja one veličanstvene audio – vizualno – kinetičke simfonije koja povezuje dva ljudska bića, majku i njezino dijete, koja nadilazi slučajne flutuacije, turbolencije, nered. Ta simfonija stvara emocije koje dijete nije u stanju razumjeti pa stoga «odbacuje», emocije koje majka empatično preuzima stvarajući tako njegov unutrašnji svijet i jedan mozak koji je u stanju odrastati i birati.

Posebno kod autizma, muzikoterapija može postati efikasan instrument uvećavajuće komunikacije, koja se spaja sa naizgled regresivnim aspektima. Stoga ona mobilizira duboke strukture primanja - izražavanja emocija, te uspijeva dozvati one odnose između mozga i tijela, između unutrašnjeg i vanjskog, između užitka i boli, a koji se ne mogu izraziti putem verbalnih kanala.

Smatramo da muzikoterapija, u svim situacijama a posebno kod autizma, ima ulogu posredništva između nas i svijeta koji nas okružuje, između naše individualnosti i one koja se nalazi izvan nas, pomaže nam da se uskladimo sa drugima i da ih prihvatimo, da vjerujemo u kontekst koji je manje strukturiran u odnosu na kontekst potencijalne praznine riječi.

Animal Assisted Therapy

Kod ove vrste terapije na scenu ulaze životinje i postaju izvođači terapijskog procesa.

Postoje raznovrsni načini na koje se to može desiti. U hipoterapiji (terapija sa konjem), koriste se neke fizičke karakteristike konja, zajedno sa psihološkim i društvenim vrijednostima vezane uz konja i ambijent u kojem živi. Poseban pokret konja, sa fizičke točke gledišta, potiče neuromuskularni sustav jahača, a to utječe na niz pozitivnih faktora u psihomotoričkom razvoju pojedinca kao što su: poboljšanje koordinacije, ravnoteže, tona mišića, globalne motorike, disanja, itd. Lako je dakle zamisliti da će ovaj tip stimulacije utjecati i na senzoričnu integraciju koja je kod autizma često poremećena. Ali pored fizičkih karakteristika, konj, i ambijent u kojemu on živi, nudi i druge prednosti, koje utječu na psihološku sferu i na sferu interakcije sa drugima. Sa jedne strane konj je prijatelj, životinja o kojoj se treba brinuti, ali istovremeno, sa druge strane, konj uzima na leđa dijete i vodi ka naokolo. Na isti način, konj je sa jedne strane «kutija», odnosno neko drugo biće koje «sadrži», koje vodi naokolo, nudi jasne granice koje ne dolaze samo iz njegovog nježnog izgleda i unutrašnje opasnosti, već i iz pravila koja od uvijek idu uz brigu konja i jahanja. Sa druge strane konj nije «kutija» već sadržaj, budući da djetetu nudi ekskluzivnost da ga vodi, da nauči novi jezik sastavljen od gesta i pokreta kako bi ga odveo gdje on želi. Pored ovih aspekata koji su specifični za konja, ne smijemo zaboraviti vrijednosti i beneficije koje su povezane sa bilo kojom vrstom

individualne ili grupne sportsko rekreacijske aktivnosti, a to su: motivacija, samopoštovanje, sposobnost koncentracije, samostalnost u smislu volje djeteta da sprovodi aktivnost u kojoj je ono glavni izvođač i tijekom koje je kontinuirano usklađen u interakciji sa nekim drugim bićem. Na poslijetku postoje i psiho-društvene dobrobiti ovog terapijskog procesa koji je usko povezan sa sportskom aktivnošću koja se odvija u javnom i otvorenom ambijentu, a ne u zdravstvenom, namjenjenom bolesti, i koji nudi jednu novu mogućnost za društvenu integraciju.

Još jedan tip terapija sa životinjama je i ona koja se prakticira sa delfinima. Ovo je jedini primjer terapije sa životinjama koji koristi životinju koja nije domaća nego divlja, odnosno morska. Ovoj vrsti životinje, koja živi u morskom ambijentu, dakle u ambijentu koji se veoma razlikuje od našeg, uvijek je bila priznata posebna sposobnost u ostvarivanju kontakta sa ljudskim bićima, u spontanom načinu inetrakcije i igre sa njima. Još jedno pozitivno obilježje tih simpatičnih životinja jest to da imaju kompleksan sustav komunikacije među sobom, koji je sačinjen od zvukova i ultrazvukova koji izgleda pozitivno utječu na ljude. Uz ostalo delfini imaju posebnu sposobnost za shvaćanje neke vrste ljudskog jezika, kao npr. jezika znakova za gluhojone osobe. Zbog tih karakteristika koje se objedinjuju sa njihovom naglašenom inteligencijom, uzela se u obzir ideja da se delfini koriste u terapijske svrhe u liječenju autizma, depresije ili drugih mentalnih poremećaja. Najvažniji efekti koji su bili studirani su poboljšanje u integraciji pojedinih aspekata osobnosti ili tjelesnosti, kao percepcija djelova tijela koji su zapostavljeni, a koje pokreti delfina stimuliraju; sposobnost izražavanja i spontanost koja je olakšana jer se odvija u vodi i u društvu delfina gdje postoji manje pravila ili su ona različita od naših; pokret koji je stimuliran sa posebnom živahnošću delfina i sa njihovom otvorenošću i voljom za igrom; dobrovoljnost za fizičkim kontaktom koju pospješuje i vodeni ambijent.

Informacije koje se odnose na terapiju sa delfinima izvučene su iz Revije «Realtà e prospettive in psicofisiologia», članak M. Giuseppini: «*Psihoterapija uz pomoć delfina*», god. IV^o, juli, 1994.

Dodatne informacije o metodama i programima tretmana, koji su nerasprostranjeni u Italiji mogu se pronaći na sljedećim web stranicama:

www.vaporio.com <<http://www.vaporio.com/>> , www.autismsociety.org <<http://www.autism-society.org/>> , <<http://www.son-rise.org/>> , <<http://www.millermethod.org/>> .

Documento di approfondimento

Iz: Morena Mari, «*Sustav komunikacije koji se zasniva na razmjeni slika (PECS)*», Revija Angsa, god. 14, br.1 Januar – April, 2001.

Sustav komunikacije koji se zasniva na razmjeni slika (PECS) jest program podučavanja komunikacije koji se razvio za djecu sa autizmom, sa pervazivnim razvojnim poremećajima ili za djecu sa nekim drugim smetnjama u kojima su prisutne poteškoće u sferi komunikacije. PECS je nastao u sklopu Delaware Autistic Program (Usa) iz paralelnog rada logopedistice Lori Frost i psihologa Andrewa Bondyja, kako bi pronašli odgovor na poteškoće sa kojima su se susretali u podučavanju sposobnosti komunikacije sa tradicionalnim sustavima za podučavanje. Korištenje PECS-a sustava pruža instrument komunikacije u društvenom kontekstu i veoma malenoj djeci: djeca nauče da približe i daju drugome sliku željenog predmeta u zamjenu za isti predmet. Čineći to, dijete započinje komunikacijski akt koji dovodi do konkretnih posljedica unutar jednog društvenog konteksta. Program podučavanja je vrlo rigorozan, zasnovan na principima i strategijama bihevioralne psihologije. Podjeljen je u šest

faza i raspolaže sa grafikonima i tablicama koje treba ispunjavati kako bi se ocjenila efikasnost samog programa. Do materijala koji se koriste lako je doći i sastoje se od slika na kartončićima. Prva funkcija komunikacije koja se uči jest zamolba, zato što posljedica komunikacijskog akta (dobiti ono što se želi nakon što se prezentira relativan karton sa slikom) djeluje kao nagrada za isti taj akt. Tijekom sljedećih faza podučavanja, društvene nagrade (pohvale, škakljanje, maženje) se asociraju sa onim konkretnim (hrana, igračke, itd.) na način da se mogu uvesti komunikacijske funkcije koje su više društvenog tipa (komentirati, prepričati). Tijekom svake faze, učitelj koristi verbalni jezik na način da prati upotrebu komunikacijskih karti na koherentan i jednostavan način. Krajnji cilj PECS-a je da djeteto spontano započne komunikacijske interakcije kroz izražajni kanal koji mu najviše odgovara. To znači da upotreba komunikacijskih slika nije krajnji cilj koliko je to ustvari instrument koji je efikasan u podršci razvoja komunikacijskih potencijala kod autistične djece ili kod djece sa nekim drugim pervazivnim razvojnim poremećajem.

Dodatne informacije o ovoj temi možete pronaći na web stranici:

www.pecs.com

i u članku «*The picture exchange communication system*» čiji su autori Bondy A. & Frost L., iz Revije «Focus on Acoustic Behaviour», 9(3), 1994.

POGLAVLJE 3

Priča o školi: Školska inkluzija Aleksandra

U ovom poglavlju nudimo čitatelju mogućnost da upozna i analizira iskustvo školske inkluzije jednog autističnog djeteta. Svrha nije ta da se nastavnicima i ostalim školskim djelatnicima pruži niz indikacija o nekom specifičnom tretmanu, koliko ta da tko nema iskustva upozna različite tretmane i njihova opća obilježja. Još uvijek razumno možemo tvrditi da je, zbog heterogenosti kliničkih simptoma i nepoznate eziologije koja je vjerovatno multifaktorijalne naravi, vjerovanje u jedinstveni tretman koji bi vrijedio za sve slučajeve to cijelo vrijeme, čista utpija.

Ono što je danas razumno očekivati od edukacijskih i rehabilitacijskih tretmana jest učenje u malim koracima, polako, postepeno, sa konstantnim poboljšanjima u vremenu, ali bez da se dođe to kompletnog izliječenja. A to nije malo. Iskustvo u tome ima odlučujuću ulogu jer nam pomaže da izdvojimo neke korake koji nam omogućuju da što bolje slijedimo evoluciju pojedinaca:

- rana i adekvatna dijagnoza;
- detaljni protokol istraživanja koji nam omogućuje da korektno pratimo eventualne pridružene patologije (npr. epilepsija);
- individualizirani program za svako dijete;
- precizna neuropsihološka evaluacija slabih i dobrih točaka svakog djeteta kako bi se mogao korektno osmisлити psiho-edukacijski projekat;
- konstantna evaluacija, u određenim vremenskim razdobljima, postignutih rezultata, sa eventualnim izmjenama u slučaju neuspjeha;
- projekt koji je u dogovoru sa obitelji, budući da dijete živi prvenstveno u tom kontekstu i da su roditelji ti koji mogu najbolje ukazati na specifične potrebe kako bi se postiglo određeno poboljšanje u raznim sposobnostima;
- tretman koji je isprogramiran u koordinaciji sa školskim djelatnicima kako bi se stimulirale različite sposobnosti (društvene, kognitivne, one u vezi sa samostalnošću, itd.);
- konstantna i isprogramirana umreženost institucija i agencija koje se brinu o djetetu, budući da kompleksnost patologije zahtijeva integraciju različitih tretmana i terapija i, uopće, intervencija.

Iz: «Aleksandrov svijet», Paola Visconti, Phoenix Editrice, 2001

Prvi ulazak u školu

Aleksandar polazi u prvi razred, u cjelodnevni boravak u OŠ «M. Bartolotti» iz Savarane, 1994-e godine. Budući da se smatra kako je neophodno konstantno prisustvo odrasle osobe, iz samog početka sa djetetom radi nastavnik podrške i socijalni pedagog iz Centra sa socijalni rad iz Ravenne. Tijekom pet godina izmjenjuje se veliki broj nastavnika podrške. To se dešava pogotovo na početku svake školske godine jer nastavnici imaju ugovore na određeno vrijeme i često Aleksandar bude bez nastavnika podrške na početku školske godine. Ta situacija utječe na emotivnu «smirenost» Aleksandra koji ne podnosi promjene i kojemu je potreban «siguran» odnos koji mu može pružati sigurnost. Kako bi se upotpunio raspored

sati djeteta (40 sati tjedno), koje nastavnik podrške nije sve pokrивao, Aleksandru su dodjelili odgajateljicu (jednu prve dvije godine i drugu naredne tri godine). Na taj način može se garantirati kontinuitet osobe.

Prvih godina odgajateljica je imala dva sata tjedno u prisutstvu sa nastavnicom podrške i nekoliko sati na tjedan za programaciju zajedno sa učiteljicama.

Nažalost, tijekom godina, satnica odgajateljice se smanjila što je prouzročilo gubljenje sati koji su neophodni za evaluaciju rada i programaciju, za zajedničko dijeljenje edukacijskih ciljeva i kontinuiteta onih tretmana koji pozitivno utječu na edukacijski proces. To su trenuci potrebni kada se radi sa djecom, a pogotovo kada treba osmisliti individualizirane programe rada.

Odnos sa djelatnicima socijalnih i zdravstvenih službi

28 lipnja 1994, zajedno sa didaktičkom direktoricom osnovne škole idemo na sastanak sa odgajateljicom iz dječjeg vrtića koji je pohađao Aleksandar. U prisutstvu djeteta (u «njegovoj sobi»), koje se kreće naizgled smeteno, koji intervenira samo ako čuje određene riječi i koji se neprestano ljulja na lopti, odgajateljica nam objašnjava:

- kakav je tipičan dan djeteta u vrtiću;
- koje situacije uzrokuju njegove krize (npr. slušanje klasične glazbe, staviti kecelju, vidjeti lutke bez ruku i nogu);
- koju hranu odbacuje.

Odgajateljica dodaje i to da Aleksandar:

- nikada ne plače, čak i onda kada se povrijedi;
- nezna se igrati sa konstrukcijama: koristi ih samo kako bi pravio slova;
- ponavlja, na opsesivan način, istu rečenicu ili pitanje;
- fale mu uzročno posljedični koncepti, koncept «praviti se da», itd.;
- kako bi se opustio potrebni su mu trenuci u kojima je «sam sa sobom» ili u tjelesnom kontaktu sa odgajateljicom;
- voli ritmične pjesme i privlače ga svi ciklični predmeti kao što su brojevi, tablice automobila, slova;
- voli slikati, ali se ne voli isprljati;
- jako se voli penjati i biti bosonog.

Ove nas vijesti zabrinjavaju jer smo svijesne da nismo dovoljno pripremljene da radimo sa ovakvim djetetom na kompetentan način. Odlazimo u nadi da ćemo dobiti adekvatnu «pomoć» od djelatnika socijalno zdravstvenih službi.

U susretima koji su se odvijali 15. oktobra i 16. novembra 1994 i 12. januara, 30. marta i 15. maja 1995., neuropsihijatrica koja prati Aleksandra, govori nam o njegovoj smetnji kao o «jednoj vrsti psihoze». Njen stav je taj da do poremećaja dolazi zbog «alteriranog odnosa majka-djete» koje se manifestira kroz «odabir» djeteta da ne stupa u kontakt sa svijetom i kroz mentalne stereotipe kao što su obrambeni mehanizmi naspram svijeta koji ga toliko zabrinjava.

Doktor nam daje i neke praktične savjete:

- izbjegavati agresivne scene;
- ne suprotstavljati mu se u momentima napada, već ostaviti prostora za «tranziciju» («hajdemo se praviti da...»; «ako ti se ne sviđa ovako.....»);
- smetati ga u njegovim opsesijama;
- pomoći mu u ispoljavanju emocija tako što ćemo ga pustiti da piše «kako se osjeća»;
- spustiti se na djetetov nivo razmišljanja;
- pomoći mu, na individualan način, da stavi u niz njegove *flasheve*;

- davati djetetu koherentne odgovore kako bi odstranili «konfuziju» iz njegove glave i kako bi ga utješili.

Tijekom zadnjih susreta neuropsihijatrica izražava pozitivno mišljenje o našoj odluci da djeteto radi u razredu zajedno sa ostalim učenicima jer smatra kako bi to moglo biti iskustvo odrastanja za Aleksandra.

16. oktobra 1995. susrećemo neuropsihijatra koji je došao na radno mjesto prethodnog.

U novembru iste godine socijalno zdravstvena služba zajedno sa odgajateljicom predlažu roditeljima da odvedu Aleksandra, na nekoliko dana u tjednu, u Centar S.Mama u Raveni, koji radi sa «problematičnom» djecom. To bi naravno omogućilo Aleksandru da izostaje sa nastave, barem u određenim vremenskim razdobljima, i to u školi u koju ide već godinu dana. Roditelji odbijaju prijedlog i odabiru da Aleksandar bude sa ostalim prijateljima iz razreda, od kojih može vidjeti «primjere» dobrog ponašanja.

Ovaj izbor ispao je dobar pogotovo nakon što je Aleksandar proveo ljetno u C.R.E. (Cjelodnevni ljetni centar), u kojem je stupio u kontakt sa jednom celebrolenom djevojčicom. Odmah je počeo imitirati «abnormalna» ponašanja djevojčice (imitirajući i njezino držanje) i dugo vremena ih je ponavljao u trenucima anksioznosti. Nakon tog iskustva primjetili smo regresiju u njegovom razvoju društvene interakcije.

Ponovno susrećemo neuropsihijatra 21. novembra 1995. i 23. januara 1996.

Podnosimo mu izvješće o ponašanjima djeteta za koje smatramo da su pozitivni i značajni, ali dajemo mu do znanja da smo zabrinuti zbog toga što Aleksandar «šalje poruke» koje je teško decifrirati i zbog toga što nismo u stanju izaći na kraj sa njegovim čestim napadima.

Doktor nam odgovara da «psihološka struktura djeteta nije cjelovita, stoga moramo garantirati mogućnost odnosa u dvoje, koji će ga utješiti i pružiti povjerenje».

Zaključujemo da smo pogriješili što smo stavili Aleksandra da radi u razredu. Ali ne pružaju nam se nikakve druge indikacije kako da nastavimo sa radom.

25. januara 1996., u uredu didaktičkog ravnatelja, održava se susret evaluacije djetetovog uključenja sa nekim drugim neuropsihijatom. Doktor zaključuje susret govoreći da «učiteljice moraju koristiti dobru volju, senzibilnost i dobronamjernost».

Nismo primili nikakve druge savjete.

Dolazi nam sumnja da nismo napravili sve što je u našoj moći kako bi pomogli djetetu i u krizi smo jer smo «nesigurne» na koji način da nastavimo sa procesom inkluzije učenika.

U februaru 1996. održava se prvi u nizu periodičkih susreta sa doktoricom Visconti, (neuropsihijatrica Centra za socijalnu skrb iz Bologne sa kojom je obitelj stupila direktno u kontakt). Doktorica je susrela djeteto i roditelje u različitim situacijama. Aleksandar je napravio različite testove za «cjelokupnu evaluaciju djeteta i za upoznavanje njegovih kompetencija i potencijala», koji će koristiti kako bi se «osmislili prijedlozi koji će ići uz tretmane koji su već u tijeku, i u školskom i u obiteljskom kontekstu». Tijekom susreta doktorica, u prisutstvu naše didaktičke ravnateljice, predstavlja postavljenu dijagnozu: Smetnja Autizma tipa visoke funkcionalnosti, uzrokovanog genetskom predispozicijom.

Naravno, ova je dijagnoza za nas novost, ali dr. Visconti, uz to što nam daje bibliografske indikacije koje nam mogu biti od koristi za upoznavanje problema, daje nam i praktične savjete te sugerira strategije koje će nam omogućiti da radimo na strukturirani način, sa jasnim ciljevima svake naše akcije.

Uz ostalo, doktorica Clo, pedagogica koja radi sa dr. Visconti, daje nam neke psiho edukacijske indikacije.

Savjetuje aktivnosti koje može prihvatiti cijela razredna grupa, sa adekvatnim sredstvima za postizanje ciljeva iz naše programacije.

Ovaj odabir uvjetuje još veće uključenje Aleksandra u razred: različite aktivnosti, iako djelomično diversificirane, imaju zajedničke težnje.

U školskoj godini 1998/99., odgovorna osoba za Aleksandra u Ravenni je dr. Calabria. Sa njim se susrećemo tri puta: 17. novembra 1998., 14. januara i 29. aprila 1999.

Predmet naših sastanaka su:

- evaluacije koje se odnose na školski uspjeh;
- pripremanje za odabir srednje škole (u Italiji osnovna škola traje 5 godina, srednja 3 i viša srednja 5 godina) u koju će učenik biti uključen;
- neki prijedlozi u vezi osmišljavanja Projekta kontinuiteta između osnovne i srednje škole;
- savjeti vezani uz razradu «svjedočanstava» za prijelaz u novi školski poredak.

Tijekom ove školske godine, po prvi puta Aleksandar je dva puta «opserviran» od strane školskih stručnjaka, tijekom redovnih aktivnosti u razredu.

Opservaciju ne možemo smatrati realno objektivnom budući da prisutstvo osoba koje su strane školskom ambijentu, falsira ponašanje djeteta i normalno raspoloženje razreda. Ali služi zato da bi se izvukle konstruktivne informacije i da nam pruži «oslonac» kako bi smo nastavili sa radom.

Tijekom susreta, dr. Calabria predlaže nam da sakupimo materijale koji bi mogli poslužiti u dokumentaciji inkluzije djeteta.

Aleksandrova obitelj i škola

Aleksandrovi roditelji još u početku manifestirali su velik interes za školskim životom, tražeći česte susrete sa učiteljicama. Nakon intervencije dr. Visconti, oni su bili manje anksiozni, smireniji, a pogotovo su se osjećali olakšani tereta sa «su krivi» za djetetove poremećaje. To je imalo pozitivan utjecaj na njihove odnose sa djetetom i sa školom. Roditelji su oduvijek prema Aleksandru pokazivali konstruktivnu i posebnu pažnju. Dokumentirali su se kako bi bolje upoznali njegove poteškoće, kako bi mu mogli pružiti bolje uvjete odrastanja. Aktivno su učestvovali na raznim kongresima i seminarima i konstantno se ažurniraju o temi kako bi i nama nastavnicima prenijeli nova saznanja o autizmu.

Spontano su tražili, u medicinskom, pedagoškom i društvenom području, kompetentne osobe kako bi bolje savladali poteškoće djeteta. Nažalost česte promjene odgajatelja i nastavnika podrške nisu dozvolili kontinuitet u komunikaciji sa obitelji što se tiče raznih aspekata školskog života njihova djeteta. Po nama, ta bi promjena bila neophodna kako bi se garantirala koherentnost različitih tretmana od starne učitelja i roditelja na način da se Aleksandru pruži veća sigurnost i stabilnost.

Tek u petom razredu, po zaslugi tadašnje nastavnice podrške, bilo je moguće uspostaviti svakodnevne informacije koje su imale pozitivan utjecaj u svim domenama pa tako i na meta kognitivan razvoj djeteta. I sam Aleksandar čita izvješće, svijesno i zadovoljno, o svom uspjehu.

Aleksandar i njegov razred. Priča o procesu inkluzije u razrednu grupu

U septembru 1994., Aleksandar polazi u osnovnu školu. Ima sedam godina i dolazi iz dječjeg vrtića iz Ravenne, pa ne poznaje svoje drugove iz razreda.

U početku ga svi prihvaćaju na prirodan način. Mnogo djece mu se divi jer već zna čitati i pisati i veoma dobro zna brojati. Vrlo je dobar u opažanju pogreški u sastavima svojih prijatelja. Mi nastavnici, pričali smo sa djecom iz razreda o Aleksandrovim problemima: u početku izgleda kao da to nitko nije primjećivao i zbog toga što nije pokazivao nikakve fizičke

naznake svojeg poremećaja, čak štoviše, Aleksandar je lijepog izgleda, sa predivnim crtama lica i usklađenim tijelom.

Njegov je pogled uvijek mio, i u trenucima kada ide za svojim «fantazijama», i u trenucima kada njegove oči postanu mrkle zbog straha ili kada se smiju zbog sreće. Tek kasnije pojavljuju se aspekti koji karakteriziraju njegovu «smetnju» i ostala djeca počinju biti svjesna toga. Aleksandar govori na poseban način, koji se razlikuje od ostale djece: voli ponavljati reklamne slogane, datume, brojeve sa registarskih tablica. Kada priča o sebi nikada ne koristi prvo lice nego uvijek drugo ili treće. Jako ga uznemiri bilo koja promjena u organizaciji školskog dana (skraćenje ili produženje nastavnog sata, zamjene, itd.). Uz ostalo manifestira i snažnu potrebu za kontinuitetom kada je riječ o rasporedu predmeta u razredu: zidni kalendar, raspored sati, ploču sa danima u tjednu, itd.

Sa nekim predmetima ima čak i fobičan odnos. Posebice se nikada ne odvaja od nekog papira koji je sam ispisao. U slučaju da ga ne pronađe na mjestu na kojem ga je ostavio uhvati ga snažna tjeskoba koju teško uspijevamo smiriti.

I u trenucima najdublje krize, Aleksandar nikada ne plače; ne priznaje bol i ne uspijeva izraziti emocije. To je i jedan od razloga zbog kojih ne podnosi čuti ostalu djecu kako plaču i na njihov plač reagira sa urlanjem, i agresivnim ponašanjem (štibanjem i guranjem). Ne učestvuje u igrama sa drugom djecom i stupa u fizički kontakt (poljupci, zagrljaji, maženje) samo sa izabranom djecom.

Bez obzira na sve to, ostala djeca nastavljaju davati ovakve sudove o njemu: «on je inteligentniji od nas, zna puno stvari koje mi neznamo, jako se dobro sjeća onoga što se desilo veoma davno». Značajna je prosudba koju je donjela «najzrelija» djevojčica u razredu: «Aleksandar je istio kao i mi, samo što živi u svom svijetu».

Ista ta djevojčica, tijekom rekreacije, spontano prilazi Aleksandru i govori mu: «ne izgovaraju se sve te reklame!» i pita učiteljice: «Mogu li mu reći da ponovi sve ove automobile?».

To je događaj koji nas tjera na razmišljanje. Primjećujemo da neka djeca nastoje samostalno komunicirati sa Aleksandrom i da mu žele pomoći. Ne želimo sakriti koliko je ustvari uključenje Aleksandra bilo teško. U toj dobi djeca su još uvijek pre mala i previše egocentrična kako bi mogla shvatiti neka ponašanja. Neka djeca drže određenu distancu od Aleksandra, bez obzira na to što su u više slučajeva pokazali da su se vezali sa njime. Neka djeca se boje njegovih reakcija i nastoje sakriti suze kako se ne bi naljutio i kako nebi bili uštignuti. S vremenom svi pronalaze različite načine da ga smire: «ne brini se... sada više ne plače...vidiš, sve je prošlo...».

Ispostavlja se da je veoma teško savladati Aleksandrove krize kada one ne dozvoljavaju da se nastavi sa didaktičkim radom. I u prvom i drugom razredu, kada aktivnosti koje su uglavnom tipa igre i omogućuju veće učestvovanje djeteta, nepredvidljivost i učestalost njegovih kriza tjeraju nas na to da ga izvedemo van iz razreda. Aleksandar se odvodi u sobu koja je napravljena samo za njega (kao i u vrtiću) i tu ga učiteljice nastoje smiriti pričajući mu, mazeći ga i tješeći ga.

Tijekom školskih godina djeteta napreduje u procesu učenja, a posebno u odnosima sa ostalom djecom. Bez obzira na to što je zbog disciplina koje se uče u drugom razredu teško osmisliti didaktičke jedinice koje bi bile adekvatnije za Aleksandra, češće se dešava da je on u razredu i prati aktivnosti zajedno sa ostalom djecom. Naša težnja u tim situacijama je da potičemo aktivno i svjesno učestvovanje djeteta stvarajući kontekste koji će pospješiti komunikacijske aspekte i sposobnosti odnašanja sa drugom djecom. Taj odabir daje dobre rezultate. Navodimo kao primjer jednu psihomotoričku aktivnost sa razredom, tijekom koje svako djeteta mora anonimno napisati kavlitate za svako djeteta u razredu. Ti papiri stavljaju se u osobnu kuvertu. U ovom slučaju Aleksandar je primio sudove kao: «jako si dobar u zadaći i lijepo crtaš.

Simpatičan si i znaš opraštati. Dobar si u svemu. Simpatičan si mi i zato što me maziš. Znaš sve iz matematike. Imaš smisla za humor. «Izmišljač» si riječi. Imaš puno više sposobnosti od nas. Dobar si u ponavljanju reklama...».

Kada smo zaključili da su djeca zrelija, a time i više u stanju da shvate neke probleme, vodimo sa njima razgovore o uključivanju Aleksandra. To nam pomaže u shvaćanju djece i u pronalaženju stvari na kojima trebamo raditi kako bi poboljšali i produbili proces socijalizacije. Iz tih razgovora proizlazi potvrda o velikoj volji i sposobnosti djece, posebice pojedinaca, da pronađu strategije kako bi ušli u harmoniju sa svojim drugarom.

Ne može se negirati «potres» koji uzrokuje Aleksandar u određenim trenucima školskog života sa njegovim nenadanim i nepredvidljivim krizama (napadima) koje su prouzrokovane na primjer pomanjkanjem jednog broja na stranici knjige i sl. Iz toga se razvijaju tenzije koje traju čitav dan i koje nas uvjetuju u radu. U svakom slučaju inkluzija tog djeteta jest životna škola svima: i djeci i odraslima.

Nekoj djeci prihvaćanje treba biti nametnuto, ali za veći broj njih radi se o spontanoj činjenici. Ostala djeca se trude kako bi shvatila način razmišljanja Aleksandra, nastoje ga omesti u njegovim opsesivnostima, znaju shvatiti njegove strahove i nalaze najprirodnije načine kako bi mu pomogli da ih savlada i da spriječe anksioznosti, izbjegavaju situacije koje bi ga mogle uznemiriti. Svijesni su onoga što voli i ukoliko mogu, zadovolje ga, surađuju sa njime i pomažu mu u radu.

Atmosfera u razredu, prema Aleksandru, je veoma afektivna, kako možemo vidjeti u nekim sastavima koje su napisala neka djeca u maju 1996.:

Aleksandar je posebno dijete. Uvijek me traži i mi smo pravi prijatelji. Naš odnos je jako lijep... za mene je on, u ovoj školi, moj najbolji prijatelj. Razumije o čemu se razgovara. Prati sve što radimo u razredu i ponekad nas pita da se igramo sa njime. Mi mu možemo pomoći da odraste i da shvati jako puno toga. Mi mu pokušavamo pomoći jer će uspjeti. On je inteligentan, dobar i ljubazan i ima još puno drugih kvaliteta i znam da će uspjeti prevazići svoju bolest.

Monica

Nije prvi puta da o tome razmišljam... htjela bi saznati šta je po njemu razlika između njega i nas. Mislím da se njegova bolest, autizam, može izliječiti samo sa strpljenjem...jednog dana Aleksandar se može pitati zašto je drukčiji od nas i spontano nas početi imitirati. Meni je sa Aleksandrom super i osjećam da se volimo ali premalo vremena provodimo zajedno! U zadnje vrijeme je, čini mi se, napredovao jer se manje ljuti i više sluša. Danas sam na primjer ostala sa njim dok su se ostali igrali u dvorištu. Počeo je ponavljati riječi sa pogreškama ali ja sam mu rekla da ih može samo jednom ponoviti i da poslje 11 sati ih više ne može govoriti. On me je poslušao. Jedan dan sam išla kod njega kući, prvi put, i on je prihvatio da popijemo čaj. Onda je i on došao kod mene dva ili tri puta. Za mene je Aleksandar kao «zatvorena vrata», a mi smo «otvorena vrata». Dva zatvorena vrata zajedno ne bi mogla komunicirati, ali jedna otvorena i jedna zatvorena vrata imaju više mogućnosti: evo zašto mislim da je pravedno da Aleksandar bude sa nama. Ponekad ga tretiramo kao malo dijete, možda zato da ga zaštitimo.

Michela

Kada je smiren hoda kao i mi, kada se smije poskakuje «kao ptičica». Ja i Aleksandar se nekako razumijemo. Kada me pita šta fali u nekoj riječi i ja mu kažem, on je onda sretan. Po meni je Aleksandar napredovao jer više ne urla, ne ljuti se previše, ne štípa i pažljiviji je nego

osalih godina. Ako ga za veliki odmor pitamo da se igra sa nama i on neće, mi moramo inzistirati. U normalnoj školi on može naučiti da bude kao i mi. Kada imamo engleski voli redati brojeve.

Michele

Po meni Aleksandar treba ići u normalnu školu jer može nastaviti učiti nove stvari od nas. Mi mu možemo pomoći da bude veseo i pozvati ga da se igra sa nama i ako on neće mi onda inzistiramo. Kada imam na majici nešto napisano on mi se približi i hoće da ponovim ono što piše. Ono što mi se sviđa kod Aleksandra je da se sjeća svega što se dogodilo jako davno i jako je informiran o reklamama sa televizije. Aleksandar će napraviti još puno napredovanja.

Andrea

Napredovanje, koje su naglasila djeca, smo zapazili i u našim sistematskim opservacijama. Tokom godina Aleksandar je napravio značajne napretke i navesti ćemo one najznačajnije.

Njegova totalna nesposobnost da si kreira igru «hajdemo se praviti da...», danas je parcijalno savladana. Tijekom velikog odmora sve češće se događa da se pridruži grupi djece kako bi se igrao sa loptom, sa vrtuljkom. Više je puta učestvovao u simboličkim igrama: zamišlja da jede «zamišljeni» sladoled koji mu nude druga djeca; imitira poznate osobe i osobe sa televizije prilagođavajući glas i držanje, ali zadržavajući svoj identitet («Ja sam bik, ali za igru!»). Učestvuje u «igri trgovine» sa svom djecom iz škole (traži u dvorištu četiri pinjole da ih zamjeni za jednom žabicom).

U stanju je komunicirati sa razrednom grupom: uspijeva reći što voli, što ga ljuti i šta ne prihvaća (ne želim ići u dvorište gledati predstavu, želim ostati u razredu i raditi). U stanju je izraziti kako se osjeća na dovoljno precizan način, spontano se prisjećajući iskustava ili ako ga se potakne sa pitanjima. Nastoji i motivirati svoje strahove (strah me je od zabava jer ne volim čuti buku i ne volim kada je puno ljudi oko mene. Kada čujem da se govori o zabavi se naljutim i vrišt看im jer mi ide na živce konfuzija i ljudi koji plešu i pjevaju).

Naš stav je da ga hvalimo (Bio si dobar jer si jako dobro objasnio ono što misliš; shvatili smo ono što želiš i ne moraš se brinuti...). Aleksandar veoma cijeni potvrde i pohvale koje se odnose na njegovo ponašanje i to mu pomaže u povećanju samokontrole. Posebice tijekom zadnje školske godine, inkluzija djeteta u školsku sredinu dala je veoma zadovoljavajuće rezultate. Kako bi imali još jednu potvrdu naših evaulacija, nakon pomnih razgovora sa razredom, predlažemo pisanje sastava na osnovi sljedećih točaka koje će voditi rad:

- Šta misliš o Aleksandru?
- Kako se prema njemu ponašaš?
- Šta si nastojao napraviti kako bi stupio u kontakt sa njime?
- Šta osjećaš: a) kada ima krizu ili napad? B) kada je sretan i smiren?
- Koje si promjene primjetio kod njega tijekom ovih godina?
- Šta te je naučio, šta ti je dao Aleksandar i šta misliš da ti je oduzeo?
- Kako vidiš njegovu budućnost i čemu se nadaš za njega?

Evo šta su odgovorili neka od djece iz razreda:

Moram reći da se Aleksandar u ovoj zadnjoj godini jako promijenio i kada radimo i kada se igramo. Po meni je usvojio puno sposobnosti: počeo je sam ljuštiti jabuku, počeo je jesti rižu sa šafranom i provoditi više vremena samnom i sa mojim prijateljima. Ja sam uvijek bila jako dobra sa Aleksandrom i rastati se od njega mi je teško jer će on ići u srednju školu u Ravenu. Odnos između mene i Aleksandra je istinski i zato on nikada neće završiti. Sada se

ne sjećam kako sam ga stvorila, ali znam da kad se naljuti, nastojim ga odljutiti ili tako što mu govorim reklame ili tako što mu pjevam pjesmu od «Wannabi». Nekad to funkcionira, nekad ne. Kada vidim da je ljut i tužan, meni je jako žao, jer me smeta da vidim kako pati. Aleksandar me naučio da živim sa osobama koje su jako drukčije od mene i ništa mi nije oduzeo. Kada njegovih roditelja više ne bude, ja ću mu pomagati, jer znam da ću u tome uspjeti iako će biti teško. Nadam se da će jednog dana Aleksandar moći postati «dosta normalan». Ja mislim da on ima odličnu memoriju i često mi govori kako me se sjeća dok sam bila mala i imala kovrčavu kosu koja mi je uvijek padala na oči.

Ove godine je napokon imao pravu učiteljicu za njega koja mu je pomogla da prevaziđe svoje probleme i koja je i nama pomogla: Annalisa!

Monica

Ja mislim da je Aleksandar kao i mi, ali u nekim trenucima ga uhvati kriza zbog nečeg što je vidio ili čuo i zbog stvari za koje bi htio ili nebi htio da postoje. Kada se on naljuti, ja sam tužna i mislim da je malo i naša krivica, jer govorimo glasno iako znamo da mu tako ne pomažemo da se smiri. Nekad mu se približimo i govorimo mu ono što znamo da voli čuti, ali nekad nas on odbaci. Kada je sretan vidi mu se odmah po izrazu lica i primjeti se jer radi puno više nego kad je tužan. Ja imam dobar odnos sa Aleksandrom, ali da bi ga stvorila morala sam mu biti blizu i pričati mu. Nadam se da će taj odnos dugo trajati jer Aleksandru trebaju osobe koje će mu pomoći kao što mi to radimo. Ja nisam odmah shvatila da Aleksandar ima problema, shvatila sam s veremnom i družeći se sa njim. Ne vjerujem da, u budućnosti, on može skroz ozdraviti, ali će sigurno jako puno napredovati. To sam shvatila u ovih pet godina jer sam vidjela koliko je napredovao.

Alessandra

Ja sa Aleksandrom nije da imam pre blizak odnos, ali se trudim, i pjevam mu pjesme (npr. ona iz «programa 123») ili se igramo sa loptom kada je veliki odmor. Dolazi mi na pamet nešto što se desilo u dvorani, kada Aleksandar nije htio raditi gimnastiku i moja učiteljica Vera mi je rekla da ostanem igrati nogomet sa njime. Aleksandar je igrao i napravio je i gol (i to mu nisam pustio!). Aleksandar me je naučio jednu važnu stvar: nemoj nikada izgubiti nadu da će ti netko pomoći. Ja mislim da je jedna metoda da se smiri da mu se pomogne da mu padne na pamet nešto suprotno od onog što ga je uznemirilo. Na primjer, ako se ljuti jer je neko auto crno, moramo ga sjetiti na svijetle boje kao žuta, koja je njegova omiljena boja. Aleksandar je po meni inteligentan, zna puno više stvari od nas. Na primjer zna puno više riječi na engleskom od nas. Sjeća se imena svih baki i djedova od svakog učenika iz razreda. Ovih godina imao je poboljšanja u svim poljima: crta bolje nego prošle godine, briše sa gumicom kada piše, itd.

Matteo

Mislim da je moj prijatelj Aleksandar dobar ali i da, dok traju njegove krize, ima nešto što ga tjera da bude agresivan. Baš kada je on u krizi, je trenutak kada mu mi najviše trebamo, pa onda ako nekad izgubimo sat zbog njega to nije izgubljeno vrijeme i mi mu moramo pomoći da se malo smiri pa tako može polako i napredovati. Pokušao sam uspostaviti odnos sa njim i dosta sam uspio iako me on ponekad odbacuje. Kako bi stupio u kontakt sa njim počeo sam mu pjevati pjesmice koje voli. U Aleksandru sam tijekom svih ovih godina opazio puno promjena: sada je otvoreniji sa nama, kad počinje školski raspust se ljuti, ja mislim da je to zato što je njemu u školi dobro. Aleksandar me je naučio, ustvari sam «prekopirao» njegovo

vikanje i glasanje kada je sretan. Nadam se da će mu i djeca koja budu išla sa njim u razred u srednjoj školi pomoći.

Andrea

Po meni, od početka škole do danas, Aleksandar je puno napredovao: npr. do nedavno se nije htio igrati sa nama a sada kada smo u dvorištu ili u hodniku za vrijeme velikog odmora približi se i pita dali se može igrati. Nekad kada imam majicu sa kratkim rukavima dođe i gladi me po ramenima i ljubi me. Kada ima trenutke krize ja idem da ga smirim i on me pita da mu pjevam jednu staru pjesmu. Jednom sam išao kod njega kući sa svojom obitelji. Prije nego što smo stigli obavijestio sam roditelje da ako Aleksandar pita koje auto imamo moraju reći «Renault 19 žute boje», jer bi se inače naljutio. Ja ću ga ići posjećivati i kada budem imao 20 godina. Žao mi je što odlazi jer mu je sa nama bilo dobro.

Giacomo

Aleksandar je puno napredovao od početka petog razreda i sada ima mnogo odnosa. Ja se sjećam puno stvari i lijepih i ružnih: npr. jednom kada ga je jedno dijete gurnulo i on si je razbio zube dok je padao. Ja sam bio jako tužan ali na sreću sve se riješilo. Sjećam se i kada su dolazile mame budućih školaraca prvog razreda da ih upišu, on je pitao koje aute imaju i ako je neka mama odgovarala crni ili bijeli on bi išo u krizu pa bi mu ja onda govorio da ne urla jer se ta gospođa zabunila. U ovo zadnje vrijeme Aleksandar je naučio da se ne boji miksera, bušilice i petarda. Ja sam malo zabrinut za njegovu budućnost. Ja bi napravio kao što je rekla jedna moja prijateljica, to jest želio bi se brinuti o njemu i pomoći mu cijeli njegov život.

Valerio

Kada smo mi bili mali bilo nam je teže razumjeti Aleksandra. Nekad sam pričala sa svojom mamom i ona mi je objasnila da nije on kriv što se tako ponaša. Kada se smiri, nakon krize ja osjetim olakšanje i u sebi kažem: «prestao je na to misliti». Aleksandar me je naučio da se ne rugam hendikepiranim osobama ili onima koji imaju problema. Nadam se da će uvijek naći osobe koje su mu voljne pomoći.

Michele

Meni je Aleksandar dao jako puno sreće. On, bez obzira što ima problema, zna jako puno toga, pa i više od učiteljica. Pa mi i kažemo da, umjesto mozga, on ima kompjuter. Sjeća se svega i kada nešto neznamo pitamo Aleksandra i on zna odgovor iako se to desilo u prvom razredu. Aleksandar je za mene posebno dijete i mogao bi biti u razredu i bez nastavnice podrške kad bi htio, nadam se da će to jednom uspjati. Nekad mi je krivo jer zbog njega gubimo vrijeme, ali mi i učiteljice radimo sve što je u našoj moći da imamo dobar odnos sa njime.

Alessio

Ja mislim da je memorija od Aleksandra najbolja na svijetu. Moje ponašanje prema njemu nije uvijek isto: ponekad me naljuti ili sam tužan jer urla i plače istovremeno. Zbog toga se osjećam kriv jer mislim da sam ja kriv što mu je došla kriza jer ako mu se približim on me odbija. Nekad me traži i pita da ga šakljem. Tijekom ove školske godine primjetio sam bezbroj promjena. Npr. više ne govori da je benzina besplatna, manje je nestašan, malo štipa

i još sam primjetio da kad idem kod njega kući, čim otvori portun i vidi me kaže «ne želiš Gianluku», ali onda čim uđem počnemo se igrati i zabavljamo se.

Gianluca

Kada se rodimo nikad nije dosta reći hvala zato što smo se rodili «normalni», ali moj prijatelj Aleksandar, iako ima problema, nikad se ne žali, možda zato što nezna izraziti svoje osjećaje. Ja mislim da je on u dubini veoma jak, jer uvijek uspije prevazići trenutke svojih kriza. Ovih dana pripremam balet na muziku Spice Girls (koje on obožava) zajedno sa mojim prijateljicama i Aleksandar nas dolazi gledati i jako se zabavlja. Aleksandar uspije okarakterizirati svaku osobu sa jednom rečenicom ili sa muzikom. Ja sam za njega npr. «Eliksir», jedan televizijski program o zdravlju. Ja mu jako sličim jer i ja kao i on mogu biti dobre ili loše volje, ovisno kako se probudim: doktor Jeckill ili mister Ride! Mene je Aleksandar naučio da uđem u stvarnost našeg svijeta koji nije uvijek napravljen samo od lijepih stvari nego i od ružnih, ali mislim da što je neka stvar ružnija to smo sretniji ako vidimo poboljšanje. Nadam se da će Aleksandar imati predivnu budućnost i da će mu biti lijepo sa svim osobama koje će susresti.

Michela

Za mene je Aleksandar djete kao svi drugi samo što, u njegovom mozgu, njegove «diskete» imaju različiti program od našeg. Ja poštujem Aleksandra jer mu ta različita disketa daje predobru memoriju i mnogo drugih kvaliteta koje mi možda nemamo. Da stvorim odnos sa njim meni je trebalo da napravim «magičnu» grešku i da krivo izgovorim jednu riječ i od tada je krenulo naše prijateljstvo. Ja predlažem da se kaže nastavnicima srednje škole, a pogotovo djeci koja će ići sa njim u razred, koje stvari on voli. Rekla bi im da mu daju pogotovo jako puno pažnje.

Michela

Ja mislim da je Aleksandar djete kao svi mi, samo što odraslim osobama on ne izgleda da je normalan i poneko ga zeza, ali ja i moji prijatelji iz razreda ne želimo da se to događa. Aleksandar se jako promjenio: sjećam se da je prve godine škole želio biti u sobi sam jer je mrzio buku. I danas dok jedemo zna reći «smanjite volumen na minimum», ali taj problem je uglavnom prevazišao. Sada ide još uvijek u tu sobu ali samo kada je ljut i pogotovo kada treba raditi aktivnosti koje su drugačije od naših. Kada sam bila mala ja sam ga nastojala izbjegavati jer je on imao ozbiljnih problema ali sada sam razumjela da smo mu mi potrebni.

Alice

Ja sam upoznao Aleksandra ove godine, ali mislim da je on puno napredovao jer su mi ispričali da je u prvom razredu urlao i nije htio raditi, sada radi puno. Ja dolazim kod njega da se igramo i da pričamo i on me gladi po ramenu. Aleksandar nas je naučio da nesmijemo zezati druge. U budućnosti ja se nadam da će ozdraviti.

Simone

Kada je Aleksandar sretan zabavlja nas sa svojim smijanjem. Ponekad bi želio da nije tako agresivan i htio bi da ne pita uvijek osobe kakvo auto imaju i kakve je boje. Ponekad sam nastojala da ga umirim tijekom njegovih kriza. Jednom smo otišli ja i Gianluca kod njega kući i primjetila sam da je bio jako sretan. Htio se razuzdati, izraziti svoje emocije i dati nam do znanja da mu trebamo.

Marzia

Odnosi sa roditeljima djece iz razreda

U početku, nije falila od strane nekih roditelja, zabrinutost zbog uključenja djeteta «sa problemima» u razred. To je bilo uzrokovano zahtjevom «da se zaštiti mirnoća» njihove djece. Ubrzo je zabrinutost dala mjesta raspolaganju svih da se shvate Aleksandrove poteškoće i da poštuju njegove potrebe. Svi roditelji imali su dokaze ljubavi: pozivali su djete na rođendanske proslave njihove djece (iako je Aleksandar učestvovao samo u nekoliko prilika, uspijevajući prevazići njegov prirodni «strah» od zabava); organizirali su izlete za vikend nastojeći prilagoditi situacije djetetovim potrebama koje su nekad veoma posebne. Ponekad su neka djeca bili gosti u Aleksandrovoj kući i «pažljivi» prijatelji u igri. I to je bila jedan uspjeh djeteta koje, uglavnom ne prihvaća interferencije osoba u privatnom životu sa kojima se druži u ostalim ambijentima.

Na kraju školske godine, mnogi su roditelji izrazili svoje zadovoljstvo kada su shvatili značajne napretke koje je napravio Aleksandar pogotovo na polju odnosa sa drugima.

POGLAVLJE 4

Autizam u odrasloj dobi

Šta se dešava autističnoj djeci i mladima kada postanu odrasli? Koji su razvojni profili i metode liječenja? Teška pitanja koja često plaše roditelje sve dok nisu primorani da se suoče sa razvojnim prijelazima. To su pitanja koja nas tjeraju da uzmemo u obzir mnogo nijansi u nadi da će se pronaći uravnotežena rješenja.

U biti, kao što smatraju autori teksta koji slijedi, «s obzirom na dosadašnja poznanstva, izolirati pojedine komponente autizma i napraviti od njih ključno pitanje ili esenciju autizma jest krajnje neznanstveno. Pažnja kod takve teme jest obavezna. U autizmu ne postoje ni eziološke pretpostavke niti metode tretmana koje su adekvatne za svih. Granice autizma su, na poslijetku, kontroverzne i u konstantnom razvoju. Debata je otvorena, svaka pretpostavka otvara nove perspektive u istraživanjima i istovremeno nastoji, u tako nepoznatom polju punom boli i potreba za sigurnošću, kreirati skematičnost».

U ovom poglavlju predstavljamo neke značajne djelove opširnog članka Francesca Barale i Stefanie Ucelli koji je posvećen upravo temi odrasle dobi, posebno se koncentrirajući na onim djelovima koji opisuju najbitnije problematike vezane uz prijelazno razdoblje od puberteta u odraslu dob (posljedice u obitelji, klinički razvoj, ishodi različitih tretmana, kliničke tipologije koje su najčešće kod odraslih autista).

Autizam u odrasloj dobi: razvojni profili i načini liječenja

1. Šta se dešava sa autističnom djecom kada odrastu?

Sam pubertet i prijelaz iz puberteta u odraslu dob je veoma problematičan za autistične osobe i njihove roditelje.

Brojni autori (Gillberg, 1984; Rutter 1970; Kanner 1972; Kobayashi 1992) ukazali su na pogoršanje u pubertetu, a to se odnosi na barem 30% mladih autista: naizgledan gubitak ponekih usvojenih sposobnosti, inercija, pasivnost, gubitak jezičnih i društvenih sposobnosti, povećanje epizoda iritantnosti i nemotivirane auto agresivnosti (krize tantruma).

Neki autori govorili su, u tom smislu, o «neurološkoj regresiji», konceptu koji uopće nije jasan. Jasnija je činjenica da se u pubertetu često pojavljuje epilepsija koja je do tada bila nepoznata.

Tema autizam/epilepsija tradicionalno je kontroverzna i postala je nedavno ponovno aktualna nakon nekih opservacija koja su povezala simptome i fenomene koji tradicionalno pripadaju kliničkoj slici autizma (npr. nepredvidljivi ispadi iritantnosti i autoagresivnosti kao posljedica izmjene rutine) sa EEG abnormalnostima (Ollson i Gillberg, 1998).

Poznato je da jedan dobar postotak autista, ukoliko ih se prati do odrasle dobi, prije ili kasnije ima epileptičke manifestacije (i u ovom slučaju postotak je u rastu: 18% u slučajevima Kanner; 25% u slučajevima Maudsley Ruttera, 1970; jedna trećina u najnovijim studijama Gillbera i Steffemburga).

Puno je veći postotak autista koji imaju EEG alteracije koje nisu klinički izrečene (i do 50% u proširenim studijama Tsai na kraju osamdesetih godina). Taj postotak impresivno raste: što je detaljnije istraživanje, to je veći broj registracija, pogotovo ako se one rade u različitim stanjima svijesti (java, san), do više od 80% u studijama Smalla (1975).

I Rutter (1970) i Gillberg & Steffenburg (1987) naglasili su dva «vrhunca» pojavljivanja epilepsije kod autizma: u djetinjstvu i u pubertetu. Autisti koji imaju i dijagnozu mentalne retardacije su još više izloženi (žene izgleda više od muškaraca, Gillberg i Steffenberg, 1987). Ali epilepsija se može pojaviti i kod mladih autista sa normalnom inteligencijom.

No ovi neurološki aspekti nikako nisu dovoljni kako bi se objasnile poteškoće vezane za prijelaz iz puberteta u odraslu dob kod autistične osobe. Neurobiološka osjetljivost (od koje su na kraju krajeva i epilepsija i autizam izraz) je samo bazični uvjet. Autisti u pubertetu i u odrasloj dobi postaju samo bolno svjesni svojih poteškoća.

Ne samo oni «high functioning» ili oni koji su «verbalniji» i u stanju da direktno izraze svoje osjećaje tuge u odnosu na potrebe za prijateljstvom i druženjem (Wing, 1983), već i ostali. Apsurdno je misliti da gdje ne postoje govorne sposobnosti ne postoji niti subjektivnost i poimanje sebe. Tko ima iskustva sa olakšanom komunikacijom uostalom (metoda koja je zasigurno delikatna i kontroverzna, koja se sigurno ne preporučuje u svim slučajevima, čak štoviše možda u manjini), zna da i kod mladih autista iako imaju slabe govorne sposobnosti dolazi do izražavanja boli zbog percepcije sopstvenih poteškoća i različitosti. Često se mladi i odrasli autisti deprimiraju.

Ali pubertetski proces općenito je sam po sebi traumatičan za mlade autiste. Cijeli mentalni sklop pubertetskog procesa je labilan: sustav osobnih identifikacija je neadekvatan, introspekcijski procesi veoma ograničeni. Mentalni sklop autističnih osoba nespreman je da prihvati značenje i integrira instinkte. Taj težak i konfliktualni proces deinvesticije, emancipacije od unutarnjih i vanjskih odnosa, ponovno ulaganje, usvajanje novih identifikacijskih slika, u potrazi za novim samostalnim identitetom koji je pubertet, u slučaju autizma izgleda gotovo nemoguće. Ali i pristup «društvenom okruženju» i pubertetskim problematikama (društvene šeme, zajedničke predočbe, grupa vršnjaka), čija je važnost općepoznata, je u ovom slučaju nemoguć. U takvim uvjetima pubertet riskira da bude isključivo element dizorganizacije te da obnovi onu prvobitnu patologiju «sebe» koja je, sa psihodinamičke točke gledišta, autizam.

Upravo su zbog toga kod autističnih pubertetlija naglašeni primitivni obrambeni mehanizmi (rastavljanje iskustva, izoliranost, zatvorenost, deinvesticija, potreba za samopćom) i zbog toga su interiorizacije do kojih se došlo stavljene na veliku kušnju.

Uz ostalo, jednom kada je završen težak period pokušaja školske inkluzije, mlada autistična osoba nalazi pred sobom prazninu: prazninu tretmana, simboličku prazninu, prazninu perspektive života.

Ali i za roditelje ovo je raskršće teško. Žalost «mračnog» djeteta, djeteta koje je moglo biti, koje nije i koje nikada neće biti, jest beskrajna žalost, iz brojnih psihodinamičkih razloga koje ne možemo ovdje objasniti. To je žalost koja se obnavlja dan za danom. A prijelaz iz puberteta u odraslu dob jest posebno bolan.

Prije svega, i najinformiraniji roditelji o ozbiljnosti dijagnoze, čak i oni koji znaju više ili manje sve o autizmu, vide sada direktno kako su razvojne igre u najvećem djelu već napravljene. A to se veoma razlikuje od teorije. Istovremeno se povećaju i zahtjevi za prilagođavanjem (ako ništa zbog toga što se više ne radi o maloj djeci: problematično ponašanje sve je teže za savladati). Smanjuju se ili kompletno nestaju strukture i školski tretmani: jednom kada izađu iz polja dječje neuropsihijatrije odrasli autisti nailaze na prazninu. Nestaje čak i dijagnoza.

Dijagnoza autizma još nije predviđena u Italiji na psihijatriji odraslih: važeći nosografski kodeks koji se koristi u otpusnicama bolnice je onaj iz ICD 9.

No svejedno, pridjev «dječji» koji specificira autizam (pridjev koji je nestao u DSM IV, neznam dali su svi to opazili koji ne govori više o «dječjem autizmu», već o «smetnji autizma») znači

samo da problem tamo počinje, a ne da se kasnije pretvara u nešto drugo. Dijabetes kod mladih ostaje dijabetes i kada odrastu. Autizam, još uvijek, ne.

Ali ne radi se samo o pitanju terminologije. Čak štoviše to je veoma simboličko pitanje. Sa «imenom» nestaje i sama «stvar», nestaje i svijesnost psihijatra i zdravstvenih institucija.

Psihijatri naime, općenito ništa o toj smetnji neznaju; tretiraju to sa šemama od prije 20 ili 30 godina; za njih je autizam jedan od najbitnijih Bleulerovih fenomena šizofrenije sa vrlo ranim pojavljivanjem i velik dio njih su, zbog tradicije i zbog neznanja, uvjereni o «psihogenezi». Pomanjkanje informacija je naime impresionirajuće, bez obzira na to da je autizam, na neki način, vrsta pete dimenzije psihijatrije. Stoga se pred odraslom autističnom osobom nalazi zastrašujuća praznina simboličkih saznanja i tretmana.

Veoma dobro znam da postoje tzv. CSE. Naša grupa već nekoliko mjeseci vodi savjetodavnu službu i superviziju u CSE-u iz Pavie i poznajem trud i odlične stvari koje nastoje napraviti Direktor i odgajatelji koji tamo rade.

Ali unatoč tom trudu, te strukture ostaju namjenjene općenito hendikepu i u njima je gotovo nemoguće organizirati tretman koji bi bio u stanju da odgovori na specifične karakteristike autističnog poremećaja.

Ne radi se samo o problemima individualiziranog plana i programa, o *assessmentu*, o tehničkim instrumentima, o boljem poznavanju specifičnih metoda...

Problem je u tome što su te strukture osmišljene i doživljavane kao mjesta, u najboljem od slučajeva, «zabave» ili, brutalnije, kao «drive – in» u kojima mladi «provode svoje vrijeme igrajući se».

Kada govorimo o praznini tretmana mislimo na prazninu tretmana koji se odvijaju u evolucijskoj perspektivi, koji su osmišljeni u odnosu na odrastanje i smisao onog što je život odrasle osobe. Autisti nisu vječna djeca i često imaju veliku svijesnost (možda ne uvijek verbalnu) o svojem stanju. Odrasti znači završiti studije, pronaći posao, ići živjeti samostalno, oženiti se, imati djecu... Sve je to, u gotovo svim slučajevima, nepristupačno odrasloj autističnoj osobi. Pitam vas samo na trenutak da pokušate zamisliti što to znači za roditelje i koliko je tjeskobe iza svega toga.

Cijeli proces razdvajanja i osamostaljivanja je sam po sebi veoma problematičan za autističnu osobu: to je dio patologije. Ali u svakom slučaju, prazninu koju roditelji vide ispred njihove djece pospješuje preveliku uključenost koja zasigurno nije dobra: velika identifikacija sa aspektima djeteta koje ne zna ili ne može odrasti i normalno se razvijati, djeteta koje mora preživjeti pod svaku cijenu jednom kada roditelji prestanu postojati i biti protektivni.

Fantazija koja se razvije kod roditelja je nemogućnost njihovog autističnog djeteta da ponosno proživi nakon njihovog odlaska. To nije problem projektivne kontraindikacije. Roditelji imaju realističnu percepciju koliko su oni u stvari neophodni za mentalno preživljavanje njihova djeteta i koliko su alternative koje postoje nevjerodostojne.

Niti jedan psihoterapeutski tretman, niti jedan *counseling* ne može dozvoliti da se odvoje od te smrtonosne ideje budući da u stvarnosti ne postoje tretmani i mjesta njege koji bi bili vjerodostojni u tom nemogućem procesu razdvajanja i odrastanja. Ali, kako bismo mogli reći, nešto bi se moglo učiniti.

2. Ali koja je klinička evolucija autizma u odrasloj dobi? I koja je prognoza?

Jednom kada prođe pubertetska turbolencija, mnogi simptomi se umanjuju, poneke kompetencije (posebice jezično – komunikacijske) mogu se poboljšati (pogotovo ukoliko je kontekst adekvatan). Pa tako i proces usvajanja osobnih sposobnosti, uvijek ukoliko je kontekst adekvatan, može se dugo nastaviti.

Ali krenimo od podataka.

Općenito, *outcome* studije nisu dovoljno optimistične i poništavaju najoptimističnija predviđanja Kanner i Aspergera, čiji slučajevi, po današnjim kriterijima, nisu uopće teški. Tko krene proučavati literaturu *outcome* studija o autizmu ima, između ostalog, impresiju da se radi o ogromnoj konfuziji. Te studije započinju veoma rano, početkom pedesetih godina (Eisemberg). I sam Kanner je opisao evoluciju njegovih slučajeva (1971) iz 1943 godine. Rezultati variraju i zato što variraju i kriteriji inkluzije, dijagnostički kriteriji, evaluacije rezultata koje su tada postojale. Studiji na populaciji su malobrojni i počinju tek krajem sedamdesetih godina: Lotter 1974, 1978.

A da ne govorimo o tome kada se radi da je cilj evaluacija efikasnosti ove ili one metode tretmana. Ne postoji ta metoda koja na svojim slučajevima ne dokazuje da je efikasna. Ukoliko, da skratimo, sve to stavimo sa strane i baziramo se samo na najvjerodostojnijim i najjednostavnijim podacima možemo ukazati na neke sigurnosti:

- a) najveći broj autista neće nikada biti samostalni. Mnogi će uvelike napredovati u mentalnom i društvenom funkcioniranju, ali će veoma malen broj njih postati samostalan. Jedino po čemu možemo predviđati takvo što je IQ i postojanje komunikacijskog jezika u petoj godini života. Iako se dijagnoza autizma odnosi na osobe sa svim mogućim stupnjevima IQ, 75% njih ima bitnih kognitivnih poteškoća, a 50% ima IQ ispod 50. Dok je prognoza samostalnosti kod autista sa teškom mentalnom retardacijom gotovo nevarirajuće mala, onih preostalih 20% varira više. Ali u u toj grupi samo manjiina dostigne efektivnu samostalnost. Gotovo svi odrasli autisti imat će dakle potrebu da žive u zaštićenom kontekstu.
- b) Teško je odrediti odnos između tipologija tretmana i rezultata. To je delikatna stvar i lako se desi nesporazum. Znači: razvojni pravac izgleda da je relativno neovisan o tipologiji tretmana. To, paradoksalno važi pogotovo za one slučajeve koji napreduju: studija Lotterove populacije dala je 8% odličnih rezultata, ti slučajevi su uistinu mogli biti samostalni. U tih 8% slučajeva bilo je autista koji su imali različite tretmane, dok velik broj njih nije imao nikakve tretmane (ali zasigurno niti jedan od njih nije bio napušten).

To znači da je Pinel bio u pravu u odnosu na Itarda u poznatoj debati o divljem djetetu iz Aveyrona? Da je stvar samo u «prirodi», odnosno u razvoju, u neurobiološkoj organizaciji i dizorganizaciji koji napreduju sami za sebe?

Naravno da ne. Oboje su bili u pravu, i Pinel i Itard.

Tipologija tretmana utječe na fizijonomiju olakšanih sposobnosti i kompetencija.

Bihevioralnim tretmanom postići će se određene sposobnosti. Tretman koji je usredotočen na psihodinamičke aspekte razviti će neke druge efekte... Naravno da je lakše evaluirati bihevioralne ciljeve u odnosu na neke druge (je li naučio ili nije koristiti nož?). No nije rečeno da su to najvažniji ciljevi. Problem evaluacije zasigurno se ne može izostaviti.

U svakom slučaju hendikep nesmiemo tretirati kao statičku stvar, po principu «sve ili ništa», već kao skup funkcija od kojih treba tražiti tragove kako bi se ih potaknulo da napreduju dokle je moguće i na načine na koje je moguće.

Nadavne austaralske studije o «teoriji uma», na primjer, pokazuju kako sposobnost «teorije uma» nije tek čista prirodna stvar: što se više odnosimo prema autističnim osobama kao prema osobama i potencijalnim sugovornicima sa kojima imamo skup zajedničkih značenja, to se više oni razvijaju, pa makar i sa bezbroj poteškoća, u smislu teorije uma. A što se više odnosimo prema njima kao prema osobama koje nemaju razumjevanja i kompetencija u odnosima to će se više tako ponašati i to će manje nastojati razviti teoriju uma. Bilo koji psihoedukacijski pristup trebao bi imati na umu ovu očiglednost (koja nažalost nije uvijek tako očigledna).

A pogotovo izgleda da je evolucijski pravac, globalno gledano, u odnosu ne toliko sa pojedinačnim tipologijama tretmana koliko sa konstantnošću, sistematičnošću, trajanjem tretmana, sa njihovom unutrašnjom koherencijom, sa sposobnošću da se stvori i održi afektivna podrška autističnoj osobi. I to je varijabla koja čini razliku. Ukoliko takvo konstantno i koherentno osposobljavanje postoji, autistične osobe mogu nastaviti svoj put odrastanja. Ukoliko toga svega nema ili nije nikada bilo organizirano rezultati su užasni.

U zaključku ovog paragrafa treba svakako napomenuti da se tijekom zadnjih godina počinju pojavljivati dokazi o boljoj prognozi: što više rastu saznanja o autizmu, što se više razvijaju tretmani u najranijoj dobi, što se više pristupa problemu na pragmatičan i manje ideološki način i, treba i to napomenuti, to više propadaju psihogenetske mitologije. Prerano je da bi se reklo da li i u kolikoj mjeri strategije osposobljavanja u autizmu mogu izmjeniti prirodni tijek tog poremećaja. Ali sigurno je da neka vrsta optimizma («dobre volje») nalazi svoj put u svemu tome. Primjera radi: onaj tko je imao prilike posjetiti poljoprivredne komune diljem Evrope, o kojima će biti riječi, ne može ne biti pogođen činjenicom da su se smanjila problematična ponašanja, kao i kvalitetom života i kompetencijama koje uspiju usvojiti autistične osobe u takvom ambijentu. Što se više obogaćuje kultura autizma, što se manje bazira na ideološkim osnovama, to više postaje evidentna potreba za integracijom najboljih aspekata koji proizlaze iz različitih pristupa i tradicija.

Još jedna zadnja opaska što se tiče razvoja. Kako smo već rekli, pogotovo kod 20% autista high functioning, razvoj je najrazličitiji. U nekim je slučajevima odličan (P. Howlin, 1998. govori o autistima koji su se oženili). Ali upravo razvoj najboljih slučajeva paradoksalno dovodi na vidjelo neke bitne značajke autističnog poremećaja, one koje sačinjavaju njegovu bit. Vjerujemo da svi poznajete poznati slučaj Temple Grandin (koju je opisao i O. Sacks u «Antropologiji na Martu»). U jednom intervjuu od prije koje godine na engleskoj televiziji, Temple Grandin, bivša autistična djevojčica koja je danas profesor na Univerzitetu, pokazala je snažnu istančanost u opisivanju svoje priče i svojih poteškoća, pokazala je i beskrajni sram prema svemu onome što ima neke veze sa intimom i sa sferom osjećaja.

3. Koje su, naposljetku, tipologije koje prevladavaju kod odraslih autista?

Odrasli autisti se grupiraju u tri osnovne tipologije koje je opisao L. Wing početkom osamdesetih godina i koje su kasnije potvrdila švedska istraživanja: a) grupa koja je okarakterizirana sa izoliranošću i društvenom izbjegavanju (50%); b) grupa u koju spadaju prijateljski nastrojeni i pasivni pojedinci koji su rado u društvu ukoliko to ne remeti njihovu rutinu; c) grupa pojedinaca koji su aktivni i bizarni sa neadekvatnim društvenim ponašanjem.

Svaka od tih tipologija ima svojih problema. Sa stajališta diferencijalne dijagnoze, u nedostatku poznate povijesti autizma, prva grupa je ona koja ima najveći kontinuitet sa klasičnim opisom autizma. Za drugu grupu često se postavlja diferencijalna dijagnoza sa lakšom mentalnom retardacijom, dok bizarno ponašanje kod pripadnika treće grupe utječe na to da su oni često etiketirani kao psihotični šizofreničari i sl.

Ova nas konstatacija uvodi na zadnji argument o kojem smo htjeli govoriti, a to je diskontinuitet/kontinuitet autizma kod odraslih osoba sa pridruženim drugim psihijatrijskim smetnjama.

Pogotovo onih sa šizofrničnom tipologijom smetnji, sa šizoidnim smetnjama ličnosti i sa spektrom Doc-a.

Navesti ću samo nekoliko značajki što se tiče kontroverznog problema «autizam/šizofrenija». Kako je poznato ta asocijacija u izvornom obliku (i Kanner i Asperger su izmjenili taj koncept uzevši ga iz Bleulerovog autizma) bila je izvor velike konfuzije. U posljednje dvije decenije prevladavajuća ideja bila je ta da treba jasno odvojiti te dvije sfere. Ustvari to je u neku ruku

postalo obavezno. Postojali su klinički, demografski i genetski argumenti koji su podržavali to nastojanje.

Istraživanja koja su se sprovodila sedamdesetih godina (Kolvin, 1971) ukazivala su na to da ne postoji veća prisutnost šizofreničkih poremećaja kod članova obitelji autističnih osoba. Ukoliko su i postojale neke smetnje, one su bile afektivnog tipa. U nastojanju da se odbaci ta povezanost veliku ulogu odigralo je i odbijanje psihijatrijske grane koja je i dalje povezana sa tom asocijacijom (iz istih je razloga izašao iz upotrebe i termin «dječja psihoza»).

Problem je u biti kompliciran i ukoliko postoje dobri razlozi da se ova dva koncepta razdvoje, pomna analiza literature ne dozvoljava nam da dođemo do tako drastičnog zaključka. Osobito ukoliko uzmemo u obzir Aspergerov sindrom i high functioning autizam (kod kojih je prisutna i veća prisutnost psihotičkih poremećaja i šizoidnih poremećaja ličnosti).

Uz ostalo, cijeli jedan niz studija o šizofreniji koji je orijentiran ka neuroevolucijskoj perspektivi, ustanovio je postojanje neurološkog razvojnog poremećaja kod nekih podgrupa šizofrenije koji nastaje puno prije pojavljivanja šizofrenije. Ta konstatacija uvelike je oslabila najosnovnije argumente po kojima bi autizam i šizofrenija trebale biti odvojene.

Šta činiti?

Razvoj autizma u odrasloj dobi je dakle veoma različit. I tipologije tretmana trebale bi biti diferencirane. Čudno je pričati o tome u jednoj zemlji kao što je Italija, koja je po tom pitanju toliko zaostala. Stoga ćemo se odnositi na iskustva ostalih zapadnjačkih zemalja.

Trebalo bi imati na umu neka osnovna obilježja autizma.

No i ovdje treba odmah napraviti jednu distinkciju, služeći se distinkcijom Jordana i Powella (1995) između «kompenzacijske» i «rehabilitacijske» filozofije tretmana, odnosno između one filozofije tretmana koja želi kompenzirati poremećaj nastojeći prilagoditi autističnu osobu ambijentu koji je kreiran za tu situaciju i onih filozofija tretmana koji ne odustaju suočiti se sa srži autizma i sa poremećajima u komunikaciji i poimanju sebe. Očigledno je da se radi o apstraktnim polovima, koje su na različite načine isprepleteni u pojedinačnim tretmanima. Raditi na prilagođavanju ponašanja ne znači uvijek i isključivo zapostaviti pojedinca i obrnuto. Što se tiče tipologija tretmana: jasno je da bi se odrasla osoba sa autizmom high functioning i koja je razvila visoke društvene kompetencije mogla vrlo dobro uključiti u mrežu dnevnih centara (ukoliko ona postoji), možda i koristiti zapošljavanje uz podršku (ukoliko je ono predviđeno u socijalnoj politici neke zemlje) i u nekim slučajevima živjeti u strukturama uz podršku.

Ali to se tiče svejedno jednog veoma niskog postotka autistične populacije (za koje u drugim zemljama i postoje takva iskustva).

A ostali?

Možemo razlikovati u Evropi i SAD-u tri osnovne tipologije najzaštićenijih tretmana: domove za autiste, stanove sa podrškom za autiste i stanove sa podrškom za korisnike sa kombiniranim poremećajima. Svaka od tih tipologija ima problematika, prednosti i specifičnih poteškoća koji su opisani u literaturi koja već nekoliko godina postoji (Morena 1996; Howlin 1998; Mesibov i Handan 1997; Van Bourgondien i Reichle 1997; Barale i Ucelli 1998).

Diskutirati o svemu ovome je ovdje nemoguće.

Limitirati ćemo se na nekoliko konstatacija, pa stoga na tipologiju tretmana koja nas je najviše zainteresirala, onu kojom se već neko vrijeme bavimo i putem posjeta iskustvima diljem Evrope. Radi se o iskustvu koje nastojimo organizirati u Pavii. Naime riječ je o poljoprivrednim komunama.

Pokret «farm communities» za autiste nastaje krajem šezdesetih godina (sa nekim pretećama kao pokret Camp Hill od Steinera koji više nalikuje modelu «kombiniranih» komuna) i razvija se od 1970. god. u cijelom zapadnjačkom svijetu (Italija i Grčka su možda jedine zemlje u

kojima takva iskustva ne postoje). Komune su promovirane obično od strane nekih udruga i organizacija te od strane grupa roditelja. Sreća i interes koji je oko njih nastao ovisi o njihovim obilježjima koja su posebno adekvatna za sljedeće potrebe:

- stvaranje mjesta života, rada i njege koja su zaštićena, uredna, koherentna, a koja su istovremeno bogata stimulacijama i mogućnostima proživljavanja značajnih radnih iskustava. Mjesta dakle u kojima se mogu poštivati potrebe za koherentnošću, stabilnošću, konstantnošću itd., a za koje svi oni koji se bave rehabilitacijom u autizmu, znaju da su osnovne;
- mjesta na kojima se raznovrsni psiho edukacijski, terapijski, rehabilitacijski tretmani ne odvijaju u nekakvoj apstraktnoj, fragmentiranoj i demotivirajućoj dimenziji, već u «prirodnom settingu», odnosno one su veoma artikulirane i u iskustvu života i posla i u provođenju slobodnog vremena;
- mjesta za «odrasle», što znači mjesta života i posla, iako zaštićena, nisu ponavljanje dječjih šema, to nisu «vrtići za odrasle koji ne mogu odrasti», već su to prostori odraslog života;
- u njima tema posla ima centralnu važnost. Lepeza mogućih aktivnosti u koje možemo uključiti autistične osobe, ovisno o pojedinačnim obilježjima, sposobnostima i poteškoćama, jest u poljoprivrednim komunama uistinu široka. U svakom slučaju radi se o poslu koji je značajan, čiji se plodovi i rezultati vide sa vremenom;
- ugodna i sigurna mjesta u kojima autistične osobe mogu dobro živjeti i nakon odlaska njihovih roditelja uz pomoć kojih će se pokrenuti težak proces odvajanja još prije, pripremajući autistične osobe na rastanak do kojeg će prije ili kasnije doći;
- Razne poljoprivredne komune za autiste imaju obilježja, povijest, strategije tretmana i filozofije koje mogu biti veoma različite. Giddan i Giddan (1993) su detaljno opisali najvažnija evropska iskustva.

Mnoga od tih iskustava postala su, sa vremenom, prirodni laboratoriji ne samo o «šta činiti» za autizam, već za samu prirodu iskustva autizma, iako mnoga od tih iskustava nisu ušla u znanstvenu literaturu. Ali zato postoji interesantna pisana i video dokumentacija (Cordes 1997; Bourdely 1990, 1997).

Upravo nastojimo sakupiti i dokumentirati takva iskustva diljem Evrope, kako bismo vidjeli na koji način organizacijski odabiri, unutrašnji artikulacija i odabiri tretmana utječu na kvalitetu života korisnika i na afektivnu i emotivnu atmosferu komune (osnovni sastojak, kao što je općepoznato, svakog terapijskog – rehabilitacijskog tretmana koji se odvija u komuni).

U svim komunama koje smo do sada posjetili ili o kojima imamo dokumentaciju, došlo je do značajnog kliničkog poboljšanja kod korisnika, sa bitnim smanjenjem problematičnih ponašanja i korištenja lijekova.

Fondacija «Roditelji za Autizam» (Pavia) zakupila je jednu bivšu poljoprivrednu hacijendu, u zoni koja je veoma lijepa i adekvatna cilju. Trenutno je u fazi obnove i to je prvo talijansko community farm iskustvo, zahvaljujući projektu kojeg su izradili članovi Laboratorija Autizma pri Fakultetu Zdravstvenih apliciranih i psihobiheviornalnih, Sveučilišta u Pavii.

Naš projekt nastoji integrirati sva najnovija saznanja na polju psihoedukacijskih tretmana. Bazira se na ideji da je autizam, bez obzira na utjecaj pojedinačnih faktora (genetskih, bioloških, neuropatoloških...) i bez obzira na njegovu etiologiju (koja je vjerovatno heterogena i multifaktorijalna), t naposljetku problem koji se odnosi na isprepletenost aspekata poremećaja, afekta, odnosa, odnosno biopsihosocijalne ujedinjenosti čovjeka.

Svako nerazumijevanje u pristupu problemu može dakle imati devastirajuće efekte u razumjevanju i tretmanu autizma kao kompleksnog ljudskog stanja.

Stoga smatramo da niti jedno ozbiljno rehabilitacijsko iskustvo kod autizma ne može i ne mora funkcionirati isključivo «iz vana», bez da pri tome konstantno nudi autističnoj osobi značajna iskustva (sa svom problematičnošću razumijevanja značaja tih iskustva od strane autistične osobe).

Konstantno vrednovanje mogućnosti i sposobnosti u komunikaciji autističnih osoba, pažnja prema smislu njihova iskustva i njihovih poteškoća jesu dakle u prvom planu, a to nije u opoziciji ili kontradikciji sa strategijama izmjene ponašanja.

I ova tema mogla bi biti opširna i duga. Nakon cijele decenije ideoloških borbi, oni koji se bave autizmom imaju potrebu da integriraju doprinose koji dolaze iz različitih pristupa i disciplina. Nema sumnje da su psiho edukacijski tretmani u posljednje vrijeme doprinjeli tretmanu osoba sa autizmom i samom razumijevanju autizma. Rehabilitacija i osposobljavanje nemaju za cilj samo da eliminiraju ovo ili ono problematično ponašanje ili da se usvoji neka sposobnost. To je prije svega vrednovanje i proširenje svih komunikacijskih i izražajnih sposobnosti kod autističnih osoba. Uostalom integracija između kognitivnih poremećaja i afektivnih aspekata jeveoma važna i još uvijek je to najvažnija tema brojnih debata i istraživanja u tom polju (Sigman i ostali; Hobson, 1993). Ta integracija zahtjeva da se rad sa autističnim osobama zasniva na pokušaju da autistične osobe učestvuju u ljudskom iskustvu kao i na kontinuiranom nastojanju da prepoznaju i integriraju značenje tog iskustva.

Kod autizma postoji poteškoća da se shvati i podijeli iskustvo sa ostalim osobama, da se učestvuje u horizontu zajedničkih značenja. Smatramo da se ne treba napustiti ova duboka jezgra autizma, limitirajući se na kompenzacijske tretmane, već mislimo kako treba nastojati ponovno dohvatiti i vrednovati tragove makar i onih nevidljivih mogućnosti koje su usfalile. U tom nastojanju sastoji se rad sa autističnim osobama kako bi im se omogućio autentično kvalitetniji način života.

Karta prava autističnih osoba

Iz: Autism Europe www.autismeurope.arc.be/

Karta prava autističnih osoba bila je formalno prihvaćena od Komiteta za socijalni rad Evropskog Parlamenta 1993-e godine, i prihvaćena od Evropskog Parlamenta 1996-e godine. Autistične osobe trebaju moći uživati ista prava i privilegije kao sva evropska populacija i to u mjeri njihovih mogućnosti i njihovog najboljeg interesa.

Ta prava treba vrednovati, zaštititi i aplicirati u svakoj državi putem adekvatnog zakonodavstva.

Treba uzeti u obzir deklaraciju SAD-a o Pravima Mentalnih Invalida (1971) i o Pravima Hendikepiranih Osoba (1975), kao i ostale deklaracije o Ljudskim Pravima. Posebice, što se tiče autističnih osoba trebalo bi uzeti u obzir sljedeće:

1. *PRAVO* autističnih osoba na ispunjen i samostalan život u mjeri njihovih sposobnosti.
2. *PRAVO* autističnih osoba na dijagnozu i preciznu kliničku evaluaciju, koja je pristupačna i neparcijalna.
3. *PRAVO* autističnih osoba na pristupačnu i adekvatnu edukaciju.
4. *PRAVO* autističnih osoba ili njihovih predstavnika da učestvuju u svakoj odluci koja se tiče njihove budućnosti i, u mjeri u kojoj je to moguće, u poštivanju i prepoznavanju njihovi želja.
5. *PRAVO* autističnih osoba na sprave, na pomoć i na skrbništvo koji su potrebni kako bi vodili produktivan i samostalan život.

6. *PRAVO* autističnih osoba na plaću ili na alimentaciju dovoljnu da se samostalno izdržavaju.
7. *PRAVO* autističnih osoba na učestvovanje, koliko je to moguće, u razvoju i upravljanju službama koje su ostvarene za njihovu dobrobit.
8. *PRAVO* autističnih osoba na savjetodavne službe i njegu koji su pristupačne i primjerene njihovom mentalnom i fizičkom zdravstvenom stanju i njihovom spiritualnom životu, odnosno na primjerene tretmane i zdravstvenu njegu.
9. *PRAVO* autističnih osoba na obrazovanje koje odgovara njihovim težnjama i na značajan posao bez diskriminacije i predrasuda: stručno obrazovanje i zapošljavanje trebale bi uzeti u obzir individualne sposobnosti i inklinacije.
10. *PRAVO* autističnih osoba na korištenje javnog transporta i na slobodu kretanja.
11. *PRAVO* autističnih osoba na pristup kulturnim, rekreativnim i sportskim aktivnostima te da u njima uživaju.
12. *PRAVO* autističnih osoba da uživaju i koriste sve resurse, službe i aktivnosti koje su na raspolaganju ostatku populacije.
13. *PRAVO* autističnih osoba na seksualne odnose, uključujući i brak, ali bez iskorištavanja.
14. *PRAVO* autističnih osoba ili njihovih predstavnika na pravnu asistenciju te na kompletnu zaštitu osobnih zakonskih prava.
15. *PRAVO* autističnih osoba da ne moraju trpjeti strah ili prijetnju od neobrazloživog zatvaranja u psihijatrijsku bolnicu ili u bilo koju drugu zatvorenu instituciju.
16. *PRAVO* autističnih osoba da ne trpe fizičko zlostavljanje ili terapeutsko napuštanje.
17. *PRAVO* autističnih osoba da ne primaju farmakološke tretmane koji su neadekvatni ili prekomjerni.
18. *PRAVO* autističnih osoba ili njihovih predstavnika na pristup svakom osobnom dokumentu u medicinskom, psihološkom, psihijatrijskom ili edukacijskom polju.

POGLAVLJE 5

Informativni resursi

Ovdje ćemo predstaviti neke informativne resurse koji se odnose na poremećaj autizma. Presentacija je organizirana u tri tipologije:

- Internet stranice
- Specijalizirani Centri
- Udruženja

Internet stranice

Uredili: G.M. Arduino, E. Gonella

Operativna Jedinica Dječje Neuropsihijatrije

Nabrojali smo i opisali najvažnije sadržaje nekih Web stranica koje govore o temi autizma i o nekim drugim Pervazivnim Razvojnim Smetnjama. Što se tiče stranica na engleskom i francuskom jeziku, za prezentaciju smo preveli uvodni dio same stranice (Home Page), dok smo za talijanske stranice, budući da jezik nije predstavljao problem, napravili kratak sažetak osnovnih sadržaja Home Page i opisanih sekcija, dodajući, kada je to bilo moguće, i tip organizacije koja vodi web stranicu. I u ovom slučaju lista je parcijalna ali na internetu ima toliko materijala da bi svaka lista bila ograničena. Putem nabrojanih web stranica moguće je upoznati i ostale stranice koje ovdje nismo uvrstili. Mnoge su stranice posvećene tretmanima i putem interneta je moguće upotpuniti informacije koje se nalaze u ostalim stranicama posvećenim Autizmu i Dječjim Psihozama.

Sljedeće web stranice ažurnirane su u julu, 2000-e godine.

Talijanske web stranice

1. NASLOV: PRISTUP AUTIZMU

<http://www.adhikara.com/autismo.htm>

Jezik: Talijanski

SAŽETAK: ova web stranica promovirana je od strane Udruženja roditelja A.G.R.E.S. – a (Udruženje roditelja za Sportsko jahačku reedukaciju) i ima različitih sekcija. O temi autizma pisali su R. Lucioni i ostali autori, između kojih i oni koji se bave Terapijom Emotivno-afektivne Integracije (EIT), koja se zasniva na psihoanalitičkim smjernicama i smjernicama terapije sa konjima. Ostali članci odnose se na neurofizijologiju i psihodinamiku uma, na edukacijske aspekte i iskustva školske inkluzije. Ova stranica, uz ostalo, predstavlja i «network studija o autizmu i dječjim psihozama» kojeg vodi dr. Lucioni i koji ima terapeutsko asistencijalne i znanstveno divulgacijske težnje.

2. NASLOV: UDRUŽENJE «KONAC SA TORNJA»

<http://www.mds.it/ilfilodallatorre>

Jezik: talijanski

SAŽETAK: to je web stranica Udruženja «Konac sa tornja», koju su osnovale obitelji koje imaju autistično dijete, volonteri i djelatnici. Na tim stranicama prezentira se Evolucijski Integrirani Projekt Autizam, projekt koji ima za cilj da potakne razvoj autističnog djeteta i konteksta u kojima on boravi, sa korištenjem metoda edukacijskog i rehabilitacijskog tipa u teoretskom Sistemsom okviru.

3. NASLOV: UDRUŽENJE ZELENE GODINE. EKSPERIMENTALNI CENTAR ZA AUTIZAM
<http://www.anniverdi.org/autismo.htm>

Jezik: talijanski

SAŽETAK: ova je bila jedna od prvih web stranica na talijanskom jeziku posvećenih autizmu. Radi se prvenstveno o opisu Eksperimentalnog Centra za Studiranje Autizma koji djeluje od 1992-e godine, sa sjedištem u Rimu. Centar nudi različite usluge: dnevni centar u kojem se uz pomoć eksperimentalnih metoda radi na poboljšanju komunikacije i osamostaljenju, i centar ambulante za djecu od 3 do 12 godina. Predviđeni su i višednevni ljetni boravci kao i terapijski vikendi. Centar organizira i obrazovne aktivnosti za djelatnike školskog sektora te nudi informacije obiteljima o autizmu. Na web stranici prezentirane su i neke knjige izdavačke kuće Phoneix.

4. NASLOV: AUTIZAM
<http://members.it.tripod.de/cristina>

Jezik: talijanski

SAŽETAK: prezentiraju se simptomi autizma, dijagnostički kriteriji i problematični aspekti na koje može naići autistično dijete u kući i u školi. Isto tako možemo naći opis ANGSA-e i usluga koje ona nudi.

5. NASLOV: AUTIZAM
<http://www.geocities.com/~lerre/autismo.html>

Jezik: engleski

SAŽETAK: web stranicu je osmislio dr. R. Lucioni, doktor, psihijatar i psihoterapeut, a nudi model rada sa autističnim osobama koji se bazira na Terapiji Emotivno Afektivne Integracije (EIT) koju je on osmislio. Ta se terapija zasniva na psihoterapeutskom edukacijskom modelu «koji se bazira na odnosu» a koji ima korijene u Psihoanalizi (F. Tustin i M. Klein). No ovaj se pristup integrira i sa ostalim rehabilitacijskim i reedukacijskim pristupima. Posebice se koriste metodologije kao što su: muzikoterapija i terapija sa konjima. Terapija sa konjima povijesno je opisana i objašnjeni su njezini terapijski aspekti koje možemo povezati sa razvojem «Self».

6. NASLOV: AUTIZAM I DJEČJE PSIHOZE
<http://www.alihandicap.org/ali>

Jezik: engleski

SAŽETAK: ovo je web stranica o autizmu Operativne Jedinice Dječje Neuropsihijatrije Lokalne Zdravstvene jedinice. Cilj je pružiti informacije različitog karaktera djelatnicima i obitelji. Stranica je podijeljena na različite sekcije: jedan je dio posvećen nosografskim definicijama i klasifikacijama, teorijama, i modelima tretmana. Druga sekcija navodi opću i specifičnu literaturu koja je podijeljena po argumentima sa posebnom pažnjom posvećenom

na talijanskuliteraturu. Treća sekcija odnosi se na web stranice i autizam, općenito. Još jedna sekcija na poslijetku pruža korisne informacije različitog tipa koje se odnose na dnevne centre, udruge, udruženja i ostale institucije.

7. NASLOV: AUTIZAM U MREŽI

<http://www.autismoirete.org/>

Jezik: talijanski

SAŽETAK: ovu web stranicu kreirao je i vodi ju Graziano Masia i njegova žena, roditelji autističnog djeteta kojemu je posvećen jedan dio stranice pod nazivom «Dario». Ova stranica želi olakšati razmjenu informacija i komunikaciju između svih ljudi koji su zainteresirani za autizam, služeći se Chat-om i Autism Mailing Listom. Predstavljani su i brojni dokumenti o autizmu kao i razni članci i argumenti na tu temu. Isto tako postoji i lista linkova. Bitno je napomenuti da postoji sekcija «Istraživanja», u kojoj su predstavljeni formulari za popunjavanje kako bi se prikupili statistički podaci.

8. NASLOV: AUTIZAM ON-LINE

<http://autismo.inews.it>

Jezik: talijanski

SAŽETAK: to je jedna od najnovijih talijanskih web stranica i osmišljena je kao priručnik ili kao Vodič kroz praksu za roditelje. Cilj ove stranice je da pruži općenite informacije o autizmu polazeći od definicije sindroma pa do rehabilitacijskih terapija i normi o hendikepu uopće. Koriste se saznanja i znaja roditelja koja su stečena direktno u praksi sa svojom djecom, i suradnja stručnjaka za pitanja tehničke prirode. Tematske jedinice koje nalazimo na ovoj stranici: šta je autizam, test za najranije dijagnoze, patologije povezane sa autizmom, farmakološke i rehabilitacijske terapije, znanstveni članci i kongresi, korisne adrese. Postoji i lista talijanskih Centara za autizam koja je podijeljena po Regijama.

9. NASLOV: AUTIZAM TRIVENETO

http://nautilus.ashmm.com/autismo_triveneto/autismo_triveneto.htm

Jezik: talijanski

SAŽETAK: ovu su web stranicu osmislili roditelji pridruženi Autisme Europe, Autismo Italia i ANGSA-i, a to su udruženja roditelja u Italiji. Stranica predstavlja iskustva u praksi na području Triveneta. Između publikacija koje su predstavljene možemo naći i deklaraciju prava autističnih osoba, dokument Ninds o autizmu, Deklaraciju iz Venecije od International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Profession. Možemo naći i materijal vezan uz Program TEACCH, opis i definicije autizma, i ponešto o zdravstvenim i biološkim aspektima. Isto tako postoji i kratak opis sekcije Autisam Triveneto i udruženja autizma Italije. Na stranicama možemo dobiti informacije o kongresima i o stručnom obrazovanju u Italiji.

10. NASLOV: AUTIZAM. TERAPIJA RODITELJA OMOLOGO

<http://space.tin.it/scienza/vvolpi/it/Autismo2.html>

Jezika: talijanski

SAŽETAK: ovu web stranicu osmislili su Maria Casiraghi i Giovanni Ponzoni, znanstvenici u CIRSOPE – u («Autizam: terapija sa roditeljem. Terapeutska akcija roditelja u tretmanu autističnog djeteta»). Autizam je ovdje sagledan iz perspektive psihoanalitičkog istraživanja, polazeći od mentalne bolesti pa do mentalnog zdravlja. U članku je ukratko opisano kako se suočavamo sa situacijom, kako se organizira tretman i koji su osnovnu parametri na kojima se bazira njegovo trajanje.

11. NASLOV: AUTIZAM. EDUKACIJA AUTISTIČNOG DJETETA

<http://geocities.com/EnchantedForest/Cottage/8346/>

Jezika: talijanski

SAŽETAK: web stranicu je osmislio Antonio Rotondo, odgajatelj sa dugim iskustvom u polju autizma i mentalne retardacije i nudi pomoć onima koji žele produbiti znanja o efikasnim edukacijskim strategijama u podučavanju autističnih osoba i u rješavanju njihovih problema u ponašanju. Dokument je podjeljen u tri tematske sekcije: savjeti za edukaciju, podučavanje autističnog djeteta, najčešće poteškoće. Uz to se pruža kratak opis literature iz edukacijskog polja.

12. NASLOV: DJECA I AUTIZAM

http://utenti.tripod.it/bambini_e_autismo/

Jezik: talijanski i engleski

SAŽETAK: ovo je web stranica Fondacije Djeca i Autizam, a to je Centar iz regije Friuli Venezia Giulia koji je specijaliziran o autizmu. Osmislio ju je bračni par koji radi u sferi psihopedagoškogounselinga. U Centru radi team specifičnog rada i težnja mu je da pomogne obiteljima autističnih osoba da prevaziđu poteškoće koje ta smetnja podrazumijeva. Stranica stavlja na raspolaganje svoju iskustva odgajatelja iz Centra, pruža informacije o aktivnostima Fondacije i Centra i informacije o seminarima i kongresima, te o aktivnostima volonterskog rada u sferi Fondacije.

13. NASLOV: CENTAR ZA STUDIJE O OLAKŠANOJ KOMUNIKACIJI

<http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/2576/pagina1.htm>

Jezik: talijanski

SAŽETAK: ovo je web stranica Centra za studije o olakšanoj komunikaciji. Stranica sadrži indikacije o Olakšanoj komunikaciji, kao na primjer početne strategije i tip fizičke podrške, kao i članak na tu temu. Mogu se pronaći i informacije vezane uz literaturu, tečajeve i seminare o ovoj metodi i lista talijanskih centara koji koriste tu metodologiju.

14. NASLOV: KLUB OD LETIZIE

<http://www.club.it/letizia/>

Jezik: talijanski

SAŽETAK: ova web stranica posvećena je cerebralnom oštećenju mozga kod djece i autizmu. Osmislili su je roditelji Letizie, djevojčice sa cerebralnom paralizom koja je, po riječima roditelja, «izašla iz ljuske». Stranica nudi direktno iskustvo jedne obitelji, pruža savjete i utjehu. U sadržaju nalazimo: priču o Letizi, dokumente, iskustva, forum škola, kongrese i događanja, literaturu, adrese i linkove, stranicu volontera.

15. NASLOV: ZAJEDNO ZA AUTIZAM

http://web.tiscalinet.it/ass_inautismo

Jezik: talijanski

SAŽETAK: ovo je web stranica grupe roditelja autistične djece i sadrži kratke napomene o autizmu i listu linkova i adresa na tu temu.

16. NASLOV: LEONARDO, UVEĆAVAJUĆA KOMUNIKACIJA I AUTIZAM

<http://www.leonardoausili.com/archivio3.htm>

Jezik: talijanski

SAŽETAK: ovdje nalazimo talijanski prijevod jedne konferencije koju je održala Profesora J. Cafiero, direktorica projekta Autizam sa Johns Hopkins University Center for Technology in Education i koja je stručnjak u Uvećavajućoj i Alternativnoj Komunikaciji. Članak govori o metodologiji J. Cafiero i o korištenju vizualnih pomoćnih sredstva u komunikaciji sa autističnim djetetom, sa posebnim naglaskom o korištenju Picture Communication Symbols (PCS) u prirodnom okruženju.

17. NASLOV: OPSERVATORIJ AUTIZMA REGIJE LOMBARDIA

<http://www.promo.it/autism/>

Jezik: talijanski, sažetak na engleskom

SAŽETAK: ovo je web stranica Opservatorija Autizma Regije Lombardia, koja ima sjedište u Merate, pri Službi Dječje Neuropsihijatrije koju vodi dr. Palazzi. Opservatorij je dio jednog globalnijeg Projekta Autizma Regije Lombardia, koji je predstavljen na stranicama. U sklopu Opservatorija djeluje i jedan Centar za dokumentaciju i studije o autizmu i o ostalim pervazivnim razvojnim smetnjama. Prisutni su i mogu se konzultirati brojevi od Glasa Opservatorija Autizma Regije Lombardie, koji sadrže korisne informacije, kao i članke samih roditelja, stručnjaka i ostalih djelatnika.

18. NASLOV: PROJEKT AUTIZAM

<http://www.ausl.re.it/ausl/autismo/progetto.htm>

Jezik: talijanski

SAŽETAK: ovdje su opisane aktivnosti Centra za dijagnozu, njegu i istraživanje o Autizmu i Pervazivnim razvojnim smetnjama od Lokalne Zdravstvene Jedinice iz Reggio Emilie kojeg vodi dr. A. M. Dalla Vecchia. Detaljno je prezentiran projekt koji je osnova djelovanja Službe i koji predviđa posebnu evaluaciju i prevenciju (i putem obrazovanja pedijatra o najranijoj dijagnozi), obrazovanje, radnu i školsku inkluziju, korištenje zdravstvenih, edukacijskih, psiholoških i rehabilitacijskih metoda u suradnji sa školom i obitelji. On predstavlja jedno od najbitnijih talijanskih iskustava projekta koji nastoje odgovoriti na potrebe autističnih osoba i njihovih obitelji, tijekom cijelog života.

Evropske web stranice

1. NASLOV: A.F.S.R ASSOCIATION FRANÇAISE DU SYNDROME DE RETT

[Http://ourworld.compuserve.com/homepages/AFSR/](http://ourworld.compuserve.com/homepages/AFSR/)

Jezik: francuski

SAŽETAK: ove web stranice osmislilo je Udruženje grupe roditelja djevojčica sa Rettovim sindromom. Sadrži definicije i opis sindroma, modalitete tretmana djevojčica sa tim sindromom.

2. NASLOV: ASPERWEB FRANCE

<http://perso.wanadoo.fr/asperweb/index.htm>

Jezik: francuski

SAŽETAK: web stranica posvećena Aspergerovom sindromu koju su osmislili roditelji i doktori u suradnji sa Autisme France. Nalazimo mnoštvo specifičnih informacija o Aspergerovom sindromu i o autizmu high functioning: objašnjena su obilježja sindroma, dostupni su epidemiološki podaci i informacije o tretmanima. Posebna pažnja posvećena je društvenoj inkluziji (školska inkluzija, radno osposobljavanje i zapošljavanje). Uz to nailazimo i na teme o psihološkim potrebama osoba sa Aspergerovim sindromom i njezinih obitelji te o Teoriji uma. Postoji i članak švedske znanstvenice Gunille Gerland koja se kritički osvrće na psihoanalitičku terapiju. Na poslijetku mogu se konzultirati osobna iskustva, literatura i linkovi.

3. NASLOV: AUTISM INDIPENDENT UK

<http://www.autismuk.com/main-index.htm>

Jezik: engleski

SAŽETAK: ovo udruženje ima za cilj da proširi sve informacije vezane za autizam, za tradicionalne tretmane i nove pristupe u dijagnozi, evaluaciji, tretmanima i edukaciji. Udruženje ima svoj Informativno Savjetodavan Centar koji nije zdravstvenog tipa. Informacije koje pruža taj Centar su općenite i ne primjenjuju se u pojedinačnim slučajevima. U sadržaju web stranice možemo naći sljedeće sekcije: o autizmu, najnovije vijesti, ažurnirani članci o novim otkrićima i istraživanjima, literatura, osobna iskustva, seksualnost, jelo i piće, obrazovanje za djelatnike, linkovi u svijetu, 20 naučestalijih pitanja, tretmani, epilepsija i autizam, epidemiološki podaci Velike Britanije, Secretin (i lista homeopatskih lijekova).

4. NASLOV: AUTISM. THE INTERNATIONAL JOURNAL OF RESEARCH AND PRACTICE

<http://www.sagepub.co.uk/journals/details/jo0192.html>

Jezik: engleski

SAŽETAK: ovo je web stranica revije koja je počela izlaziti 1997 – e godine i koja je posvećena autizmu. Ona nastaje iz povećanog svjetskog interesa za razumjevanjem i istraživanjem različitih smetnji povezanih sa sindromom autizma. Cilj ove revije je dvostruki: poticati istraživanja o autizmu i poticati znanstvenike da uzmu u obzir impakt koji njihova istraživanja imaju u praksi. Na ovoj je stranici moguće vidjeti informacije o pretplati na reviju, o redakciji i publikaciji članaka a moguće je i pročitati sažetke članaka koji su do sada izašli. Revija se publicira u suradnji sa National Autistic Society.

5. NASLOV: AUTISME EUROPE

<http://www.autismeurope.arc.be>

Jezik: engleski i francuski

SAŽETAK: ovo je web stranica Associazione Internazionale Autisme Europe čiji je osnovni cilj da brani prava autističnih osoba i njihovih obitelji te da im pomogne u poboljšanju kvalitete njihova života. Autisme Europe koordinira aktivnosti 71 Regionalnih i Nacionalnih Udruženja roditelja autističnih osoba u 29 Evropskih nacija uključujući i 14 nacija Evropske Zajednice. Na stranici je kratko opisano što je do sada učinjeno za prava osoba sa autizmom (Karta Prava autističnih osoba, maj 1992; Priručnik o dobroj praksi u kojem su opisani zloupotreba i iskorištavanje osoba sa autizmom). Što se tiče koordinacije sa međunarodnim institucijama, ukratko je opisana uloga koju ima ovo Udruženje u raznim evropskim i svjetskim slučajevima i programima te nastanak Autism World Organization. Na poslijetku nailazimo i na neke članke iz Brošure koju izdaje Udruženje a koja se zove «LINK» i koja izlazi tri puta godišnje i sadrži najnovije informacije iz sfere autizma i ostale teme koje se odnose na invaliditet i hendikep.

6. NASLOV: AUTISME FRANCE E MEUSE AUTISM

<http://perso.wanadoo.fr/gerard.mercuriali/autismeFrance/AutismeFrance.html>

Jezik: francuski

SAŽETAK: sadrži neke korisne informacije o uslugama i organizacijama u Francuskoj, uz detaljan opis Associazione Autisme France koja usko surađuje sa Autisme Europe. Na ovoj stranici možemo pronaći tekstove sa korisnim informacijama za djelatnike o tome kako pomoći osobama sa autizmom i sa dokumentom posvećenom Autizmu i Psihoanalizi. Ostale sekcije posvećene su pismima, aktivnostima Udruženja, aktualnostima, i informacijama o tome kako stupiti u kontakt sa Udruženjem. Ova je web stranica gost na web stranici jednog drugog udruženja koje se zove «Meuse Autisme» i koje je isto povezano sa Autisme France, a tu možemo pronaći veliki broj informacija podjeljenih po različitim sekcijama. Sekcija «teorije» sadrži publikacije vezane uz eziologiju, edukacijske i bihevioralne tretmane, ostale terapije, istraživanja i literaturu. U prezentaciji ove sekcije napominje se kako u Engleskoj autizam nije više klasificiran kao psihoza već spada u razvojne smetnje, dok ga u Francuskoj većina još uvijek vidi kao problem odnosa Majka – Djeteta. Detaljno je prezentirana i skala CARS. Sekcija «praksa» posvećena je svakodnevnoj praksi i sadrži brojne informacije o Edukaciji, Komunikaciji, Prehrani, Obrazovanju. Sekcija «inkluzija» nudi indikacije koje se odnose na školsku inkluziju i na mogućnosti zapošljavanja kao i osobna iskustva kako bi se senzibilizirala javnost. Na poslijetku postoje sekcije posvećene linkovima.

7. NASLOV: AUTISME. LES ASSOCIATIONS DE LA REGION RHONE-ALPES

<http://www.asi.fr/~aroyer>

Jezik: francuski

SAŽETAK: u ovoj web stranici opisan je Autizam. U sekciji «Razumijevati» nude se informacije o udrugama u Regiji Rhone-Alpes. Ukratko je opisan i projekt pod nazivom «Razred de Dauphinis» u Lionu, koji je osmišljen po metodi TEACCH.

8. NASLOV: AUTIZAM

<http://www.autisme.com>

Jezik: španjolski

SAŽETAK: sadrži kratke opise o definiciji autizma, a koncentrira se posebice na opis udruženja iz Španjolske i tamošnjih teritorijalnih službi (centri za stalni boravak i za ljetni stalni boravak za osobe sa autizmom). Nalazimo i kratku literaturu i linkove sa stručnim revijama.

9. NASLOV: AUTISMO BURGOS

<http://aut.tsai.es/burgos>

Jezik: španjolski i engleski

SAŽETAK: ova web stranica predstavlja ciljeve Udruženja roditelja i aktivnosti koje ono promovira, između kojih izdvajamo zaštićene radionice, centar za dijagnozu i evaulaciju, službe za slobodno vrijeme, izložbu umjetničkih djela. Također možemo pronaći poneke informacije o samom autizmu i njegovim definicijama.

10. NASLOV: AUTISMO ESPANA

<http://aut.tsai.es/scripts/articulo/smuestra.idc?n=sinclair>

Jezik: španjolski

SAŽETAK: ovo je veoma opširna web stranica sa brojnim dokumentima i člancima o različitim temama po pitanju autizma. Stranica sadrži i listu najučestalijih pitanja sa odgovorima i organizirana je po argumentima. Isto tako sadrži i listu komentara i članaka roditelja i djelatnika iz sfere autizma. Željeli bi naglasiti predavanja sa Petog Svjetskog Kongresa o Autizmu iz 1996, koji je održan u Barceloni koja možemo ovdje pronaći, uz ostala predavanja sa raznoraznih seminara i konferencija, u sekciji «Konferencije».

11. NASLOV: AUTISMUS-THERAPIE-AMBULANZ LINIE

<http://www.autismus-online.de>

Jezik: njemački

SAŽETAK: ovo je web stranica jedne udruge za samopomoć roditelja autistične djece, koja je osnovana 1984 – e godine kako bi pružala podršku autističnim osobama i njihovim obiteljima. Ciljevi udruge, uz širenje informacija i stvaranja kontakta između zainteresiranih, su i pružanje adekvatne njege i individualne terapije u kući i u školi. Na ovoj web stranici možemo naći ponešto o autizmu, informacije o seminarima i tečajevima stručnog usavršavanja za roditelje i djelatnike, mailing listu i forum diskusije, osobna iskustva, priloge autističnih osoba, poezije i neke linkove.

12. NASLOV: BUNDESVERBAND€ –€ HILFE FÜR DAS AUTISTISCHE KIND

<http://www.autismus.de>

Jezik: njemački

SAŽETAK: ovo je web stranica Federacije udruge za pomoć autističnim osobama. Na stranici možete pronaći brojne informacije o službama u Njemačkoj, koje su opisane i uz pomoć karte Njemačke. Uz ostalo ima i brojnih informacija o autizmu, jedna Check List o osnovnim

simptomima, prezentacija video snimke, lista knjiga i brošura koji se mogu naručiti direktno na web stranici, popis linkova i mnogo drugih dokumenata.

13. NASLOV: ETUDE DES FONCTIONS NEUROPHYSIOLOGIQUES ET COMPREHENSION DES COMPORTEMENTS AUTISTIQUES

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/recherche/rech/resbart/Bartheplan.html>

Jezik: francuski

SAŽETAK: različiti timovi francuskih znanstvenika, između kojih i oni iz Bolničkog Centra Univerziteta u Toursu, u Francuskoj, kojeg predvodi C.Barthelemy prezentiraju rezultate njihovih istraživanja. Cilj tih istraživanja jest izdvojiti neurofiziološke i neuropsihološke disfunkcije koje su prisutne kod autizma i drugih smetnji u mentalnom razvoju. Vode se funkcionalne evaluacije, morfološke i neuropsihološke evaluacije uz pomoć instrumenata kao što je Magnetska Rezonanca, PECT i SPECT. Stranica predstavlja i bogatu literaturu koja se odnosi na argumente sprovedenih istraživanja i sažetak njihovih radova.

14. NASLOV: FOLKS FRIENDS OF LANDAU-KLEFFNER SYNDROME

<http://www.bobjanet.demon.co.uk/lks/folks.html>

Jezik: engleski

SAŽETAK: udruga koja je nastala sa ciljem da okupi roditelje i djecu sa ovom smetnjom, sada djeluje na nacionalnom nivou i nudi podršku, informacije, kontakte obiteljima i zainteresiranim djelatnicima. Na ovoj web stranici možemo pronaći informacije o sindromu, neke članke iz brošure udruge, informacije o povijesti udruge i o projektima koje sprovodi, linkove. Stranica ima i mailing listu na koju se moguće upisati.

15. NASLOV: IRISH SOCIETY FOR AUTISM

<http://www.iol.ie/~isa1/>

Jezik: engleski

SAŽETAK: web stranica irske udruge za Autizam, nastale 1963 – e godine sa ciljem da okupi obitelji, da širi informacije, da senzibilizira javnost i institucije o potrebi ranih tretmana i adekvatnih službi za osobe oboljele od autizma. Zahvaljujući udruzi, danas u irskoj postoji jedna Community Farm za osobe sa autizmom. Na web stranici nalazimo prezentaciju farme popraćenu sa fotografijama, informacijama o socijalnoj politici u Irskoj, kalendar događaja koji imaju za cilj prikupljanje fondova, kartu Prava Autističnih osoba, listu linkova.

16. NASLOV: NATIONAL AUTISTIC SOCIETY

http://www.oneworld.org/autism_uk

Jezik: engleski

SAŽETAK: ovo je stranica Nacionalne Agencije Autizma (NAS) Velike Britanije. Pruža specifične informacije za osobe sa smetnjom iz spektra Autizma, za obitelj, za stručne djelatnike. Postoji i sekcija posvećena autizmu sa definicijama, uzrocima, posljedicama, karakteristikama i sekcija koja je posvećena Aspergerovom sindromu. Nalazimo i indikacije za obitelj, posebice za roditelje i braću i sestre autističnih osoba, za stručne djelatnike te i indikacije za autistične osobe sa specifičnim informacijama za odrasle o dijagnozi i evaluaciji i mogućnostima integracije. Postoje isto tako linkovi koji su napravljeni baš za osobe sa

autizmom. Link «Publikacije i resursi» koristan je onima koji žele specifične informacije o autizmu i o povezanim smetnjama. U sekciji «Novosti» možemo doznati šta se trenutačno zbiva u svijetu autizma.

17. NAZIV: ORGANIZZAZIONE MONDIALE PER L'AUTISMO

<http://wa.n4u.org/it/index.htm>

Jezik: talijanski, engleski, francuski, španjolski, portugalski

SAŽETAK: ovo je web stranica Svjetske Organizacije za Autizam (OMA), koja je nastala sa ciljem da promovira interese autističnih osoba te da pospješuje suradnju međunarodnih organizacija. Tu nalazimo brošure OMA – e, statut, projekte. Isto tako nailazimo i na listu linkova diljem svijeta.

18. NASLOV: PARIS AUTISM - AUTISM 75

<http://www.absidial.com/autisme75>

Jezik: francuski

SAŽETAK: ovo je web stranica udruge roditelja i stručnih djelatnika za područje Pariza. Stranica sadrži prezentaciju udruge, projekata, prioriteta i ciljeva. Nalazimo i beskrajnu listu linkova, informacije o eziologiji, teorijama, najučestalijim pitanjima, tretmanima i novostima u istraživanjima. Dio stranice posvećen je literaturi i opisu nekih od tekstova.

19. NASLOV: PRO AID AUTISM

<http://www.eleves.ens.fr:8080/home/meltz/PAA0.html>

Jezik: francuski i engleski

SAŽETAK: web stranica udruge nastale 1985-e godine po želji jednog bračnog para, a ima za cilj senzibilizaciju javnosti, pružanje informacija, izmjenu slike o osobama sa autizmom kao osoba koje je teško educirati i integrirati. Ova udruga publicira reviju, koja izlazi jednom u tri mjeseca i koju se može konzultirati na web stranici. Udruga, uz ostalo, organizira usluge za autistične osobe i stručno usavršavanje o metodi TEACCH. Na ovoj stranici možemo naći i tekst G. Mesibova koji govori o TEACCH – u.

20. NASLOV: SESAME AUTISME

<http://perso.club-internet.fr/sesame.autisme>

Jezik: francuski

SAŽETAK: udruženje je nastalo 1963 – e godine u Francuskoj kao udruženje roditelja osoba sa poremećajima ličnosti, za dijagnozom autizma i dječje psihoze, nakon čega je postala federacija. Web stranica opisuje ciljeve udruženja, jedan od kojih je stvoriti kontakte između roditelja, stvoriti adekvatne usluge i službe, promovirati istraživanja.

21. NASLOV: THE AUTISM RESEARCH UNIT

<http://osiris.sunderland.ac.uk/autism>

Jezik: engleski

SAŽETAK: ovo je web stranica od Jedinice za Istraživanje Autizma pri Sunderland

University u Velikoj Britaniji. Stranica sadrži, pored osnovnih informacija o autizmu, važne vijesti o dijetama, analizi urina, autizmu i cjepljenju, istraživanjima, secretinu. Što se tiče dijeta, postoji upitnik za popuniti. Tu možemo naći i predavanja za godišnjih konferencija o autizmu. Linkovi se uglavnom odnose na tretmane i biozdravstvena istraživanja.

22. NASLOV: THE INTERNATIONAL MOLECULAR GENETIC STUDY OF AUTISM CONSORTIUM

<http://www.well.ox.ac.uk/~maestrin/iat.html>

Jezik: engleski

SAŽETAK: web stranica Konsorcija koji se bavi genetskim molekularnim istraživanjem o autizmu. Uz listu članova Konsorcija možemo pronaći i članak koji je publicirao Konsorcij i neke sažetke članaka koji su vezani uz ovaj tip istraživanja.

23. NASLOV: THE SCOTTISH SOCIETY FOR AUTISM

<http://www.autism-in-scotland.org.uk/>

Jezik: engleski

SAŽETAK: web stranica sadrži opis aktivnosti i ciljeva Škotske Udruge za Autizam. Nalazimo velik broj informacija o autizmu, listu komuna u Škotskoj, literaturu i linkove.

Sjevernoameričke web stranice

1. NASLOV: AHEAD WITH AUTISM

<http://www.aheadwithautism.com/>

Jezik: engleski

SAŽETAK: ova web stranica pruža informacije o najranijoj dijagnozi i o korištenju nekih farmakoloških terapija. Posebice se govori o korištenju Prednizona, lijeka koji se koristi sa ciljem da se poboljšaju problemi u jeziku i komunikaciji, posebice za djecu koja imaju evidentne elektroencefalografske probleme: u tom smislu možemo naći informacije o liječenju djece sa Sindromom Landau-Kleffner. Predstavljena je i jedna škola za autističnu djecu (Gateway School) i neke inicijative dobrotvornog prodavanja za financiranje ove Fondacije.

2. NASLOV: ASPERGER'S DISORDER HOMEPAGE

<http://www.ummed.edu/pub/o/ozbayrak/asperger.html>

Jezik: engleski

SAŽETAK: ovu web stranicu osmislio je psihijatar turskog porijekla, koji boravi u Massachussettsu i sadrži korisne informacije o Aspergerovom Sindromu, kao definicije, opis, dijagnostičke kriterije, razlike od autizma. Nalazimo i indikacije o literaturi, prezentaciju nekih knjiga, listu stručnjaka za Aspergerov Sindrom diljem SAD-a i listu ostalih web stranica.

3. NASLOV: AUTISM BEHAVIOR THERAPY ALLIANCE

<http://www.autismbehaviortherapy.org>

Jezik: engleski

SAŽETAK: ovo je web stranica neprofitabilne organizacije roditelja koja djeluje u središnjim regijama SAD-a, a koja ima za cilj da promovira biheavioralni rani tretman u obiteljima autistične djece. Organizacija djeluje u suradnji sa dr. Ivar Lovaasom koji je razvio ovaj pristup. Možemo pronaći i informacije o ranim znakovima autizma i detaljan opis autizma, opis biheavioralne terapije i troška u edukaciji autističnog djeteta. Na poslijetku nalazimo i osobne pripovjesti i primjere iz prakse uspjeha ove terapije.

4. NASLOV: AUTISM NETWORK FOR DIETARY INTERVENTION

<http://www.autismndi.com>

Jezik: engleski

SAŽETAK: udruženje ANDI (Autism Network for Dietary Intervention) osnovana je od strane dva roditelja znanstvenika kako bi se pomoglo obiteljima da u kući održavaju dijete autističnog djeteta. Ta potreba proizlazi iz rezultata nekih istraživanja po kojima jedan od uzroka autizma jest netoleriranje neke hrane. Budući da nije lako samostalno sprovesti djetu, ova stranica pruža indikacije i savjete o djetama, stvara kontakte između roditelja i olakšava razmjenu informacija i iskustava. Na stranici možemo naći i broj četveromjesečne brošure «The ANDI News», koju publicira udruženje, kratku literaturu i listu linkova.

5. NASLOV: AUTISM RESOURCES

<http://www.vaporio.com/autism>

Jezik: engleski

SAŽETAK: ova web stranica sadrži organiziranu listu resursa za autizam i Aspergerov sindrom koje možemo naći u svjetskoj mreži. Autor stranice, John Wobus, podsjeća nas kako podaci o autizmu koje nalazimo u literaturi i u dokumentima nisu potpuni, ali nastoji uzeti u obzir različita stajališta. Stranica je sačinjena od raznih sekcija: «Autism Links» jest opširna lista linkova sa web stranicama koje govore o autizmu diljem svijeta; «Bilježnica Učestalih Pitanja o Autizmu» sadrži brojne informacije o autizmu i Aspergerovom sindromu, riječnik termina, listu povezanih smetnji, tretmane, povijest, filmove, knjige, organizacije, događaje, itd.; «Savjeti za roditelje koji otkriju da imaju autistično dijete» su poruke roditelja sa Autism mailing liste u kojima govore ono što su u biti htjeli čuti u trenutku kada je postavljena dijagnoza autizma njihovom djetetu. Stranica sadrži i opširnu literaturu, koja je katalogizirana i po autorima i po argumentima i broji više od 500 naslova.

6. NASLOV: AUTISM SOCIETY OF AMERICA

<http://www.autism-society.org/>

Jezik: engleski

SAŽETAK: ovo je web stranica Američke Organizacije za Autizam (ASA) čiji je glavni cilj integracija autističnih osoba, senzibilizacija javnosti i pružanje informacija. U uvodnom djelu prezentira se autizam: osnovni simptomi, najučestalija problematična ponašanja, incidencija. Stranica nam dakle pruža različite informacije općeg karaktera, namjenjene javnosti i koje možemo pronaći u sekciji «Getting Started», dok sekcija «Information» sadrži informacije i

dokumente o specifičnijim problematikama. Ostale sekcije posvećene su: istraživanjima, novostima, korisnim informacijama, linkovima, ASA-i i političkim informacijama.

7. NASLOV: AUTISM SOCIETY OF BRITISH COLUMBIA

<http://www.enet.ca/autism/>

jezik: engleski

SAŽETAK: ovo je web stranica udruženja roditelja British Columbie i Yukona. Udruženje okuplja članove obitelji iz dvaju regija i nudi niz službi između kojih i službu biblioteke o temama autizma, mogućnostima zaposlenja, ljetnim boravcima, kontaktima među obiteljima. Na stranici nalazimo kratak opis autizma i odgovore na najučestalija pitanja, kao i listu linkova i članke iz revije udruženja, vijesti iz lokalne zajednice i listu pisanih i video materijala koje možemo naručiti putem interneta.

8. NASLOV: CENTER FOR THE STUDY OF AUTISM

<http://www.autism.org>

Jezik: engleski

SAŽETAK: centar za studiranje autizma nalazi se na području Salem/Portland u američkoj državi Oregon. Centar pruža roditeljima i djelatnicima korisne informacije o autizmu i bavi se istraživanjem o efikasnosti terapijskih tretmana. Veliki dio istraživanja sprovodi se u suradnji sa Autism Research Institute iz San Diega, u Californiji. Na stranici se nude različite informacije o brojnim argumentima: podgrupe i povezani poremećaji, seksualna i društvena svijest kod osoba sa posebnim potrebama, društveno ponašanje. Nalazimo i sekciju posvećenu Temple Grandin u kojem se nude odgovori na najučestalija pitanja, opisana su osobna iskustva i pružaju se savjeti u podučavanju autističnih osoba. Jedna je sekcija posvećena roditeljima, a jedna se zove «ostale informacije» i posvećena je člancima, intervjuima i filmu a gdje možemo pronaći i pismo jednog logopedista roditelju autističnog djeteta.

9. TITOLO: COMMUNICATION STRATEGIES FOR CHILDREN WITH AUTISM

<http://www.outersound.com/cafiero>

Jezik: engleski

SAŽETAK: na ovoj web stranici, Joanne Cafiero, stručnjak u specijalnoj edukaciji predstavlja uvećavajuću i alternativnu komunikacijsku tehniku i tehniku vizualnog izražavanja. Tehnika je nastala iz brojnih godina podučavanja, istraživanja i iskustva sa autističnom djecom i djecom sa teškim poremećajima u komunikaciji.

10. TITOLO: COPING.ORG FOR COPING WITH LIFE STRESSORS

<http://www.coping.org>

Jezik: engleski

SAŽETAK: na ovoj web stranici od J. I C. Messine, prezentira se priručnik za pomoć u rješavanju stresnih i problematičnih situacija. Priručnik sadrži razne sekcije od kojih je jedna posvećena roditeljima koja predstavlja strategiju PATHFINDER, a to je skraćenica za razne indikacije u stvaranju sigurnih i pozitivnih odnosa sa djecom i u rješavanju problematičnih situacija. Nalazimo i informacije o ranom otkrivanju problema i opis Općih razvojnih smetnji.

Nalazimo također i detaljan opis dva Greenspanova pristupa, a to su: BOLD i Floor Time (koji je prezentiran u Power Pointu). Sadrži i listu linkova i opise za svaki od njih.

11. TITOLO: CSAAC (COMMUNITY SERVICES FOR AUTISTIC ADULTS AND CHILDREN)

<http://www.csaac.org/>

Jezik: engleski

SAŽETAK: ovo je web stranica CSAAC (Community Services For Autistic Adults And Children), a to je neprofitabilna privatna organizacija koja nudi usluge i podrške autističnim osobama sa ciljem da im pomogne da ostanu u školama, na radnim mjestima i u ambijentima u kojima provode slobodno vrijeme. Usluge se odnose na rano djetinjstvo (Intensive Early Intervention), na školu i na odraslu dob (komune i usluge zapošljavanja uz podršku). Tretmani se zasnivaju na modelu Loovasa. U sekciji «Informacije o autizmu» možemo pronaći literaturu, članke i publikacije na različite teme kao npr.: tretmane kod problematičnih ponašanja, farmakološke terapije, društvene sposobnosti i društvenu integraciju.

12. TITOLO: CURE AUTISM NOW

<http://www.canfoundation.org/>

Jezik: engleski

SAŽETAK: ovo je web stranica organizacije koju su osnovali roditelji autistične djece, znanstvenici i stručnjaci, a posvećena je istraživanju efikasnih bioloških tretmana, prevenciji i liječenju autizma i povezanih poremećaja. Dio stranice posvećen je opisu projekta AGRE (Autism Genetic Resource Exchange), koji ima za cilj razmjenu informacija o genetici i autizmu. Sekcija «resursi» sadrži korisne dokumente, linkove koji su podjeljeni ovisno o korisnicima (odgajatelji, roditelji, stručnjaci). Na poslijetku, nalazimo informacije o tome kako učestvovati u istraživanjima i kako pomoći organizaciji.

13. TITOLO: DIVISION TEACCH

<http://www.unc.edu./depts/teacch/>

Jezik: engleski

SAŽETAK: sadrži prezentaciju programa TEACCH, koju je napisao G. Mesibov i u kojoj se sažeto opisuju principi i pripovjest tog programa. Stranica sadrži i neke publikacije članaka o toj metodi i poneke indikacije o tretmanima, komunikaciji i ponašanju. Također možemo pronaći listu linkova i neke dodatne informacije o metodi i o stručnom usavršavanju.

14. TITOLO: FACILITATED COMMUNICATION

<http://soeweb.syr.edu/thefci/>

Jezik: engleski

SAŽETAK: ovo je web stranica koja je kompletno posvećena olakšanoj komunikaciji. Na stranici, pored detaljne prezentacije ove metode, možemo pronaći brojne članke iz Revije za Olakšanu Komunikaciju, i iz drugih Revija. Može se pročitati i mišljenje APA-e i Američkog Udruženja Teških Poremećaja o toj metodi. Stranica sadrži i različite informacije o stručnom usavršavanju i listu pisanih materijala, linkove adrese stručnjaka u toj metodi diljem svijeta.

15. TITOLO: FAMILY VILLAGE

http://www.familyvillage.wisc.edu/lib_autm.htm

Jezik: engleski

SAŽETAK: ovo je web stranica koja okuplja web stranice i resurse iz cijelog svijeta, po pitanju hendikepa i brojnih patologija, između kojih i autizam. Postoji opširna lista linkova patologija i na svakom linku postoje informacije o patologiji, o stručnjacima, mailing liste, publikacije i linkovi na ostale web stranice koje se bave tom patologijom. Postoji i mapa stranice na kojoj možemo pronaći brojne informacije o slobodnom vremenu, o školama, o različitim uslugama, itd. Ova stranica je veoma korisna kao vodič za surfanje po internetu i traženje određenih informacija.

16. TITOLO: FORUM ON ALTERNATIVE AND INNOVATIVE THERAPIES FOR CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISORDERS AND BRAIN INJURY

<http://www.healing-arts.org/children/main.htm>

Jezik: engleski

SAŽETAK: ova stranica je posvećena terapijama i tretmanima za djecu sa cerebralnom paralizom. Nude se brojne informacije o različitim teorijama autizma i o različitim pristupima i tretmanima. Mnogo toga je posvećeno alternativnoj medicini i opisana je knjiga «medicina Kojota» koja govori o liječenju i izlječenju. Postoji također i lista linkova koji su podjeljeni po argumentu.

17. TITOLO: GENEVA CENTRE FOR AUTISM

<http://www.autism.net>

Jezik: engleski

SAŽETAK: web stranica kanadske neprofitabilne udruge koja se bavi stručnim usavršavanjem na temu autizma i pervazivnih razvojnih poremećaja. Stranica je podijeljena na tri velike sekcije. Prva opisuje aktivnosti Geneva Centera, druga predstavlja tipologije stručnog usavršavanja i obrazovanja, a treća je posvećena autizmu. U trećoj sekciji možemo pronaći brojne članke utjecajnih stručnjaka diljem svijeta, između kojih i od S. Baron-Cohena, S. Greenspana, T. Grandin. Tu možemo pronaći i opširnu literaturu. Interesantna je i video sekcija i forum diskusije.

18. TITOLO: GREAT PLAINS LABORATORY FOR HEALTH, METABOLISM AND NUTRITION

<http://www.greatplainslaboratory.com>

Jezik: engleski

SAŽETAK: cilj je pružiti doktorima i pacijentima indikacije o analizama organskih kiselina u urinu sa opisom elemenata koje treba uzeti u obzir kod čitanja nalaza krvi i urina. Tu možemo pronaći i publikacije o novim nalazima za alergije na hranu, listu videokazeta na tu temu koje se mogu kupiti putem interneta i ostale informacije medicinskog karaktera.

19. TITOLO: INTERNATIONAL RETT SYNDROME ASSOCIATION

<http://www.rettsyndrome.org/>

Jezik: engleski

SAŽETAK: ovo je web stranica International Rett Syndrome Association i bavi se Rettovim sindromom. Ima raznih sekcija u kojima se tretiraju sljedeći argumenti: dijagnostički kriteriji, istraživanja, genetski aspekti, strategije u komunikaciji, edukacijski pristupi, tretmani, liste Centara i internet stranica. Postoji i forum diskusije kao «RettNet». U sekciji o dijagnostičkim kriterijima postoji zanimljiv dokument koji se zove «Rett Syndrome explained in children's language» («Rettov sindrom objašnjen na jeziku djeteta»), u kojem se putem pitanja i odgovora, na jednostavan način pokušava objasniti sindrom i pravilan pristup. Puno je pažnje posvećeno istraživanjima posebice otkriću genetske alteracije koja je odgovorna za sindrom. Dostupne su i brojne informacije u vezi sa Uvećavajućom i Alternativnom Komunikacijom, sa svjedočanstvima. U sekciji «Meet some of us» možemo «susresti» djevojčice sa ovim sindromom i podijeliti njihova životna iskustva.

20. TITOLO: LABORATORY FOR RESEARCH ON THE NEUROSCIENCE OF AUTISM

<http://nodulus.extern.ucsd.edu>

Jezik: engleski

SAŽETAK: laboratorij za istraživanje razvoja i mozga radi posebice u sferi istraživanja koje se zasniva na neurofiziološkim i neuroanatomskim značajkama autizma. I to u suradnji sa Centrom za Istraživanje Dječje Bolnice iz San Diega u Kaliforniji i sa Univerzitetom iz Kalifornije. Ova je web stranica već duže vrijeme «under construction», a Centar se bavi prvenstveno sa istraživanjem cerebralnih anomalija i sa poremećajima u koncentraciji koje susrećemo kod autističnih osoba. Istraživanje je sprovedeno uz pomoć slika magnetske rezonance i u stanju odmora i u trenutku kada se izvršava određeni zadatak. Možemo dakle vidjeti slike mozga i malog mozga u trodimenzionalno, sa sferama aktivacije koncentracije i sa sferama aktivacije motorike. Postoji i lista linkova koja se donosi na istraživanja o encefalitisu.

21. TITOLO: MILLER METHOD: FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM AND SEVERE LEARNING DISORDERS

<http://www.millermethod.org>

Jezik: engleski

SAŽETAK: web stranica prezentira metodu Miller od LCDC-a(Language and Cognitive Developmental Center). Metoda, koja je detaljno opisana, nastala je za autističnu djecu i za djecu sa teškim poremećajima u učenju. Cilj joj je da, putem instrumenata kao što su igra i neki ostalni oblici izražavanja koji su alternativa verbalnom jeziku, se približi što je moguće više perspektivi djeteta kako bi se bolje razumio njegov svijet i kako bi se pronašle točke susreta. Ovakav način rada izvršavaju direktno roditelji, koji se za to obučavaju, a vrše ga kod kuće. Postoji mogućnost savjetovanja putem interneta (video konferencija) za opne roditelje koji ne žive u Bostonu.

22. TITOLO: MISSION POSSIBLE: EMPLOYMENT SERVICES FOR PEOPLE WITH ASPERGER SYNDROME

<http://www.missionpossible1.com/>

Jezik: engleski

SAŽETAK: stranica je posvećena osobama oboljelim od Aspergerovog sindroma. Sadrži informacije o sindromu, listu linkova i nudi indikacije o traženju posla i stručnom osposobljavanju za osobe sa tim sindromom. Prisutne su i tarife za usluge i za seminare obuke.

23. TITOLO: NAAR, NATIONAL ALLIANCE FOR AUTISM RESEARCH

<http://babydoc.home.pipeline.com/naar/naar.htm>

Jezik: engleski

SAŽETAK: ovo je web stranica koja posvećena specifično genetskom i biološkom istraživanju i terapiji sa lijekovima. Dostupne su informacije o posljednjim novostima iz područja medicine i istraživanja o autizmu. Možemo pronaći i brojeve brošure koju izdaje Centar. Dostupne su i informacije o istraživanjima o stanicama mozga, o načinima njihova prikupljanja i razmjene, o tzv. «Bankama Mozga».

24. TITOLO: O.A.S.I.S. ONLINE ASPERGER SYNDROME INFORMATION AND SUPPORT

<http://www.udel.edu/bkirby/asperger/>

Jezik: engleski

SAŽETAK: ova je stranica nastala po volji jednog roditelja, a osnovni cilj joj je pružiti informacije o sindromu roditeljima i djelatnicima. Dostupne su informacije o sindromu, članci o trenutnim istraživanjima, upitnici među roditeljima, indikacije o društvenim sopsobnostima i edukacijskim aspektima, adresa djelatnika koji se bave ovim sindromom, lista informatičkih pomagala, indikacije o ljetnim boravcima, izložba i brojn drugi dokumenti.

25. TITOLO: SOCIETY FOR AUDITORY INTERVENTION TECHNIQUES

<http://www.teleport.com/~sait>

Jezik: engleski

SAŽETAK: ovo je stranica jedne neprofitabilne američke udruge koja se bavi Slušnim Treningom. Udruga nudi informacije roditeljima i djelatnicima o tom tipu terapije i putem četveromjesečne brošure «The Sound Connection» i konferencija. Na stranici možemo pročitati razne članke iz brošure, dokumente o ovom Treningu, njegovu povijest i razvoj, najučestalija pitanja. Postoji i lista operatora koji su osposobljeni za Slušni Trening diljem SAD-a i ostalih zemalja, između kojih i Italija.

26. TITOLO: SON-RISE PROGRAM

<http://www.son-rise.org>

Jezik: engleski i španjolski

SAŽETAK: na stranici se nalazi prezentacija programa Son – Rise, koji je studiran specijalno za djecu sa Autizmom, Poremećajem u Koncentraciji, Epilepsijom, Neurološkim

Poremećajima, Pervazivnom Razvojnem Retardacijom, Cerebralnom Paralizom i općenitim razvojnim smetnjama. Ova metoda ima za cilj da nauči roditelje i djelatnike da razviju edukacijske programe po kojima će dijete biti u centru i koji se odvijaju u kući. Osnovni element programa jest pristup prihvaćanja drugog. Centar se bavi djecom i odraslima svih uzrasta, sa različitim dijagnozama i ne radi odvojeno od roditelja i obitelji. Ova stranica pruža brojne informacije o Son – Rise metodologiji, pisma roditelja, nastavnika, volontera i ostala osobna iskustva.

27. TITOLO: THE UNICORN CHILDREN'S FOUNDATION

<http://www.saveachild.com>

Jezik: engleski i španjolski

SAŽETAK: ovo je web stranica neprofitabilne udruge sa sjedištem u Floridi, koja je posvećena djeci sa problemima u učenju i ponašanju, sa dijagnozom autizma, dizleksije, poremećaja u koncentraciji i hiperaktivnosti. Između ciljeva udruge postoji i promocija dijagnoze i funkcionalna evaluacija sposobnosti djeteta kao i promocija pristupa po kojem je dijete u centru. Djelatnici mogu ovdje pronaći brojne dokumente sa listama simptoma, skalama evaluacije, check listama za opservaciju djeteta i za interakciju roditelj – dijete. Uz ostalo, detaljno su prezentirana i dva pristupa u tretmanu: BOLD i Floor Time od Greenspana. Možemo pronaći i informacije o tehničkim pomagalima, članke, listu linkova podjeljenu po argumentima.

28. TITOLO: TOMATIS | ADD DYSLEXIA AUTISM

<http://www.tomatis.com>

Jezik: engleski

SAŽETAK: web stranica sadrži opis Metode Tomatis i njezine aplikacije kod određenih patologija, između kojih i autizam. Tu možemo pronaći i neka svjedočanstva i osobna iskustva o rezultatima ove metode tretmana.

29. TITOLO: WISCONSIN EARLY AUTISM PROJECT

<http://members.aol.com/GSallows/WEAP.html>

Jezik: engleski

SAŽETAK: sadrži korisne indikacije o Applied Behaviour Analysis, između kojih i opis metode, kontakti sa stručnjacima i Centrima koji koriste ovu metodu, savjete sa terapeute i roditelje. Možemo pristupiti drugoj web stranici pod nazivom «PDD Palace» gdje nalazimo neka osobna iskustva, literaturu, odgovore na najučestalija pitanja, citate.

30. TITOLO: YALE CHILD STUDY CENTER

<http://info.med.yale.edu/chldstudy/autism/>

Jezik: engleski

SAŽETAK: web stranica prezentira Kliniku Yale Univerziteta (Connecticut), koja je posvećena Autizmu i ostalim Pervazivnim Razvojnem Poremećajima. Klinika nudi niz usluga za autizam, a usmjerena je prvenstveno na dijagnozu i na evaluaciju u davanju indikacija o tretmanu. Evaluacije se održavaju in loco, traju nekoliko dana i uvijek su popraćene detaljnim pisanim izvješćem. Na stranici možemo pronaći informacije o autizmu, Aspergerovom sindromu i

pervazivnim razvojnim smetnjama, publikacije o projektima i istraživanjima, indikacije o konferencijama, resurse u mreži.

Web stranice iz ostalih zemalja

1. TITOLO: ACTION FOR AUTISM

<http://autism-india.org/>

Jezik: engleski

SAŽETAK: ovo je web stranica neprofitabilne organizacije koja promovira usluge i podršku autističnim osobama i njihovim obiteljima i djelatnicima na jugu Azije. Aktivnosti organizacije su evaluacija, savjetodavne aktivnosti, informacije, programi rehabilitacijskog tretmana kod kuće i realizacija mreže roditelja. Nailazimo i na iskustva školskih individualiziranih programa: posebno je predstavljen model školskog programa "Open door", koje se zasniva na strukturiranoj edukaciji. Ovaj program posebnu pažnju posvećuje braći i sestrama. Na stranici možemo pronaći i literaturu. Organizacija izdaje "Autism Network" koja želi promovirati umrežavanje roditelja, terapiju i ostale oblike asistencije za autistične osobe.

2. TITOLO: AUTISM ASSOCIATION OF SOUTH AUSTRALIA

<http://www.span.com.au/autism>

Jezik: engleski

SAŽETAK: web stranica južne Australije i sadrži sažete informacije o autizmu, simptomima, uzrocima, tretmanima i kratak opis Aspergerovog sindroma. Također možemo pronaći i literaturu.

3. TITOLO: AUTISMO. UNA INMENSA SOLEDAD

<http://www.deltanet.com.ar/apna/autismo.htm>

Jezik: španjolski

SAŽETAK: ovo je web stranica udruženja roditelja iz Argentine, nastala 1977. god. Sa ciljem da pruži podršku i nadu obiteljima autistične djece. Opisani su ciljevi udruženja, aktivnosti i radionice koje ono sprovodi. Nalazimo i kratku listu nekih španjolskih linkova.

4. TITOLO: CASA DA ESPERANCA. TERAPIA, EDUCAÇÃO, VIDA PARA PESSOAS AUTISTAS

<http://www.autismo.com.br>

Jezik: portugalski

SAŽETAK: web stranica predstavlja komunu roditelja autistične djece koja je osnovana 1993. god. U Brazilu. Kuća nudi i obuku za djelatnike. Na stranici, uz opće informacije o autizmu i psiho edukacijskim pristupima, možemo pronaći i kratku listu linkova i opće informacije o komuni i njezinim projektima, aktivnostima i organizaciji.

Nacionalni Stručni Centri

Lista Specijaliziranih Centara je zasigurno parcijalna i nepotpuna. Ovdje smo naveli Centre koje su nam spomenuli roditelji i djelatnici, Udruge, Organizacije i Institucije sa kojima osobno surađujemo.

CENTRI ASL I JAVNE BOLNICE

Azienda Ospedaliera Senese, Servizio di Neuropsichiatria Infantile

Viale Bracci "Le Scotte", 53100, Siena

Tel. 0577- 586585

Odgovoran: Prof. M. Zappella

Azienda USSL 39, Centro Terapeutico Riabilitativo

via Vallarsa 19, Milano Tel. 02- 5696224

Tel. 02- 5696224

Odgovoran: Dott. E. Micheli

Azienda Sanitaria Locale Città di Bologna

Settore di Neuropsichiatria Infantile Distretto S. Stefano/Savena

Unità di Valutazione e Trattamento per i Disturbi Generalizzati dello Sviluppo

Strada Maggiore 35, 40100, Bologna

Tel 051 - 6457411, Fax 051 - 6457588

Odgovoran: Dott.ssa P. Visconti

Azienda Sanitaria Locale n.5 Spezzina

Nucleo Operativo di Assistenza Consultoriale

Servizio di Psicologia, Psicoterapia e Neuropsichiatria Infantile

Tel. 0187-732772

Odgovoran: Dott. S. Solari

Servizio NPI Ospedale degli Infermi

Via Settembrini 2, Rimini

Tel 0541-705940

Odgovoran: Dott. F. Nardocci

Servizio NPI Ospedale Ca' Fonciello

Odgovoran: Dott. Goran Dzigalesevic

Tel: 0422 322007 Treviso

Centro Diagnosi, Cura e Ricerca per l'Autismo e i Disturbi Pervasivi di Sviluppo, ASL Reggio Emilia

Via Amendola 2, 42100 Reggio Emilia.

Tel 0522 335600 - 335599, fax 0522 335597

Odgovoran: Dott.ssa A.M. Dalla Vecchia

Unità Operativa Autonoma di Neuropsichiatria Infantile

Azienda Ospedaliera, via Spalto Marengo 46, Alessandria
Tel. 0131/207232

Centro Diagnosi, Cura e Ricerca per l'Autismo, ASL 20

Via Monte Novegno 4, Verona
Tel 045-8301048
Odgovorani: Dott. Brighenti

**Ambulatorio per l'autismo e i Disturbi da alterazione globale dello sviluppo
psicologico**

Unità Operativa Autonoma di Neuropsichiatria Infantile - Servizio di Psicologia
Via Torino 2, 12084 Mondovì (Cuneo)
Tel. 0174-552033, Tel/Fax 0174-551180, E-mail: alimondovi@infosys.it
<<mailto:alimondovi@infosys.it>>
Odgovorani: Dott. Arduino, Dott. Fioretto

UNIVERZITETSKI CENTRI ZNANSTVENOG TIP A

Fondazione "Stella Maris"

www.inpe.unipi.it <<http://www.inpe.unipi.it/>>

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)
Viale del Tirreno 331, Via dei Giacinti, 2, 56018 Calambrone (Pisa)
Tel. 050/886.111, Fax 050/32214
Znanstveni direktor: Prof. P. Pfanner
Odgovorani: Dott.ssa R. Tancredi

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) E. Medea

Associazione "La Nostra Famiglia", via don Luigi Monza 20
Tel. 031/877560
23842, Bosisio Parini (LC)
Zdravstveni direktor: Dott. M. Molteni, Odgovorani: Dott.ssa L. Villa e Dott.ssa S. Villa

Istituto di Neuropsichiatria Infantile

Via Dei Sabelli 108, 00185, Roma
Tel. 06/44712225
Odgovorani: Prof. G. Levi

Istituto di Clinica Neurologica dell'Università di Bologna

Via Ugo Foscolo, 7 - 40123 Bologna
Cattedra di Neuropsichiatria Infantile
Direktor: Prof.ssa P. Giovanardi Rossi
Tel. 051- 6442155, 6442282

Istituto Di Scienze Neurologiche e Psichiatriche Dell'infanzia e Dell'adolescenza

via G.F. Besta n° 1 - 20161 Milano
Tel. 02-6453545/66212176
Fax 02-66203292

Direktor: Prof. Adriana Guareschi Cazzullo

OASI Maria Santissima

www.oasi.en.it <<http://www.oasi.en.it/>>

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)

Via Conte Ruggiero, 76, 94018 Troina (EN)

Tel. 0935-653438, Fax 0935/653327

Odgovorani: Dott. M. Elia

Laboratorio sull'Autismo, Università di Pavia

Dipartimento Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali

Odgovorani: Prof. Barale, Clinica Psichiatrica, Tel. 0382-502627/502290

Koordinator: Dott.ssa S. Ucelli, Tel. 0382-507250/507249

Cattedra di Neuropsichiatria Infantile, Istituto Neurologico "C.Mondino"

Via Palestro 3, 27100 Pavia

Tel 0382, 380236

Odgovorani: Prof. G. Lanzi

Divisione di Neurologia dello Sviluppo, Istituto Neurologico "C.Besta"

Via Caloria 11, 20133 Milano Tel. 02 2394268

Odgovorani: Dott.ssa Riva

Cattedra di Neuropsichiatria Infantile Secondo Policlinico

Via Pausini 5, 80123 Napoli

Odgovorani: Prof. Militerni R.

Cattedra di Neuropsichiatria Infantile Dipartimento di Sc. Neurologica e Psichiatrica

Viale Morgagni 85, 50134 Firenze

Tel. 055 - 4298431

Odgovorani: Prof. A. Pasquinelli.

Cattedra di Neuropsichiatria Infantile Istituto "G.Gaslini"

Largo G.Gaslini, 5, 16148 Genova - Quarto

Tel. 010 - 5636432

Odgovorani: Prof. M. De Negri

Dipartimento di Scienze Pediatriche e dell'Adolescenza Università di Torino

Sezione di Neuropsichiatria Infantile

Odgovorani: Dott.ssa M. Gandione, Responsabile: Prof. Rigardetto

Clinica di Neuropsichiatria Infantile Università di Cagliari

Via Ospedale 119, 09124 Cagliari

Tel. 070 609 3441

fax 070 669591-070

Odgovorani: Dott. A. Zuddas

OSTALI CENTRI

Associazione Anni Verdi

www.anniverdi.org/autismo.htm <<http://www.anniverdi.org/autismo.htm>>

Centro sperimentale per l'Autismo

Via Sbricoli, 8, 00148 Roma

Odgovorani: Dott.ssa Flavia Caretto

Tel. 06-6556510, Fax. 06-6556511

Fondazione "Clara Fabietti" per l'Autismo ONLUS

Via De Amicis 19, 20123 Milano

Tel. 02/8376115 Fax 02/89422154

Email: fondazionefabietti@Tiscalinet.it <<mailto:fondazionefabietti@Tiscalinet.it>>

Centro per l'Autismo "La Stella"

Via Torricelle, 8, 37100, Verona

Odgovorani: Dott. G. Dzigalasevic

Tel. e Fax. 045-8302656

Fondazione "Bambini e Autismo"

Galleria Asquini, 1, 33170 Pordenone

Tel: (39) 0434 29187

Fax: (39) 0434 521414

E-mail. bambini.e.autismo@iol.it <<mailto:>>

Multicodex, Coop. Sociale R.L.

Via Caprera, 46/D, 10136 Torino

Tel. e Fax 011/3195010

Odgovorani: Logopedista L. Pagliero

Centro Futura - Divisione di Autismo e Psicosi Infantili (DAPI)

Via Vecchia di Sarno, 80040 S. Gennarello di Ottaviano (Napoli)

Odgovorani: Dott. Giovanni Maria Guazzo

Tel. 081 5289393, 081 5289801, Fax, 081 5289159

e-mail: futura@netgroup.it <<mailto:futura@netgroup.it>>

Centro di Riabilitazione medico-psico-pedagogico "A. Quarto di Palo"

www.trinitari.it/andria1.htm <<http://www.trinitari.it/andria1.htm>>

Via Corato 400, Andria (Bari)

Odgovorani: Dott. M. Damiani

Tel/fax 0883542811

UDRUŽENJA

Associazione Nazionale Genitori di Soggetti Autistici

Via Casal Bruciato, 13 - Roma

Tel. 06/43587555

Segreteria nazionale: via Rota, 75 80067 Sorrento (NA)

TEL. 081/8075573 e-mail: angsa@sorrento.argosid.it <mailto:angsa@sorrento.argosid.it>

Autismo Italia

Via Pinaroli, 3 20135 Milano

Tel. 02/89416526 Fax: 02/89422154

E-mail giavivan@tin.it <mailto:>

Associazione Autisme Europe

<<http://www.autismeurope.arc.be/>>

Rue E. Van Becelaere 26b, Bte 21

B-1170 Bruxelles, Belgio

Tel. 0032-2-6757505, Fax 0032-2-6757270

ANFFAS, Associazione Nazionale Famiglie Fanciulli e Adulti Subnormali

Via Gianturco, 1 - 00196, Roma

Tel. 06-3611524

Associazione Areté

Via S. Arialdo, 90 - 20139 Milano

Tel. 02-5520388, 58311074

Associazione Anni Verdi

www.anniverdi.org/autismo.htm <<http://www.anniverdi.org/autismo.htm>>

Centro Sperimentale per l'Autismo

Via A. Colautti, 28, Via Sbricoli, 8

Tel. 06/6556510, fax 06/6556511

00152 Roma

A.I.S.A., Associazione Italiana di Studio per l'Autismo, ONLUS

C/o Centro Diagnosi, Cura e Ricerca per l'Autismo, ASL 20

Via Monte Novegno 4, Verona

Tel 045-8301048

Associazione Italiana X-fragile

via P. Abano 8, 20131, Milano

Tel. 02- 2361261

Associazione Delacato & Delacato Italia,

Via B.Rota 75, 80067 Sorrento (Napoli),

tel/fax 081 8071368, delacato@sorrento.argosid.it <mailto:delacato@sorrento.argosid.it>

Associazione Nazionale Genitori Bambine con Sindrome di Rett

Via P. Mattioli, 10
53100 Siena

Associazione Lombarda per l'Autismo

Via Monte Bianco,36, 20149, Milano
Tel. 02-462114, Fax. 02-462149

Associazione Italiana Ricerca Psicosi e Autismo

Via Cardinal Salotti, 48, 00167, Roma
Tel. 06-6280728

Associazione Ricerca sulla Psicosi e l'Autismo

Via del Mascherino, 90, 00193, Roma
Tel. 06-6280728

Associazione Parenti Amici Malati Psicotici - Autistici "Bice Cammeo"

Via Bolognese, 238, 50139, Firenze
Tel. 055-400594

**Associazione per la Ricerca Italiana sulla Sindrome di Down
Autismo e Danno cerebrale**

c/o ANFFAS Bologna
Via Rasi 14, 40127 Bologna BO
tel. 051/241480 - 258250

Associazione "Insieme per l'autismo - ONLUS"

http://web.tiscalinet.it/ass_inautismo

Via Monte Pollino, 13
87040 Castrolibero (CS)
Tel/Fax: 0984/454496

Associazione "Il Filo dala torre" ONLUS

Via Torri in Sabina, 14 - 00199 Roma
Tel. 06/8604776 - Tel./Fax. 8610619
Napoli, tel. 081/7280322
filodallatorre@hotmail.com

ANGSA Lombardia ONLUS

Via Copernico, 5, 20125, Milano
www.angsalombardia.bbk.org <<http://www.angsalombardia.bbk.org/>>

**C.I.D.M.E.P.E.R. (Centro Internazionale per la diffusione del metodo etodinamico
in psicoterapia e riabilitazione)**

Sede : viale XXI Aprile, 15, int. 7, 00162, Roma
Rec.: via Bonci, 27 int. 7, 53100 Siena
Odgovorani: Prof. M. Zappella
Tel: 0577-280808

**Osservatorio Autismo Regione Lombardia
presso Servizio NPI , Azienda Ussl 8, Merate (LC**

<http://www.promo.it/autism>

via S. Vincenzo 6, Merate (LC)

Odgovorani: Dott. S. Palazzi

Tel. 039-5916526 Fax 039-5916365

E-mail: autism@promo.it <<mailto:autism@promo.it>>

**Centro per la formazione sull'Autismo di Anversa
(affiliato Programma T.E.A.C.C.H.)**

Opleidingscentrum Autisme Palntin & Moretuslei 12

B2018 Antwerp (Belgio)

Odgovorani: Prof. T. Peeters

e-mail: info@ocautism.be <<mailto:info@ocautism.be>>, www.ocautisme.be

<<http://www.ocautisme.be/>>

Centre de Communication Concrete (C.C.C.)

Groot Beji inhof, 14, B.9040 Gent (Sint - Amandsberg) (Belgio)

Tel: 00 32 9 218 8388

Fax: 00 32 9 229 37 03

e-mail: [ccc@autisme - vl.be](mailto:ccc@autisme-vl.be) <<mailto:ccc@autisme-vl.be>>

Centro studi sulla Comunicazione Facilitata

Via Ezra Pound, 14 - 16030 Zoagli

Tel. 0185 - 233118

Odgovorani: Patrizia Cadei

Cooperativa "In dialogo"

Corso Garibaldi 115/A, 62012 Civitanova Marche (MC)

Odgovorani: Dott. A. Basile

Tel 0733/770385