

Psihosocijalna terapijska podrška obitelji djeteta s autizmom

Ćutuk, Marta

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:716154>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-05**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
EDUKACIJSKO – REHABILITACIJSKI FAKULTET

Diplomski rad

PSIHOSOCIJALNA TERAPIJSKA PODRŠKA OBITELJI DJETETA S AUTIZMOM

Marta Čutuk

Zagreb, rujan, 2023.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
EDUKACIJSKO – REHABILITACIJSKI FAKULTET

Diplomski rad

PSIHOSOCIJALNA TERAPIJSKA PODRŠKA OBITELJI DJETETA S AUTIZMOM

Marta Čutuk

doc.dr.sc. Damir Miholić

Zagreb, rujan, 2023.

Izjava o autorstvu rada Potvrđujem da sam osobno napisao/napisala rad „*Psihosocijalna terapijska podrška obitelji djeteta s autizmom*” i da sam njegova autorica. Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Marta Čutuk

Mjesto i datum: Zagreb, rujan 2023.

Zahvala

Želim se prvo zahvaliti svom mentoru doc. dr. sc. Damiru Miholiću koji mi je pomogao kroz profesionalne savjete koji su osigurali da ovaj rad bude kompletna sadržajna cjelina za daljnje proučavanje i korist drugim čitateljima.

Želim zahvaliti i svojim roditeljima koji su vjerovali u mene i omogućili mi školovanje te bili uz mene do kraja mog studija. Osim svojih roditelja, također se želim zahvaliti i svojim prijateljima i profesorima koji su ovo studijsko školovanje učinili vrijednim pamćenja.

Hvala svima!

Sažetak

Dijagnoza autizma negativno utječe na cijelu obitelj. Veći roditeljski stres/umor i veća razina psihičkih i emocionalnih problema u braće i sestara negativno utječu na dobrobit i kvalitetu života obitelji, što zauzvrat može dovesti do nepovoljne prognoze i pogoršanja simptoma kod djeteta/mlade osobe s autizmom. Često se smatra da članovi obitelji djece s autizmom doživljavaju negativne psihološke učinke koji mogu uključivati veći rizik od depresije, društvene izolacije i bračne nesloge. Mnogi roditelji također doživljavaju razdoblja nevjerice, duboke tuge i depresije te samooptuživanja i krivnje, dok drugi doživljavaju bespomoćnost, osjećaj neadekvatnosti, ljutnje, šoka i krivnje. Specifični stresori koji doprinose roditeljskoj nevolji uključuju zabrinutost zbog trajnost stanja njihovog djeteta, loše prihvaćanje autističnog ponašanja od strane društva i drugih članova obitelji i niske razine socijalne podrške koju primaju drugi roditelji. Čini se da su majke najviše pogođene i doživljavaju nevolje, konfliktne pa čak i ambivalentne emocije. Depresija je često povišena u vrijeme postavljanja dijagnoze djetetove teškoće, ali može znatno padati tijekom vremena. Razine stresa kod roditelja predviđene su težinom i redovitošću djetetovih agresivnih ispada koji uključuju ozljede drugih, samoozljeđivanje i materijalnu štetu. Roditeljski stres, osjećaj društvene izolacije i stigmatizacije bili su jasnije predviđeni u roditeljstvu djeteta s autizmom i agresijom od bilo kojeg drugog interaktivnog uzroka roditelj-dijete.

Briga o autističnom djetetu može biti izazovna za roditelje, pri čemu roditelji prijavljuju lošije mentalno zdravlje od opće populacije. Istraživanja pokazuju kako roditelji autistične djece doživljavaju više roditeljskog stresa od roditelja djece s drugim teškoćama. Čimbenici za koje se navodi da pridonose tome uključuju stupanj intelektualnih teškoća djeteta, eksternaliziranje problema u ponašanju (npr. agresiju, padove) i internalizirani stres, hiperaktivnost, poteškoće u prehrani, toalet, stroge rutine i društvene poteškoće. Osim toga, istraživanja sugeriraju da je stigma koja okružuje autizam i način na koji javnost reagira na njihovo dijete posebno stresna za roditelje i ima negativne posljedice na njihovu dobrobit..

Ključne riječi: autizam, terapija, psihosocijalna terapija.

Abstract

The diagnosis of autism has a negative impact on the whole family. Increased parental stress/fatigue and a higher level of mental and emotional problems in siblings negatively affect the well-being and quality of life of the family, which in turn can lead to unfavourable prognosis and worsening of symptoms in the child/young person with autism. Family members of children with autism are often thought to experience negative psychological effects that may involve a higher risk of depression, social isolation, and marital discord. Many parents also experience periods of disbelief, deep sorrow, depression, self - accusation, and guilt, while others experience helplessness, feelings of inadequacy, anger, shock, and guilt. Specific stressors contributing to parental distress include concern about the durability of their child's condition, poor acceptance of autistic behaviour by society and other family members, and low levels of social support received by other parents. Mothers seem to be most affected and suffer hardship, conflict, and even ambivalent emotions. Depression is often elevated at the time of diagnosis of a child's condition, but may decline significantly over time. Parents' stress levels are predicted by the severity and regularity of the child's aggressive outbursts, including injuries to others, self - injury, and material damage. Parental stress, a sense of social isolation and stigmatization were more clearly predicted in the parenting of a child with autism and aggression than any other interactive parent-child cause.

Caring for an autistic child can be challenging for parents, with parents reporting worse mental health than the general population. Studies show that parents of autistic children experience more parental stress than parents of children with other disabilities. Factors alleged to contribute to this include the degree of the child's intellectual disabilities, outsourcing behavioural problems (e.g. aggression, falls) and internalised stress, hyperactivity, dietary difficulties, toilets, strict routines and social difficulties. In addition, research suggests that the stigma surrounding autism and the way the public responds to their child is particularly stressful for parents and has negative consequences on their well-being.

Keywords: autism, therapy, psychosocial therapy.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Autizam	2
1.2. Znakovi i simptomi autizma	4
1.3. Dijagnosticiranje autizma	5
1.3.1. Dijagnoza u male djece	6
1.3.2. Dijagnoza kod starije djece i adolescenata	7
1.3.3. Dijagnoza kod odraslih	7
1.4. Tretmani i terapije	8
1.4.1. Farmakološki pristup	8
1.4.2. Bihevioralne, psihološke i obrazovne intervencije	9
1.4.3. Razvojni pristupi	10
1.4.4. Obrazovni pristupi	10
1.4.5. Socijalno-odnosni pristupi	11
1.4.6. Psihološki pristupi.....	11
1.4.7. Komplementarni i alternativni tretmani	11
1.5. Praćenje razvoja.....	11
1.5.1. Razvojni pregled	12
1.5.2. Razvojna dijagnoza	14
2. PSIHOSOCIJALNA TERAPIJSKA PODRŠKA OBITELJI DJETETA S AUTIZMOM..	15
2.1. Vrste psihosocijalne terapijske podrška za obitelji djece s autizmom.....	17
2.2. Bihevioralna terapija.....	18
2.3. Terapija govora i jezika	19
2.4. Terapija igrom	20
2.5. Obiteljska terapija.....	25
2.6. Alternativne terapije i potpore	27
2.7. Ostale terapije i programi ua podršku obitelji djeteta s autizmom	27

3. ZAKLJUČAK	31
4. LITERATURA.....	32

1. UVOD

Ovaj diplomski rad biti će pregledno istraživanje koje za cilj ima prikazati karakteristike psihosocijalne terapijske podrške obitelji djeteta s autizmom.

Cilj ovog preglednog rada je prikazati psihosocijalnu terapijsku podršku obitelji djeteta s autizmom. Psihosocijalna terapijska podrška obitelji djeteta s autizmom ima izuzetan značaj u poboljšanju kvalitete života obitelji i prilagodbi na izazove koje donosi ova neurobiološka razvojna različitost. Autizam je složeni poremećaj koji utječe na socijalnu interakciju, komunikaciju i ponašanje, te stvara izazove kako za dijete s autizmom, tako i za čitavu obitelj. Psihosocijalna terapijska podrška obitelji temelji se na razumijevanju i podršci članovima obitelji u različitim aspektima njihovog života. Ova podrška pruža obiteljima alate, strategije i informacije kako bi bolje razumjele autizam, upravljale izazovnim situacijama i poboljšale komunikaciju i interakciju s djetetom.

Jedan od ključnih ciljeva psihosocijalne terapijske podrške obitelji je jačanje roditeljskih vještina. Roditelji postaju osnaženi kako bi se nosili s izazovima koje autizam može donijeti. Kroz edukaciju, treninge i individualnu podršku, roditelji dobivaju informacije o autizmu, strategijama komunikacije i ponašanja, te tehnikama prilagodbe koje mogu primijeniti kod kuće. Osim toga, roditelji se uče kako prepoznati i upravljati vlastitim emocionalnim reakcijama, stresom i umorom koji mogu biti prisutni u obitelji s djetetom s autizmom.

Važan dio psihosocijalne terapijske podrške obitelji je i pružanje emocionalne podrške. Obiteljima se pruža prostor i vrijeme za izražavanje svojih emocija, briga i frustracija vezanih uz autizam. Kroz individualne ili grupne terapije, obitelji mogu razgovarati o svojim iskustvima, dijeliti savjete i podršku s drugim obiteljima koje prolaze kroz slične situacije. Ova vrsta podrške može pomoći u smanjenju osjećaja izolacije i pružiti osjećaj zajedništva i podrške.

Psihosocijalna terapijska podrška obitelji također uključuje suradnju s ostalim stručnjacima koji rade s djetetom s autizmom, poput terapeuta, edukacijskih stručnjaka i medicinskog osoblja. Kroz timski pristup, stručnjaci mogu pružiti obitelji sveobuhvatnu podršku, koordinirati terapijske aktivnosti, postaviti ciljeve i pratiti njihov napredak. Ova sinergija između stručnjaka i obitelji omogućuje prilagodbu terapije i podrške prema individualnim potrebama djeteta i obitelji.

Psihosocijalna terapijska podrška obitelji djeteta s autizmom također se fokusira na jačanje obiteljskih odnosa i međusobne podrške. Obitelj je ključni resurs za dijete s autizmom, stoga je važno ojačati veze unutar obitelji kako bi se stvorilo poticajno i podržavajuće okruženje za sve članove. Kroz terapijske intervencije, obitelji mogu naučiti komunikacijske vještine, strategije rješavanja konflikata i načine za poboljšanje obiteljske dinamike.

Važno je naglasiti da psihosocijalna terapijska podrška obitelji djeteta s autizmom nije samo kratkoročna intervencija, već proces kontinuirane podrške i prilagodbe. Obitelji mogu očekivati podršku tijekom različitih faza djetetovog razvoja i mijenjanja potreba. Kontinuirana evaluacija, praćenje napretka i prilagođavanje terapijskih strategija ključni su za osiguranje kontinuirane podrške obitelji. Psihosocijalna terapijska podrška obitelji djeteta s autizmom igra izuzetno važnu ulogu u olakšavanju izazova s kojima se obitelj suočava. Kroz jačanje roditeljskih vještina, pružanje emocionalne podrške, suradnju s drugim stručnjacima i poboljšanje obiteljskih odnosa, obitelji dobivaju alate i resurse potrebne za podršku svom djetetu s autizmom. Ova vrsta terapijske podrške ima pozitivan utjecaj na cijelu obitelj, stvarajući okruženje u kojem se dijete može razvijati, a obitelj može napredovati i osnažiti se.

1.1. Autizam

Poremećaj iz spektra autizma (PAS, engl. *Autism Spectrum Disorder* - PAS) je neurobiološki razvojni poremećaj koji se karakterizira oštećenjima u socijalnoj interakciji, komunikaciji i prisutnosti stereotipnih ili ponavljajućih ponašanja. PAS se manifestira u različitim stupnjevima težine, od blagog do teškog oblika, i može se javiti kod djece i odraslih. Osobe s PAS-om često imaju poteškoće u razumijevanju neverbalnih signala, poput tjelesne mimike, gestikulacije ili tonaliteta glasa, što može otežati uspostavljanje i održavanje socijalnih odnosa. Osim toga, mogu imati poteškoće u razvijanju i održavanju prijateljstava te pokazivati ograničeni interes za druge ljude i socijalne aktivnosti. Autizam ili poremećaj iz spektra autizma (PAS) odnosi se na širok raspon stanja karakteriziranih izazovima s društvenim vještinama, ponavljajućim ponašanjem, govorom i neverbalnom komunikacijom (Grgurić, Jovančević i suradnici, 2018).

Komunikacijske poteškoće kod osoba s PAS-om mogu se očitovati u izražavanju i razumijevanju jezika. Neke osobe s PAS-om mogu imati poteškoće u razvijanju verbalne komunikacije te se mogu služiti alternativnim komunikacijskim metodama, poput korištenja simbola ili tehničkih pomagala. Osim toga, ponavljajući ili stereotipni obrasci ponašanja, interesi ili aktivnosti često su prisutni kod osoba s PAS-om. Uzroci PAS-a nisu potpuno

razjašnjeni, ali se smatra da kombinacija genetskih i okolišnih faktora igra ulogu u razvoju poremećaja. Rana dijagnoza i intervencija ključni su za pružanje podrške osobama s PAS-om. Rani terapijski programi, kao što su primjena strukturiranih aktivnosti, socijalne vještine, komunikacijska terapija i podrška obitelji, mogu pomoći u razvoju funkcionalnih vještina i poboljšanju kvalitete života. Važno je naglasiti da svaka osoba s PAS-om ima jedinstvene karakteristike, snage i potrebe. Stoga je individualizirani pristup ključan u pružanju podrške i usmjeravanju osobe s PAS-om prema razvoju njihovih potencijala. Integracija osoba s PAS-om u društvo, promicanje inkluzivnog obrazovanja i osiguranje podrške i razumijevanja okoline igraju važnu ulogu u stvaranju podržavajućeg okruženja za sve osobe s PAS-om (Nikolić, Begovac, B., Begovac, I., Bujas-Petković, Matačić, Mitrović, 1992).

Budući da je poremećaj iz spektra autizma, svaka osoba s autizmom ima različite prednosti i izazove. Načini na koje osobe s autizmom uče, razmišljaju i rješavaju probleme mogu varirati od visoko kvalificiranih do onih s teškim izazovima. Nekim osobama s PAS -om može biti potrebna značajna podrška u svakodnevnom životu, dok će drugima možda trebati manje podrške i, u nekim slučajevima, živjeti potpuno neovisno (Hudson, 2018).

Nekoliko čimbenika može utjecati na razvoj autizma, a često ga prate senzorne osjetljivosti i medicinski problemi kao što su gastrointestinalni poremećaji, napadaji ili poremećaji spavanja, kao i izazovi mentalnog zdravlja kao što su anksioznost, depresija i problemi s pažnjom. Iako se autizam može dijagnosticirati u bilo kojoj dobi, opisuje se kao "razvojni poremećaj" jer se simptomi općenito pojavljuju u prve 2 ili 3 godine života. Neki povezani zastoji u razvoju mogu se pojaviti i ranije, a često se mogu dijagnosticirati već nakon 18 mjeseci. Istraživanja pokazuju da rana intervencija dovodi do pozitivnih ishoda kasnije u životu za osobe s autizmom (Hudson, 2018).

Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM-5) odnosno vodič izrađen od strane Američke psihijatrijske udruge, a koji pružatelji zdravstvenih usluga koriste za dijagnosticiranje mentalnih poremećaja, osobe s poremećajem iz spektra autizma često imaju (Hudson, 2018) : teškoće i odstupanja u komunikaciji i interakciji s drugim ljudima, ograničeni interesi i ponašanja koja se ponavljaju, simptomi koji utječu na njihovu sposobnost funkcioniranja u školi, na poslu i drugim područjima života, autizam je još prepoznat kao poremećaj iz "spektra" jer postoji velika varijacija u tipu i težini simptomatike koje ljudi proživljavaju.

Ljudima svih rasa, spolova, etničkih opredijeljenosti i ekonomskog statusa može se dijagnosticirati poremećaj iz spektra autizma. Iako PAS može biti poremećaj koji će do kraja života obilježiti osobu, generalno gledajući određeni proces u tretmanima i uslugama mogu utjecati na promjene u tijeku svakodnevnog života. Američka pedijatrijska akademija preporučuje da se sva djeca probiru za autizam. Skrbnici bi trebali razgovarati s djetetovim pružateljem zdravstvenih usluga o probiru ili procjeni PAS-a.

1.2. Znakovi i simptomi autizma

U ovom poglavlju biti će prikazan niz primjera uobičajenih tipova ponašanja kod osoba s dijagnozom PAS-a. Neće svi ljudi s PAS-om imati sva ponašanja, ali većina će imati nekoliko dolje navedenih ponašanja (Grgurić, Jovančević i suradnici, 2018).

Ponašanje u društvenoj komunikaciji/interakciji može uključivati (Grgurić, Jovančević i suradnici, 2018) : izbjegava ili ne održava kontakt očima, ne reagira na ime do 9 mjeseci starosti, ne pokazuje izraze lica poput sretnog, tužnog, ljutog i iznenađenog do 9 mjeseci starosti, ne igra jednostavne interaktivne igre poput pat-a-cake do 12 mjeseci starosti, koristi malo ili nimalo gesta do 12. mjeseca starosti (na primjer, ne maše za pozdrav), ne dijeli interese s drugima do 15. mjeseca starosti (npr. pokazuje vam predmet koji im se sviđa), ne pokazuje kako bi vam pokazao nešto zanimljivo do 18. mjeseca starosti, ne primjećuje kada su drugi povrijeđeni ili uzrujani do 24. mjeseca života, ne primjećuje drugu djecu i ne pridružuje im se u igri do 36. mjeseca života, ne pretvara se da je nešto drugo, poput učitelja ili superheroja, tijekom igre do 48. mjeseca starosti, ne pjeva, pleše ili glumi za vas do 60. mjeseca starosti.

Restriktivna/ponavljajuća ponašanja mogu uključivati (Grgurić, Jovančević i suradnici, 2018) : poreda igračke ili druge predmete i uznemiri se kad se redosljed promijeni, ponavlja riječi ili fraze iznova i iznova (naziva se eholalija), svaki put se igra igračkama na isti način, fokusiran je na dijelove predmeta (na primjer, kotače), uzrujavaju se manje promjene, ima opsesivne interese, mora slijediti određene rutine, mlati rukama, njiše tijelo ili se vrti u krug, ima neobične reakcije na način na koji stvari zvuče, mirišu, okuse, izgledaju, osobe s poremećajem iz spektra autizma također mogu imati problema sa spavanjem i razdražljivost.

Osobe iz spektra autizma također mogu imati mnoge prednosti, uključujući (Hudson, 2018) :

Sposobnost učiti stvari do detalja i pamtiti informacije dulje vrijeme, biti jaki vizualni i slušni učenici, izvrsni u matematici, znanosti, glazbi ili umjetnosti.

Ostale karakteristike

Većina ljudi s PAS-om ima druge srodne karakteristike. To može uključivati (Nikolić, Begovac, B., Begovac, I., Bujas-Petković, Matačić, Mitrović, 1992) :

Odgođene jezične vještine, vještine odgođenog kretanja, odgođene kognitivne vještine ili vještine učenja, hiperaktivno, impulzivno i/ili nepažljivo ponašanje, epilepsija ili poremećaj napadaja, neuobičajene navike u ishrani i spavanju, gastrointestinalni problemi (na primjer, zatvor), neuobičajeno raspoloženje ili emocionalne reakcije, anksioznost, stres ili pretjerana zabrinutost, nedostatak straha ili veći strah od očekivanog.

Važno je napomenuti da djeca s PAS-om možda nemaju sva ili neka od ponašanja koja su ovdje navedena kao primjeri.

1.3. Dijagnosticiranje autizma

Pružatelji zdravstvenih usluga dijagnosticiraju (PAS) procjenom ponašanja i razvoja osobe. Dijagnosticiranje poremećaja iz spektra autizma (PAS) može biti teško jer ne postoji medicinski test, poput testa krvi, za dijagnosticiranje poremećaja. Liječnici gledaju djetetovu razvojnu povijest i ponašanje kako bi postavili dijagnozu (Grgurić, Jovančević i sur., 2018).

Poremećaj iz spektra autizma se ponekad može otkriti u dobi od 18 mjeseci ili mlađoj. Do dobi od 2 godine, dijagnoza iskusnog stručnjaka može se smatrati pouzdanom. Međutim, mnoga djeca ne dobiju konačnu dijagnozu sve dok ne odrastu. Nekim ljudima dijagnoza se ne postavi dok ne postanu adolescenti ili odrasli. Ovo kašnjenje znači da osobe s poremećajem iz spektra autizma možda neće dobiti ranu pomoć koja im je potrebna. Važno je potražiti procjenu što je prije moguće. Što se ranije dijagnosticira poremećaj iz spektra autizma, prije se može započeti s liječenjem. No dijagnosticiranje djece što je ranije moguće važno je kako bi djeca dobila

usluge i podršku koja im je potrebna da ostvare svoj puni potencijal (Nikolić, Begovac, B., Begovac, I., Bujas-Petković, Matačić, Mitrović, 1992). Postoji nekoliko koraka u ovom procesu koji su objašnjeni u nastavku.

1.3.1. Dijagnoza u male djece

Dijagnoza u male djece često je proces u dvije faze.

Faza 1: Opći razvojni pregled tijekom pregleda dobrog djeteta

Svako bi dijete trebalo dobro pregledavati kod pedijatra ili pružatelja zdravstvenih usluga za ranu djecu. Američka pedijatrijska akademija preporučuje da sva djeca prođu probir za kašnjenje u razvoju tijekom posjeta dobrom djetetu u dobi od 9, 18, 24 ili 30 mjeseci, s posebnim pregledima autizma tijekom posjeta dobrom djetetu u dobi od 18 i 24 mjeseca. Dijete može dobiti dodatni pregled ako ima veću vjerojatnost od PAS -a ili problema u razvoju. Djeca s većom vjerojatnošću za PAS uključuju one koji imaju člana obitelji s PAS-om, pokazuju neka ponašanja tipična za PAS, imaju starije roditelje, imaju određena genetska oboljenja ili imaju vrlo nisku porođajnu težinu (Hudson, 2018).

Uzimanje u obzir iskustava i zabrinutosti njegovatelja važan je dio procesa probira za malu djecu. Pružatelj zdravstvenih usluga može postavljati pitanja o djetetovom ponašanju i procijeniti te odgovore u kombinaciji s informacijama iz alata za probir PAS-a i kliničkih promatranja djeteta. Ako dijete pokazuje razvojne razlike u ponašanju ili funkcioniranju tijekom ovog procesa pregleda, zdravstveni djelatnik može uputiti dijete na dodatnu procjenu.

Faza 2: Dodatna dijagnostička evaluacija

Potrebno je jasno ustanoviti koja djeca imaju PAS te to u što ranijoj dobi dijagnosticirati. Takav pristup osigurat će jasniji put ka intervenciji u liječenju i tretmanima. Također, osobama koje brinu za dijete rano otkrivanje osigurati će da se jasno fokusiraju na konkretne programe pomoći koji im mogu osigurati napredak u liječenju, a to se odnosi na obrazovne programe, bihevioralne terapije i druge usluge (Hudson, 2018).

Procjenu provodi osoblje odnosno tim zadužen za pružanje zdravstvenih usluga koji imaju iskustva u procesu dijagnostike PAS-a. Naime, tim se može sastojati od niza doktora odnosno dječjih neurologa, razvojnih pedijatarata, logopeda, dječjih psihologa i psihijatarata, obrazovnih stručnjaka i radnih terapeuta. Dijagnostička procjena će vjerojatno uključivati (Hudson, 2018):

Medicinski i neurološki pregledi, procjena kognitivnih sposobnosti djeteta, procjena jezičnih sposobnosti djeteta, promatranje ponašanja djeteta, detaljan razgovor s djetetovim odgajateljima o ponašanju i razvoju djeteta, procjena vještina primjerenih dobi potrebnih za samostalno obavljanje dnevnih aktivnosti, kao što su jelo, odijevanje i toaleta.

Obzirom kako je PAS kompleksne prirode u procesu sveobuhvatne procjene može biti (Hudson, 2018) :

Krvne pretrage, ispitivanje sluha, procjena može dovesti do formalne dijagnoze i preporuke za liječenje.

1.3.2. Dijagnoza kod starije djece i adolescenata

Skrbnici i nastavno osoblje veoma često su oni koji prvi uoče simptome PASA-a, posebno kod djece koja su starija ili su adolescenti u školi. Početnu procjenu može učiniti tim iz škole obučen za takve vrste procjena, a potom uputiti dalje na dodatne pretrage i metode procjene unutar bolničkog sustava i liječničkog tima koji je specijaliziran za autizam (Hudson, 2018). Roditelji ili skrbnici autističnog djeteta imaju priliku dobiti informacije o zdravstvenim tretmanima i uslugama za dijete, prilikom intervencije u klinikama za autizam, te na taj način mogu svoje dijete usmjeriti na daljnje liječenje. Primjerice određena djeca i adolescenti mogu imati poteškoće u shvaćanju govornih oblika, ali i razaznavanje određenog humora ili sarkazma. Problem komunikacije i stjecanje prijateljstva čest je slučaj kod djece s autizmom.

1.3.3. Dijagnoza kod odraslih

Dijagnosticiranje PASA-a kod starijih često je teže nego uspostavljanja PASA-a kod djece. U starijih osoba se neki simptomi PASA-a mogu isprepletati sa simptomima nekih drugih teškoća mentalnog zdravlja, poput anksioznog poremećaja ili poremećaja pažnje ili hiperaktivnosti (ADHD).

Odrasli koji primijete znakove PASA-a trebali bi razgovarati s liječnikom i zatražiti uputnicu za procjenu. Iako se procjena kod odraslih još uvijek usavršava, odrasli se mogu uputiti neuropsihologu, psihologu ili psihijatru koji ima iskustva s PASA-om. Stručnjak će pitati o (Hudson, 2018):

Socijalnoj interakciji i komunikacijskim izazovima, senzornim problemima, ponavljajućim ponašanjima, ograničenim interesima.

Procjena jednako tako može obuhvatiti razgovor s njegovateljima ili ostalim dijelom obitelji kako bi se ustanovilo o najranijem razvojnom povijesti osobe. To može osigurati jasnije postavljanje dijagnoze. Primanje točne dijagnoze autizma kao odrasle osobe može osigurati osobi da razumije izazove iz prošlosti, identificira vlastite snage i pronađe pravu vrstu pomoći.

1.4. Tretmani i terapije

Liječenje PASA-a treba započeti što je prije moguće nakon dijagnoze. Rano liječenje je važno jer odgovarajuća skrb i usluge mogu smanjiti poteškoće pojedinca dok im pomažu da izgrade svoje snage i steknu nove vještine. Osobe s PAS-om se susreću sa širokom lepezom problema. Naime, jasno je da ne postoji najbolja terapija za autizam, svaki pristup je individualan. Uska suradnja s liječnicima ključan je dio iznalaženja jasne kombinacije liječenja i usluga. Postoje mnoge vrste dostupnih tretmana. Ti se tretmani općenito mogu podijeliti u sljedeće kategorije, iako neki tretmani uključuju više od jednog pristupa (Hudson, 2018) : bihevioralni, razvojni, edukativni, društveno-odnosni, farmakološki, psihološki, komplementarni i alternativni.

1.4.1. Farmakološki pristup

Ne postoje lijekovi koji liječe temeljne simptome PASA-a. Neki lijekovi liječe istodobne simptome koji mogu pomoći osobama da bolje funkcioniraju. Na primjer, lijekovi mogu pomoći u kontroli visoke razine energije, nemogućnosti fokusiranja ili ponašanja koje rezultira samoozljeđivanjem, kao što je lupanje glavom ili griženje ruku. Lijekovi također mogu pomoći u upravljanju pratećim psihološkim stanjima, kao što su anksioznost ili depresija, uz medicinska stanja kao što su napadaji, problemi sa spavanjem ili želučani ili drugi gastrointestinalni problemi. Liječnik može propisati lijekove za liječenje specifičnih simptoma. Uz lijekove, osoba s poremećajem iz spektra autizma može imati manje problema s (Hudson, 2018) : razdražljivosti, agresijom, ponašanje koje se ponavlja, hiperaktivnosti, problemi s pažnjom, anksioznosti i depresijom.

Važno je raditi s liječnikom koji ima iskustva u liječenju osoba s PAS-om kada se razmatra upotreba lijekova. Ovo se odnosi i na lijekove na recept i na lijekove bez recepta. Pojedinci, obitelji i liječnici moraju surađivati kako bi pratili napredak i reakcije kako bi bili sigurni da negativne nuspojave lijeka neće nadmašiti dobrobiti.

1.4.2. Bihevioralne, psihološke i obrazovne intervencije

Bihevioristički pristupi usmjereni su na promjenu ponašanja razumijevanjem onoga što se događa prije i poslije ponašanja. Bihevioralni pristupi imaju najviše dokaza za liječenje simptoma PASA-a. Postali su široko prihvaćeni među nastavnicima i zdravstvenim radnicima te se koriste u mnogim školama i klinikama za liječenje. Značajan bihevioralni tretman za osobe s PAS-om naziva se primijenjena analiza ponašanja (ABA). Primijenjena analiza ponašanja potiče željena ponašanja i obeshrabruje neželjena ponašanja radi poboljšanja različitih vještina. Napredak se prati i mjeri. Dvije primijenjene analize ponašanja stila podučavanja su Discrete Trial Training (DTT) i Pivotal Response Training (PRT) .

- DTT koristi upute korak po korak za podučavanje željenog ponašanja ili odgovora. Lekcije se raščlanjuju na najjednostavnije dijelove, a željeni odgovori i ponašanja se nagrađuju. Neželjeni odgovori i ponašanja se ignoriraju.
- PRT se odvija u prirodnom okruženju, a ne u kliničkom okruženju. Cilj PRT-a je poboljšati nekoliko "glavnih vještina" koje će pomoći osobi da nauči mnoge druge vještine. Jedan primjer ključne vještine je započinjanje komunikacije s drugima.

Osobe s PAS-om mogu biti poslone liječniku koji je specijaliziran za pružanje bihevioralnih, psiholoških, obrazovnih intervencija ili intervencija za izgradnju vještina. Ti su silabusi često visoko postavljeni i jaki te mogu uključivati skrbnike, braću i sestre i druge članove obitelji. Takvi silabusi procjene mogu pomoći osobama s PAS-om (Hudson, 2018): naučiti društvene, komunikacijske i jezične vještine, smanjiti ponašanja koja ometaju svakodnevno funkcioniranje, povećati ili nadograditi snage, naučiti životne vještine za samostalan život.

Trenutačni tretmani poremećaja iz spektra autizma (PAS) nastoje smanjiti simptome koji ometaju svakodnevno funkcioniranje i kvalitetu života. Poremećaj iz spektra autizma utječe na svaku osobu drugačije, što znači da ljudi s PAS-om imaju jedinstvene prednosti i izazove te različite potrebe liječenja. Stoga planovi liječenja obično uključuju više stručnjaka i prilagođeni su pojedincu.

Tretmani se mogu provoditi u obrazovnom, zdravstvenom, društvenom ili kućnom okruženju ili u kombinaciji okruženja. Važno je da pružatelji usluga komuniciraju međusobno i s osobom s PAS-om i njihovom obitelji kako bi osigurali da ciljevi liječenja i napredak ispunjavaju očekivanja.

Kako pojedinci izlaze iz srednje škole i odrastaju u odraslu dob, dodatne usluge mogu pomoći u poboljšanju zdravlja i svakodnevnog funkcioniranja te olakšati društveni angažman i angažman u zajednici. Nekima će možda biti potrebna potpora za nastavak obrazovanja, dovršetak obuke za posao, pronalazak zaposlenja i siguran smještaj i prijevoz.

1.4.3. Razvojni pristupi

Razvojni pristupi usmjereni su na poboljšanje specifičnih razvojnih vještina, kao što su jezične vještine ili fizičke vještine, ili širi raspon međusobno povezanih razvojnih sposobnosti. Razvojni pristupi često se kombiniraju s bihevioralnim pristupima. Najčešća razvojna terapija za osobe s PAS-om je terapija govora i jezika. Terapija govora i jezika pomaže poboljšati razumijevanje i korištenje govora i jezika kod osobe. Neki ljudi s PAS-om komuniciraju verbalno. Drugi mogu komunicirati korištenjem znakova, gesta, slika ili elektroničkih komunikacijskih uređaja. Radna terapija podučava vještine koje pomažu osobi živjeti što je moguće neovisnije. Vještine mogu uključivati odijevanje, jedenje, kupanje i odnos s ljudima. Radna terapija također može uključivati (Hudson, 2018): terapija senzorne integracije koja pomaže u poboljšanju odgovora na senzorne inpute koji mogu biti restriktivni ili neodoljivi, fizikalna terapija može pomoći u poboljšanju fizičkih vještina, kao što su fini pokreti prstiju ili veći pokreti trupa i tijela, denverski model ranog početka (ESDM) širok je razvojni pristup temeljen na načelima primijenjene analize ponašanja. Koristi se kod djece od 12-48 mjeseci. Roditelji i terapeuti koriste se igrom, društvenom razmjenom i zajedničkom pažnjom u prirodnim okruženjima za poboljšanje jezičnih, društvenih i vještina učenja.

1.4.4. Obrazovni pristupi

Obrazovni tretmani daju se u učionici. Jedna vrsta obrazovnog pristupa je pristup liječenju i obrazovanju autistične i povezane komunikacijski hendikepirane djece (TEACCH). TEACCH se temelji na ideji da osobe s autizmom napreduju zahvaljujući dosljednosti i vizualnom učenju. Učiteljima pruža načine za prilagodbu strukture učionice i poboljšanje akademskih i drugih rezultata. Na primjer, svakodnevne rutine mogu se napisati ili nacrtati i staviti na jasno vidljivo mjesto. Granice se mogu postaviti oko stanica za učenje. Verbalne upute mogu se dopuniti vizualnim uputama ili fizičkim demonstracijama.

1.4.5. Socijalno-odnosni pristupi

Socijalno-relacijski tretmani usmjereni su na poboljšanje društvenih vještina i izgradnju emocionalnih veza. Neki socijalno-relacijski pristupi uključuju roditelje ili vršnjake mentore. Model koji se temelji na razvojnim, individualnim razlikama i odnosima (također nazvan “vrijeme na podu”) potiče roditelje i terapeute da slijede interese pojedinca kako bi proširili mogućnosti komunikacije (Hudson, 2018)

Model Intervencije za razvoj odnosa (RDI) uključuje aktivnosti koje povećavaju motivaciju, interes i sposobnosti za sudjelovanje u zajedničkim društvenim interakcijama. Društvene priče pružaju jednostavne opise onoga što možete očekivati u društvenoj situaciji. Grupe društvenih vještina pružaju mogućnosti osobama s PAS-om da vježbaju društvene vještine u strukturiranom okruženju.

1.4.6. Psihološki pristupi

Psihološki pristupi mogu pomoći osobama s PAS-om da se nose s anksioznošću, depresijom i drugim problemima mentalnog zdravlja. Kognitivno-bihevioralna terapija (CBT) jedan je psihološki pristup koji se fokusira na učenje veza između misli, osjećaja i ponašanja. Tijekom CBT-a, terapeut i pojedinac rade zajedno kako bi identificirali ciljeve i zatim promijenili način na koji osoba razmišlja o situaciji kako bi promijenili način na koji reagiraju na situaciju. (Remschmidt, 2009).

1.4.7. Komplementarni tretmani

Neki pojedinci i roditelji koriste tretmane koji se ne uklapaju ni u jednu drugu kategoriju. Ovi tretmani poznati su kao komplementarni i alternativni tretmani. Komplementarni i alternativni tretmani često se koriste kao dopuna tradicionalnijim pristupima. One mogu uključivati posebne dijete, biljne dodatke prehrani, kiropraktiku, terapiju životinjama, umjetničku terapiju, svjesnost ili terapije opuštanja. Pojedinci i obitelji uvijek bi trebali razgovarati sa svojim liječnikom prije početka komplementarnog i alternativnog liječenja (Bujas Petković i sur., 2010).

1.5. Praćenje razvoja

Praćenje razvoja djeteta je ključan proces koji omogućuje roditeljima i pružateljima usluga da steknu uvid u napredak, vještine i sposobnosti djeteta. To je aktivan i stalni proces promatranja

rasta i razvoja djeteta te razmjene informacija između roditelja i stručnjaka. Praćenje razvoja obuhvaća opažanje djetetovih fizičkih, emocionalnih, kognitivnih i socijalnih vještina. Roditelji imaju važnu ulogu u promatranju djetetovog razvoja jer su oni najbliži svakodnevnim interakcijama s djetetom. Oni mogu primijetiti promjene u djetetovom ponašanju, interakcijama, komunikaciji i motoričkim vještinama. Komunikacija između roditelja i pružatelja usluga, kao što su pedijatri, terapeuti ili odgojitelji, ključna je za praćenje razvoja djeteta. Redoviti razgovori i dijeljenje informacija o postignućima, postupnom napretku ili mogućim poteškoćama omogućuju pravovremeno prepoznavanje potreba djeteta i prilagodbu podrške i intervencija.

Praćenje razvoja također uključuje korištenje različitih alata i mjernih instrumenata kako bi se objektivno procijenile djetetove vještine i sposobnosti. To može uključivati standardizirane testove, upitnike, opažanje i ocjenu djetetovih postignuća u različitim područjima razvoja. Kroz praćenje razvoja, roditelji i pružatelji usluga mogu prepoznati rane znakove poteškoća ili zaostajanja u razvoju te pravovremeno započeti intervencije i podršku. Rani intervencijski programi imaju velik značaj u pružanju potrebnih usluga i poticanju razvoja djeteta.

Kao rezultat praćenja razvoja, roditelji i pružatelji usluga mogu surađivati u planiranju individualiziranih intervencija i podrške koje odgovaraju specifičnim potrebama djeteta. Ovaj kontinuirani proces promatranja i evaluacije omogućuje prilagodbu strategija i aktivnosti kako bi se maksimalno podržao djetetov razvoj i napredak (Bujas Petković, Frey Škrinjar, 2010).

1.5.1. Razvojni pregled

Razvojni pregledi su važan dio skrbi o djetetu i omogućuju pornije praćenje djetetovog razvoja. Oni se obavljaju redovito kako bi se provjerile djetetove vještine, postignuća i ponašanje. Čak i ako nema poznatih briga ili problema, razvojni pregledi su preporučeni dio rutinskih posjeta dobroj djeci. Prema preporukama Američke pedijatrijske akademije (AAP), pregled razvoja i ponašanja preporučuje se za svu djecu tijekom redovitih posjeta dobroj djeci u određenoj dobi. Ovi pregledi obuhvaćaju procjenu različitih aspekata djetetovog razvoja, uključujući motoričke vještine, jezični razvoj, kognitivne sposobnosti, socijalne interakcije i emocionalni razvoj.

Cilj razvojnog pregleda je identificirati eventualna odstupanja ili poteškoće u razvoju što je ranije moguće. Rano otkrivanje mogućih problema omogućuje pravovremenu intervenciju i podršku, što može biti ključno za poboljšanje ishoda djeteta. Tijekom pregleda, liječnik ili drugi

pružatelj usluga provodi različite testove, opaža djetetovo ponašanje, komunikaciju i motoričke sposobnosti te razgovara s roditeljima o djetetovim postignućima i eventualnim brigama. Razvojni pregledi pružaju roditeljima priliku da postave pitanja, izraze svoje brige i dobiju smjernice za podršku i daljnje aktivnosti kod kuće. Ovi pregledi su također važni za praćenje napretka djeteta tijekom vremena i prilagođavanje intervencija prema individualnim potrebama djeteta.

Važno je napomenuti da razvojni pregledi ne trebaju izazivati zabrinutost kod roditelja. Oni su rutinski dio brige o djetetu i pružaju priliku za praćenje i podršku djetetovom razvoju. Redoviti pregledi pridonose cjelokupnom zdravlju i dobrobiti djeteta, omogućujući pravovremenu intervenciju ako je potrebna (Bujas Petković, Frey Škrinjar, 2010). Razvojni pregledi trebaju se obaviti svako:

- 9 mjeseci,
- 18 mjeseci,
- 30 mjeseci.

Razvojni pregledi su važan dio brige o djetetu i preporučuju se redovito kako bi se pratio djetetov razvoj i identificirala eventualna odstupanja. Kroz ove preglede, roditelji dobivaju informacije, podršku i smjernice za održavanje djetetovog napretka i razvoja. Osim toga, AAP preporučuje da se sva djeca testiraju posebno na PAS tijekom redovitih posjeta (Bujas Petković, Frey Škrinjar, 2010) : 18 mjeseci, 24 mjeseca.

Upitnici i kontrolne liste koriste se kao sredstvo za provođenje razvojnog probira kod djece. Oni se temelje na istraživanjima koja uspoređuju dijete s drugom djecom iste dobi i omogućuju procjenu različitih aspekata djetetovog razvoja. Ovi upitnici obuhvaćaju područja poput jezičnih vještina, motoričkih sposobnosti, kognitivnih funkcija te ponašanja i emocionalnog stanja djeteta. Razvojni probir može se provesti od strane različitih stručnjaka u zdravstvenoj skrbi, zajednici ili školi, poput liječnika, medicinske sestre ili psihologa. Oni mogu zatražiti od roditelja da ispune upitnik kao dio procesa probira. Ovi upitnici pomažu u identificiranju eventualnih poteškoća ili odstupanja u razvoju djeteta te pružaju smjernice za daljnje korake.

Važno je napomenuti da razvojni probir treba obaviti u preporučenom vremenskom okviru, ali također se može provesti i izvan tog vremena ako postoji zabrinutost roditelja ili liječnika.

Dodatni probir može biti potreban ako je dijete izloženo visokom riziku od PAS-a, kao što je prisutnost bliskog člana obitelji s PAS-om, ili ako se primijeti ponašanje koje se povezuje s PAS-om (National Research Council, 2001).

Upitnici i kontrolne liste pružaju dodatne informacije koje su korisne u procjeni djetetovog razvoja, ali ne služe kao dijagnostički alati. Ako se tijekom razvojnog probira primijete poteškoće ili sumnje na PAS, daljnja procjena i dijagnostički postupci mogu biti potrebni kako bi se postavila točna dijagnoza i započela odgovarajuća terapijska podrška. Razvojni probir i korištenje upitnika pridonose ranom otkrivanju i intervenciji kod djece s PAS-om, omogućujući pravovremenu podršku i terapiju koja može značajno poboljšati djetetov razvoj i kvalitetu života..

1.5.2. Razvojna dijagnoza

Kratak test pomoću alata za probir ne daje dijagnozu, ali može pokazati je li dijete na pravom putu razvoja ili bi ga trebao detaljnije pregledati stručnjak. Ako alat za probir identificira područje koje izaziva zabrinutost, možda će biti potrebna službena procjena razvoja. Ova formalna procjena je dublji pogled na djetetov razvoj i obično je provodi obučeni stručnjak kao što je razvojni pedijatar, dječji psiholog, logoped, radni terapeut ili drugi specijalist. Specijalist može promatrati dijete dati mu strukturirani test, postavljati pitanja roditeljima ili skrbnicima ili ih zamoliti da ispune upitnike. Rezultati ove formalne evaluacije ističu jake strane i izazove vašeg djeteta i mogu informirati ispunjava li ono kriterije za razvojnu dijagnozu (Bujas Petković, Frey Škrinjar, 2010).

Dijagnoza PAS-a uključuje nekoliko stanja koja su se prije dijagnosticirala odvojeno; poremećaj iz spektra autizma, pervazivni razvojni poremećaj koji nije drugačije specificiran (PDD-NOS) i Aspergerov sindrom. Naime, liječnik ili drugi pružatelj zdravstvene skrbi vam pomoći razumjeti i upravljati dijagnostičkim procesom (National Research Council, 2001).

2. PSIHOSOCIJALNA TERAPIJSKA PODRŠKA OBITELJI DJETETA S AUTIZMOM

Poremećaje iz spektra autizma (PAS) karakteriziraju poremećaji komunikacije i uzajamne socijalne interakcije. Ta oštećenja mogu utjecati na odnose s članovima obitelji, povećati stres i frustraciju te doprinijeti ponašanju koje se može opisati kao izazovno. Članovi obitelji osoba s PAS-om mogu iskusiti visoke stope stresa i opterećenja njegovatelja te lošu roditeljsku učinkovitost. Iako postoje dokazi koji upućuju na to da pojedinci s poremećajem i članovi obitelji imaju koristi od psiholoških intervencija osmišljenih za smanjenje stresa i morbiditeta mentalnog zdravlja, te da poboljšaju suočavanje, većina studija do danas ciljala je na potrebe ili pojedinaca s PAS-om ili članova obitelji (Spain i sur., 2017).

Iskustva i potrebe članova obitelji osoba s PAS-om posljednjih godina privlače sve veću pozornost. Nalazi iz epidemioloških i genetskih studija pokazuju da je autizam visoko nasljedno stanje (Hallmayer, 2011; Lichtenstein, 2010; Lundström, 2010). Također, studije su otkrile da roditelji osoba s PAS-om mogu imati višu razinu stresa, uznemirenosti, umora, tjeskobe i simptoma depresije od onih prijavljenih za roditelje tipično razvijenih ili drugih kliničkih populacija (Cadman, 2012; Firth, 2013; Giallo, 2013; Hoefman, 2014). Osim toga, rezultati istraživanja sugeriraju da njegovatelji mogu doživjeti zabrinutost o svojoj roditeljskoj učinkovitosti i suočavanju (Karst, 2012), te da to može utjecati na zadovoljstvo u braku (Hartley, 2011). Bilo je nekih, iako ograničenih, istraživanja o braći i sestrama osoba s PAS-om. Probni nalazi studije sugeriraju da neka braća i sestre mogu doživjeti blago povišene razine "problema u ponašanju" u usporedbi s nekliničkom populacijom (Hastings 2014) ili obilježja anksioznosti (Shivers, 2013). Prilagodba i odnosi između braće i sestara mogu biti pod utjecajem ozbiljnosti PAS-a i povezanih simptoma (Petalas, 2012 ; Rivers, 2003). Također se može očekivati da braća i sestre preuzmu više kućanskih dužnosti (npr. kućanskih poslova) ili više odgovornosti (npr. neformalna skrb) u usporedbi s pojedincem s PAS-om, iako to nije dosljedan nalaz među studijama (Meirsschaut, 2011).

Psihosocijalna terapijska podrška se odnosi na različite terapijske intervencije koje se provode radi pomoći ljudima da se nose s emocionalnim, psihološkim i socijalnim poteškoćama. Ova vrsta terapije može biti korisna za mnoge probleme, uključujući anksioznost, depresiju, traumu, poremećaje ponašanja, poremećaje prehrane, ovisnosti, stres, problem u vezi i drugo. Psihosocijalna terapijska podrška je posebno važna za obitelji koje imaju dijete s autizmom. Djeca s autizmom često se suočavaju s izazovima u komunikaciji, socijalizaciji, ponašanju i senzornim integracijama. Ove poteškoće mogu uzrokovati veliki stres i opterećenje za članove obitelji i može dovesti do toga da se osjećaju izolirano, bespomoćno i preopterećeno.

Psihosocijalna terapijska podrška je pristup liječenju koji kombinira elemente psihoterapije i socijalne podrške kako bi pomogao ljudima da se nose s različitim psihološkim, emocionalnim i socijalnim izazovima. Psihosocijalna terapijska podrška se može primijeniti u različitim kontekstima, uključujući liječenje mentalnih poremećaja, problematičnih obrazaca ponašanja, stresa, tjeskobe, depresije, trauma, ovisnosti i drugih emocionalnih problema (Spain i sur. 2017).

Kada se primjenjuje u kontekstu obitelji djeteta s autizmom, psihosocijalna terapijska podrška se fokusira na pomoć članovima obitelji da se nose s emocionalnim i socijalnim izazovima koje

nosi život s djetetom s autizmom. Psihosocijalna terapijska podrška može pomoći roditeljima i ostalim članovima obitelji da razumiju i prihvate autizam, razviju učinkovite strategije komunikacije i ponašanja, poboljšaju kvalitetu života djeteta i obitelji te razviju vještine koje će im pomoći u suočavanju s izazovima u budućnosti (Karst, 2012).

Postoji niz različitih pristupa psihosocijalne terapijske podrške koji se mogu primijeniti u kontekstu obitelji djeteta s autizmom. Ovi pristupi mogu uključivati terapiju igrom, terapiju govora i jezika, bihevioralna terapija, obiteljska terapija, grupnu terapiju i druge oblike terapije. Psihosocijalna terapijska podrška za obitelji djece s autizmom može uključivati različite vrste terapija, ovisno o potrebama obitelji i djeteta. Neke od najčešćih vrsta psihosocijalne terapijske podrške za obitelji djece s autizmom uključuju sljedeće (Hastings, 2014) : bihevioralna terapija, terapija govora i jezika, terapija igrom, obiteljska terapija.

Psihosocijalna terapijska podrška za obitelji djece s PAS-om također može uključivati psihološko savjetovanje, podršku vršnjacima i obuku roditelja kako bi se oni osnažili i osposobili za rad s djetetom s autizmom. U svakom slučaju, psihosocijalna terapijska podrška se prilagođava potrebama obitelji djeteta s autizmom te se često koristi u kombinaciji s drugim oblicima terapije i podrške kako bi se postigli najbolji rezultati.

2.1. Vrste psihosocijalne terapijske podrška za obitelji djece s autizmom

U kontekstu obitelji djeteta s autizmom, psihosocijalna terapijska podrška može pomoći članovima obitelji da se nose s emocionalnim i socijalnim izazovima koje nosi život s djetetom s PAS-om. Djeca mogu imati poteškoće u socijalnoj interakciji, komunikaciji, ponašanju i emocionalnom izrazu, što može biti izazovno za roditelje i ostale članove obitelji. Psihosocijalna terapijska podrška se fokusira na pomoć roditeljima i obitelji da razumiju autizam, razviju učinkovite strategije komunikacije i ponašanja, poboljšaju kvalitetu života djeteta i obitelji te razviju vještine koje će im pomoći u suočavanju s izazovima u budućnosti. Psihosocijalna terapijska podrška se može primijeniti na različite načine u kontekstu obitelji djeteta s autizmom (Hastings 2014). Na primjer, terapija igrom se često koristi za djecu s autizmom jer omogućuje djetetu da se izrazi na svoj način, bez potrebe za verbalnom komunikacijom. Terapija govora i jezika se fokusira na poboljšanje sposobnosti djeteta da komunicira, dok terapija ponašanja pomaže u razvoju pozitivnih obrazaca ponašanja i smanjenju negativnih (Smith, Iadarola, 2015).

Terapija obitelji se usredotočuje na poboljšanje komunikacije i odnosa unutar obitelji te pomaže roditeljima i ostalim članovima obitelji da se nose s izazovima autizma. Grupna terapija može pomoći obiteljima da se povežu s drugim obiteljima koje prolaze kroz slične izazove i osjećaju se manje usamljeno i izolirano. Psihosocijalna terapijska podrška se prilagođava potrebama obitelji djeteta s autizmom te se često koristi u kombinaciji s drugim oblicima terapije i podrške kako bi se postigli najbolji rezultati. Primjena psihosocijalna terapijska podrška može pomoći roditeljima i ostalim članovima obitelji da se bolje nose s izazovima autizma, poboljšaju kvalitetu života djeteta i obitelji. Psihosocijalna terapijska podrška može biti ključna za poboljšanje kvalitete života obitelji s djetetom s PAS-om. Psihosocijalna terapijska podrška obitelji djeteta s PAS-om se odnosi na različite vrste terapija koje su usmjerene na pomoć obitelji u savladavanju izazova i poteškoća koje se javljaju u vezi s autizmom djeteta.

2.2. Bihevioralna terapija

Ova terapija se fokusira na promjenu ponašanja djeteta, kao i na podučavanje roditelja kako bi se poboljšala interakcija s djetetom. Terapija ponašanja može biti korisna za obitelji djece s autizmom jer se fokusira na specifične poteškoće koje se javljaju u svakodnevnom životu, kao što su poteškoće u komunikaciji ili učenju novih vještina. Od pionirskog rada Lovaasa i njegovih kolega pristupi ponašanja dosljedno su se primjenjivali u liječenju osoba oboljelih od autizma (Lovaas i sur., 1966). Ti pristupi uključuju poučavanje odgovarajućih ponašanja, uključujući govor, socijalne vještine, vještine u učionici i vještine samopomoći, uz istodobno smanjivanje negativnih, disfunkcionalnih. U bihevioralnoj terapiji, terapeuti koriste principe učenja kao što su kondicioniranje i modeliranje. Na primjer, terapeuti jačaju željena ciljana ponašanja, prvo ih oblikujući (rašćlanjajući ih kako bi ih se moglo učiti postupno), a zatim nagrađujući svaki korak jasno i dosljedno. Uz to, može se koristiti i procjena funkcionalnog ponašanja, diferencijalno pojačanje, poticanje, analiza zadataka i ulančavanje, stimulativna kontrola/modifikacija okoliša i izumiranje kako bi se vodilo specifično željeno ponašanje. Posebno se pokušalo diferencijalnom tehnikom pojačanja zamijeniti neprimjereno i ponekad potencijalno opasno ponašanje (npr. samoštetno ponašanje, agresija) odgovarajućim ili relativno manje opasnim ponašanjem. Bihevioralni terapeuti također koriste imitaciju ili princip modeliranja kod individualnog liječenja osoba s PAS-om. Pokazuju željeno ponašanje i vode autistične pojedince da ga imitiraju. Tehnika imitacije ili modeliranja često se koristi kako bi se ljude s autizmom naučilo govoriti. Uz pažljivo planiranje i izvršenje, navedeni postupci ponašanja često stvaraju nova i funkcionalnija ponašanja (Lovaas i sur., 1966).

Postoje istraživanja i dokazi koji ukazuju na djelotvornost bihevioralnih pristupa u osoba s PAS-om. Na primjer, Odom, Collet-Klingenberg, Rogers i Hatton (2010) pregledali su literaturu o liječenju autizma i identificirali 24 ciljane intervencijske prakse koje dokumentiraju empirijske dokaze. Dokazi su utvrđeni ako je fokusirana intervencija bila učinkovita u rješavanju specifičnih individualiziranih ciljeva planiranja obrazovanja za učenike s autizmom. Popis Odoma i sur., (2010) uključuje intervencije koje se odnose na bihevioralne pristupe. Sami istraživači grupirali su ih u dvije veće deskriptorsko-bihevioralne intervencijske strategije (koje uključuju poticanje, jačanje, analizu zadataka i umrežavanje te vremensku odgodu) i pozitivne strategije bihevioralne potpore (što uključuje procjenu funkcionalnog ponašanja, kontrolu podražaja/modifikaciju okoliša, prekid/preusmjeravanje odgovora, obuku za funkcionalnu komunikaciju, izumiranje i diferencijalno pojačanje). Tijekom revizije predloženo je da strategije bihevioralne intervencije budu učinkovite u rješavanju odgovarajućih akademskih, komunikacijskih i igračih vještina. S druge strane, predloženo je da su pozitivne strategije podrške ponašanju učinkovite u rješavanju uplitanja u ponašanja (npr. tantrumi, disruptivna ponašanja, agresija, samoozljeđivanje, ponavljajuća ponašanja).

Iako se bihevioralne intervencije za PAS ponekad provode u obliku ciljane intervencije, bihevioralne intervencije za autizam uglavnom se pružaju u obliku sveobuhvatnog paketa liječenja kojim se rješava širok raspon vještina i sposobnosti. Kao što je ranije opisano, Odom, Boyd, Hall, Hume (2010) razlikuju ovaj sveobuhvatni model liječenja od ciljanih interventnih praksi. Sveobuhvatne intervencije podrazumijevaju stotine sati izravne intervencije s autističnim djetetom (obično više od 1000 sati), dok ciljane intervencije uključuju manje od 50 sati intervencije (Smith, Iadarola, 2015). Primjeri uključuju model Lovaas (1966), model ranog starta Denver (ESDM) (Rogers i sur., 2006), iskustva učenja: Alternativni program za predškolce i roditelje (SKOK) (Hoysen i sur., 1984), te liječenje i obrazovanje autistične i srodne djece s poteškoćama u komunikaciji (TEACCH) (Mesibov i sur., 2004).

2.3. Terapija govora i jezika

Terapija govora i jezika se fokusira na pomoć djetetu s PAS-om u razvoju govora i jezika, te pomaže roditeljima da nauče kako bi mogli poticati razvoj govora i jezika kod djeteta. Terapija govora i jezika je često ključna za pomoć djetetu s autizmom u komunikaciji s drugima.

Dva glavna teorijska okvira koja su uočena u literaturi o liječenju autizma su modeli ponašanja koji su predstavljeni primijenjenom analizom ponašanja i razvojnim socialpragmatiskim

modelima koji se također nazivaju „razvojnim, „interaktivnim”, „transakcijskim”, „ili „interpersonalnim” modelima (Smith, Iadarola, 2015). Bihevioralne intervencije temelje se na stajalištu da je PAS poteškoća u učenju te se stoga treba riješiti primjenom strategija učenja kao što je operantno uvjetovanje. S druge strane, intervencije razvojni, socialpragmatskim modelima temelje se na stajalištu da je temeljna značajka autizma smanjena sposobnost sudjelovanja u aktivnostima zajedno s drugima, što dovodi do niza problema s društvenom komunikacijom i interakcijom (Mundy, Crowson, 1997). Intervencijske strategije razvojnim socialpragmatskim modelima izvedene su iz nalaza razvojne psihologije koji naglašavaju interakcije između djece i njegovatelja.

Utemeljene na tim teorijskim načelima, intervencije razvojnim socialpragmatskim modelima imaju za cilj promicati društvenu komunikaciju i interakciju reagirajući na dijete na načine kao što su imitiranje ili uključivanje u igru aktivnosti koje autistično dijete inicira (Smith, Iadarola, 2015). S obzirom na glavne teorijske perspektive na kojima se temelje razvojni socialpragmatskim modeli intervencije vještina društvene komunikacije za autizam koje su empirijski podržane uglavnom se temelje na razvojnim socialpragmatskim modelima. Međutim, istraživači autizma također su uočili preklapanje intervencija razvojnim socialpragmatskim modelima i primijenjene analize ponašanja i kombinirali ih kako bi postigli bolje rezultate u društveno-komunikacijskim funkcijama autistične djece. Primjerice, Smith (2011) ističe preklapanje intervencija razvojnim socialpragmatskim modelima i primijenjene analize ponašanja naglašavajući da su svi razvojni socialpragmatski modeli i primijenjene analize ponašanja namijenjene poboljšanju razvoja djece i rješavanju nedostataka u socijalnoj interakciji i komunikaciji. Slično tome, Ingersoll i sur. (2005) uočio je preklapanje između dviju intervencija navodeći da intervencije razvojnim socialpragmatskim modelima, poput intervencija primijenjenom analizom ponašanja, imaju za cilj pomoći autističnoj djeci da nauče nove vještine. Međutim, te dvije intervencije mogu se razlikovati po tome što intervencije razvojnim socialpragmatskim modelima, imaju najveći prioritet u socijalnoj komunikaciji i interakciji, dok intervencije primijenjenom analizom ponašanja imaju najveći prioritet u nizu definiranja i povezanih značajki autizma (Lovaas, 1966).

2.4. Terapija igrom

Terapija igrom se bavi poteškoćama u društvenoj interakciji i socijalnoj interakciji. Terapeuti koriste igru i društvene interakcije kako bi pomogli djetetu s PAS-om da poboljša svoje socijalne vještine i razumijevanje društvenih situacija. Terapija igrom u psihijatriji se

primjenjuje gotovo stoljeće. Međutim, prakticira se stotinama ili čak tisućama godina. Terapija igrom prvenstveno je namijenjena pomoći djeci. To je način na koji djeca koriste igru kako bi odala počast svojim jedinstvenim mentalnim sposobnostima i razvojnim razinama kako bi prikazala svoje osjećaje, emocije, želje, želje, želje, radosti, strahove, tjeskobu, brige i komunikaciju kao jezik igre.

Glavni cilj terapije igrom je prevencija ili rješavanje psihosocijalnih poteškoća i postizanje optimalnog zdravog rasta i razvoja djeteta (Johnson 2015). Omogućuje djetetu savladavanje različitih prepreka na putu do pravilnog razvoja, pomaže djetetu da bude odgovornije u svom ponašanju, razvija uspješne strategije i kreativna rješenja problema. Također osposobljava dijete da poštuje i prihvaća sebe i druge, uči kako izraziti svoje osjećaje i emocije te poštivati tuđe misli i osjećaje (Doughert, Ray, 2007). Terapija igrom može se koristiti kao dijagnostičko i terapeutsko sredstvo. U početku terapeut igrom promatra dijete tijekom igre kako bi identificirao djetetov problem; procijeniti njegov/njezin problem. Zatim se terapeut bavi problemom u skladu s tim, podstičući i podržavajući dijete da nauči i izvrši samoizražavanje i komunikaciju putem njegove/njezine misli o unutarnjem svijetu. Terapeut pomaže u prevladavanju neriješene traume, omogućuje djetetu da ovlada i izvrši novi mehanizam suočavanja, preusmjerava neprikladna ponašanja i obogaćuje adaptivne bihevioralne reakcije (Lane i sur., 2019).

Iako se škole terapije igrom razlikuju u svojoj filozofiji i tehnikama, sve one uključuju terapeutske učinke igre i razvojna sredstva (Reddy, Hirisave, 2014). Svaka terapija igrom traje oko 30 do 60 minuta, otprilike jednom tjedno. Terapija igrom ima četiri primarna terapijska stupnja nakon početne faze razgovora s obitelji i djetetom uz preliminarnu procjenu tretmana. Broj seansi u svakoj fazi ovisi o djetetovim potrebama i odgovoru na ovu vrstu terapije. Terapija se može odvijati individualno ili grupno.

Radna terapija je dobro poznata terapija koja se koristi za podršku razvoju djece s autizmom da koriste svoja osjetila (okusni, olfaktorni, taktilni, vestibularni, propioceptivni, slušni i vizualni sustav) kako bi shvatili okolinu. Ayres senzorna integracija jedan je od najpoznatijih pristupa utemeljenih na dokazima za promicanje dječje igre (Tomchek i sur., 2017). Senzorna integracija specijalno je područje radne terapije koje se temelji na više od 50 godina teorije i istraživanja koje je na USC-u pokrenuo A. Jean Ayres. Senzorna integracija je proces koji počinje primanjem senzornih inputa putem osjetila i presretača iz okoline i unutar tijela. Zatim se ti osjetilni inputi percipiraju, obrađuju i integriraju u mozak kako bi dali adaptivni odgovor,

funkcionalnu reakciju, odgovarajuću komunikaciju i tipično ponašanje točno na vrijeme (Kuhaneck, Spitzer, Bodison, 2020). Terapija igrom pomiješana sa senzornom integracijom je strukturirana terapija koju obično koriste radni terapeuti za uključivanje djece i razvoj emocionalne dobrobiti, funkcionalnog razvoja i tipičnog rasta (Yahaya i sur., 2018).

Unatoč nedostatku vještina igranja kod djece s PAS-om, ona još uvijek mogu naučiti kako se igrati, posebno uz pomoć svojih roditelja i braće i sestara. Uloga roditelja ključna je u upravljanju djetetovim poteškoćama. Roditeljsko poricanje ili ignoriranje pogoršava simptome i čini vjerojatnost uspješne terapije minimalnom ili nikakvom. Osim toga, učinci terapije ovise o vremenu početka; što prije, to bolje (Yahaya i sur., 2018).

Terapija igrom kod djece s autizmom ima za cilj uključiti ih u razigrane aktivnosti po njihovom izboru i interesu. Pomaže im da se slobodno i ugodno izraze. Terapija igrom ovisi o izgradnji partnerstva i pouzdanih čvrstih odnosa između terapeuta i djece kroz uključivanje u radosne aktivnosti igranja (Hyman, Levy, Myers, 2020). Terapija igrom pomaže djeci s autizmom da promijene svoj način samoizražavanja od neželjenog ponašanja kao što je agresivno, samoozljeđujuće, destruktivno ponašanje ili ponašanje izljeva bijesa u ekspresivnije ponašanje koje nije štetno koristeći igračke ili aktivnosti po vlastitom izboru kao riječi. Budući da je verbalno izražavanje teško kod djece s autizmom, terapija igrom nudi im različite načine izražavanja potisnutih emocija. Djeca s PAS-om imaju slabe socijalne vještine, pa terapija igrom naglašava izgradnju odnosa povjerenja s osobom kroz interakciju i zabavu s terapeutom igrom (Kennedy-Behr, Rodger, Mickan, 2013). Terapija igrom također pomaže djeci s autizmom da iskuse kako osjetiti različite stilove interakcije, shvaćali oni to ili ne. To djeci također pruža sigurno okruženje za učenje samoregulirajućeg ponašanja, što pomaže u naglašavanju primjerenih ponašanja i smanjenju onih neželjenih, poput agresivnog ili destruktivnog ponašanja. U isto vrijeme, dijete doživljava slobodu izbora tijekom igranja, poput odabira onoga što voli i želi, kontrole brzine i vremena aktivnosti seanse i odlučivanja što želi raditi. Stoga mu igra s vremenom pomaže razviti neovisnost, vrijedan razvojni stimulans (Donnellan, Hill, Leary, 2012).

PAS je spektar heterogenih simptoma; svako dijete s autizmom je jedinstveno i drugačije reagira. Djeca s autizmom obično preferiraju senzorne igračke kao što su plišane igračke s utezima, fidget igračke i kit, jer te igračke pomažu smiriti djecu i potiču ih da pozitivno angažiraju svoja osjetila tijekom igre (Kashefimehr, Kayihan, Huri, 2018). Trenutačno nema standardizirane specifične terapije igrom za liječenje. Budući da svako dijete drugačije reagira

na različite stvari, pokazalo se da neke tradicionalne metode terapije igrom tijekom vremena poboljšavaju socijalne i emocionalne vještine kod djece s autizmom. Međutim, radna terapija koja koristi teoriju senzorne integracije temelji se na dokazima da koristi razigranu metodu prilagođenu djeci za poboljšanje neuronskih veza u mozgu djece s PAS-om (Lane i sur. 2019).

Terapija igrom usmjerena na dijete jedna je od najopsežnije proučavanih vrsta terapije igrom kod djece s PAS-om. Ova vrsta terapije je intervencija temeljena na odnosu, gdje terapeut ulazi u djetetov svijet i koristi izgrađeni odnos da intervenira, a ne da trenira dijete. Schottelkorb i suradnici (2020) istraživali su učinkovitost intenzivne terapije igrom usmjerene na dijete u djece s dijagnozom PAS-a. Otkrili su da su djeca koja su primila intenzivnu terapiju igrom usmjerenu na dijete značajno smanjila osnovne simptome PAS-a i poremećaje ponašanja, kao što su problemi pažnje, problemi eksternalizacije i agresija, nego djeca kontrolne skupine (Schottelkorb i sur., 2020). Novita i sur. (2017) otkrili su da je terapija igrom usmjerena na dijete učinkovito poboljšala vještine zglobne pažnje kod djece s PAS-om. Zajednička pažnja jedna je od prvih vrsta vidljive komunikacije koja podrazumijeva sposobnost djeteta da koordinira svoju pažnju oko predmeta ili događaja sa socijalnim partnerom. Primjećuje se kada dijete pokazuje očite vještine kao što je naizmjenično gledanje predmeta i osobe, privlačenje pažnje, pokazivanje ili nuđenje za dijeljenje ili pokazivanje (Novita i sur., 2017).

Istraživač Carrizales (2015) je pokazao da je terapija igrom usmjerena na dijete pokazala pozitivan rast u nizu područja kod male djece s PAS-om. Proučavala je troje djece s PAS-om koja su pokazala različite stupnjeve poboljšanja u pogledu vještina igre. Trojica su pokazala prirodniju igru, dvojica su pokazala naprednije igračke vještine, a jedan od njih pokazao je manje promjena igračkih vještina. Ovi nalazi podupiru teoriju da sigurno, prihvatljivo okruženje djeci s PAS-om pruža više motivacije i sposobnosti za slobodnu i prirodnu intimnu interakciju s vanjskim okruženjem i poboljšava njihovu moć samoiscjeljenja (Carrizales, 2015). Ova vrsta terapije nije samo usmjerena na dijete, već ovisi i o terapeutu.

Goodman i sur. (2017) u svom su istraživanju pokazali da se djetetov odgovor kroz liječenje razlikuje ovisno o terapeutu, iako dijete ostaje konstantno. Terapija igrom usmjerena na dijete dio je integrativnog pristupa liječenju koji uključuje tehnike ponašanja i obuku roditelja. Poboljšava obrazovanje roditelja, obuku i socijalne vještine djeteta kako bi se poboljšalo djetetovo funkcioniranje i ispravilo neprilagodljivo ponašanje. Terapija igrom usmjerena na dijete obećavajuća je intervencija u povećanju emocionalnog i socijalnog ponašanja djece s

PAS-om (Kenny, Dinehart, Winick, 2016). Međutim, potrebno nam je više istraživanja kako bismo utvrdili je li terapija igrom usmjerena na dijete učinkovita kod djece s PAS-om.

Budući da je vrlo izazovno usmjeravati djecu s PAS-om na određene radnje, osobito u teškim slučajevima, moramo pronaći način da privučemo dječje interese i istovremeno im pomognemo da izađu iz njihovih ljuštura; tako da se ne drže svojih ponavljajućih ponašanja. Ova metoda se naziva nedirektivni pristup u kojem terapeut slijedi djetetove izbore i prilagođava alate i okruženje kako bi služili terapijskim ciljevima. Igra vođena djetetom je pristup koji omogućuje djetetu da odabere aktivnost kojom se voli baviti, a terapeut mu se pridružuje. Obično je od pomoći kod teško pogođene djece s autizmom, ali potrebno je više vremena da se vide značajni pomaci (Baum, 2019). Terapija igrom koju vode djeca poboljšala je socijalne i komunikacijske vještine djece s teškim oblikom autizma. Razlikuje se od terapije igrom usmjerene na dijete, u kojoj postoji unaprijed određena stvar i pravila koja će terapeut raditi, a koje neće činiti i specifičan način boravka u sobi za igru.

Terapija igrom na podu jedna je od najpoznatijih terapija igrom za liječenje djece s PAS-om, koju su otkrili Wieder i Greenspan (2003). Može se provoditi kod kuće i u ordinaciji terapeuta, u mirnom okruženju za sesiju između dva do pet sati. Mogu ga pružiti dječji psiholozi, radni terapeuti, logopedi, defektolozi, roditelji ili skrbnici s odgovarajućom obukom (Wieder, Greenspan, 2003). U osnovi, terapeut ili njegovatelj sjedi na podu i igra se s djetetom prema djetetovim uvjetima. U ovoj terapiji terapeut ili skrbnik počinje igrati prateći djetetov način igre (nedirektivno; terapeut prati, a dijete vodi). Zatim terapeut uvodi nove elemente, kao što su nove igračke, glume ili neke riječi (skrivena direktiva). Ovaj način igranja s razgovorima između djeteta i terapeuta u konačnici pomaže djetetu da usredotoči svoje razmišljanje, poboljša svoje emocionalne vještine i proširi svoje krugove komunikacije (Lal, Chhabria, 2013). S djetetovim napretkom igranje na podu također se može prakticirati s vršnjacima koji se obično razvijaju u predškolskom okruženju. Glavni cilj terapije igrom tijekom vremena je zadovoljiti djetetovu razvojnu razinu, graditi na djetetovoj vlastitoj udobnosti, interesima i snagama te stvoriti odnose tijekom tečaja igre (Lal, Chhabria, 2013).

Igra na podu može pomoći djetetu da poboljša različite ključne razvojne prekretnice. Omogućuje mu dvosmjernu komunikaciju koja može napredovati do složenije komunikacije. Pomaže mu da razvije inspirativne ideje i emocionalno razmišljanje, što mu omogućuje da uživa u intimnosti i uključujući se u odnose. U konačnici, pomaže djetetu poboljšati svoju samoregulaciju, poboljšati emocionalni i intelektualni rast i osnažiti svoje zanimanje za svijet. Studije pokazuju

da su djeca s PAS-om značajno poboljšala sveukupni razvoj uz 25 sati igre tjedno tijekom najmanje dvije godine. Istraživanje, Wieder, Greenspan, (2003) je pokazalo da su spontane tri godine igranja 'na podu' pomogle dječaku da poboljša svoju pažnju, angažiranost u jednostavnim i složenim gestama i vještine rješavanja problema kako bi dijete uputio u vanjski svijet s puno ideja i poboljšao apstraktno razmišljanje. Solomon i sur. (2007). proučavali su učinke terapije igrom u trajanju od 8-12 mjeseci na podu u 68 djece s PAS-om. Potaknuli su roditelje da provedu 15 sati tjedno interakcije 1:1. Otkrili su da je 45,5% djece postiglo dobar do izvrstan napredak u svom funkcionalnom razvoju sa značajnim povećanjem rezultata dječje podljestvice (Solomon i sur. 2007). Pajareya i Nopmaneejumruslers (2012) otkrili su da je 14 sati tjedno tijekom jedne godine parenteralne igre s njihovom djecom pokazalo poboljšanje u razvoju i smanjenje znakova autizma kod 47% od 31 djeteta s autizmom. Osim toga, Liao i sur. (2014) otkrili su u pilot studiji koja je uključivala 11 djece s PAS-om da je program intervencije kod kuće tijekom deset tjedana značajno poboljšao srednje rezultate za dječju komunikaciju, emocionalno funkcioniranje i vještine svakodnevnog života s pozitivnim. Promjene u interakciji roditelj-dijete. Međutim, uspjeh igranja na podu ovisi o mnogim čimbenicima. Praphatthanakunwong i sur., (2018) je pokazalo da je biti u braku, s nižim prihodom i imati veću svijest o teoriji igranja na podu povezano s većim angažmanom roditelja. Također su otkrili da što je autizam teži i što je liječenje dulje, to je veći angažman roditelja i poboljšanje razvoja djeteta (Praphatthanakunwong i sur., 2018).

2.5. Obiteljska terapija

Obiteljska terapija se bavi poteškoćama koje obitelj ima u suočavanju s PAS-om djeteta. Terapeuti rade s obitelji kako bi pomogli u razumijevanju autizma, pružili podršku u suočavanju s izazovima i poteškoćama, te pomogli u stvaranju strategija koje će pomoći u poboljšanju cjelokupnog funkcioniranja obitelji. Obiteljska terapija osmišljena je kako bi pomogla ljudima unutar obitelji da shvate teške situacije i da rade zajedno kako bi razvili nove načine razmišljanja i upravljanja tim poteškoćama. Važno je saznati može li obiteljska terapija biti od pomoći osobama s poremećajem iz spektra autizma i njihovim rođacima s obzirom na to da osnovni simptomi PAS-a i dodatne poteškoće koje ljudi mogu doživjeti često utječu na obiteljsku zajednicu (Spain i sur., 2017).

Obiteljska terapija može se definirati kao formalna, psihoterapijska intervencija, koja nastoji razumjeti i poboljšati odnose, komunikaciju i funkcioniranje među članovima obitelji (Dallos 2010). Iako postoji nekoliko tipova obiteljske terapije, one su pretežno poduprte sistemskim

teorijama i dijele središnja načela (Hayes 1991). Prvo, predlaže se da su različiti problemi, poput funkcioniranja mentalnog zdravlja ili razvoja i održavanja međuljudskih odnosa, kontekstualno vezani (to jest, vjerojatno će biti predisponirani i perpetuirani kontekstom i sustavom(ima) unutar kojih se javljaju, umjesto da se pripisuje samo pojedincu) (Dallos, 2010). Drugo, predlaže se da društvene i kulturne norme, vrijednosti i očekivanja utječu i oblikuju obiteljska uvjerenja i ponašanja i kolektivno (to jest, međugeneracijska obiteljska jedinica) i pojedinačno, te da se problemi najbolje razumiju i rješavaju u smislu tih utjecaja. Treće, hipoteza je da su obiteljska jedinica i odnosi između članova obitelji dinamični (to jest, da reakcije i odgovori jedne osobe utječu na one drugih u sustavu, na dvosmjernan način, linearno i longitudinalno). Četvrto, kaže se da obitelji razvijaju načine suočavanja s razdobljima promjena i prijelaza (npr. rođenja, vjenčanja i žalosti), te bolesti ili nevolja, kako bi održale stabilnost kao jedinica (Goldenberg, 2012). Često su ti obrasci suočavanja prilagodljivi i dijele se među svim članovima obitelji; ipak, povremeno, pojedinci (unutar obitelji) mogu usvojiti različite stilove suočavanja što dovodi do poteškoća u komunikaciji i odnosima. Naposljetku, smatra se da postoje zajednička obilježja u načinima na koje članovi obitelji koriste jezik i narative za razgovor i davanje smisla vlastitim i tuđim iskustvima, ali i suptilne razlike, koje zauzvrat mogu dovesti do ili pogoršati dvosmislenost, pogrešno tumačenje ili neslaganja.

Obiteljski terapeuti koriste niz intervencija (Dallos, 2010), uključujući psihoedukaciju; razvoj genograma za mapiranje kulturnih, otpornih ili drugih obiteljskih obrazaca (Butler 2008); narativne tehnike (npr. istraživanje jezika, značenja i atribucija) (Carr, 1998) i korištenje posebnih stilova ispitivanja (npr. kružna i reflektivna pitanja za povećanje širine i dubine rasprave) (Hayes, 1991). U kliničkoj praksi, pojedinci koji dolaze na obiteljsku terapiju mogu biti dio iste obitelji ili dio šire prijateljske grupe. Pojedinci se potiču da sami odluče tko se može i hoće uključiti u tretman, a konfiguracija sudionika može varirati od sesije do sesije. Trajanje terapije može biti od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci. Odabir broja seansi koje treba ponuditi uvelike ovisi o modelu usluge i ograničenjima, potrebama obiteljske prezentacije i teoretskom stajalištu terapeuta.

Sve navedene terapije mogu biti korisne za obitelji djeteta s PAS-om, a odabir terapije ovisi o potrebama i izazovima s kojima se obitelj suočava. Važno je potražiti stručnu pomoć u radu s djetetom s autizmom, kako bi se osigurala adekvatna podrška i pomoć u savladavanju izazova.

Može se pretpostaviti da obiteljska terapija za PAS djeluje na nekoliko načina (Goepfert, 2015; Ramisch, 2013; Solomon, 2012). Pojedincima s PAS-om i članovima obitelji može se pomoći

da razumiju i shvate dijagnozu (npr. korištenjem psihoedukacije). Može se omogućiti rasprava o preferencijama korištenja različite terminologije za opisivanje ključnih simptoma (npr. 'poremećaj' iz spektra autizma ili 'stanje' iz spektra autizma) te narativa i značenja koja iz toga proizlaze za pojedince i kolektivnu obiteljsku jedinicu. Utjecaj temeljnih karakteristika (npr. uključenost u rutine ili oštećenja socioemocionalnog reciprociteta kao što je nedostatak empatije) može se istražiti s ciljem smanjenja osjećaja frustracije ili ljutnje. Intervencije mogu potaknuti raspravu o širokim čimbenicima i obiteljskim obrascima ili odgovorima koji mogu pridonijeti poteškoćama u komunikaciji i odnosima ili izazovnom ponašanju, i podržati identifikaciju strategija za promicanje kohezije unutar sustava.

Obiteljska terapija također može potaknuti otvoreni dijalog između njegovatelja (npr. o potencijalnoj krivnji ili osjećaju stresa ili zabrinutosti), a zauzvrat se mogu razviti strategije za poboljšanje bračnih odnosa, otpornosti i suočavanja te pozitivnog mentalnog zdravlja roditelja. Obiteljska terapija također pruža podržavajući terapijski prostor za braću i sestre da istraže svoje brige ili neodgovorena pitanja (npr. o čimbenicima nasljeđa ili njihovoj trenutnoj i potencijalnoj budućoj ulozi njegovatelja), i pozitivno mentalno zdravlje roditelja. (Goepfert, 2015; Ramisch, 2013; Solomon, 2012).

2.6. Alternativne terapije i potpore

Alternativne terapije i potpore za autističnu djecu uključuju širok raspon terapija koje ne koriste glavni stručnjaci za zdravlje i PAS. To je zato što postoji malo ili nimalo dokaza koji govore da alternativne terapije pomažu autističnoj djeci. Zapravo, mnogi dokazi pokazuju da neke od ovih terapija nemaju učinka - na primjer, sekretin. Dokazi također pokazuju da bi druge terapije mogle naštetiti djeci - na primjer, kelacija (Goepfert, 2015; Ramisch, 2013; Solomon, 2012).

Ove terapije i potpore čak i one koje ne nanose izravnu štetu također troše vrijeme, energiju i ponekad novac koji bi obitelji inače mogle potrošiti na utvrđene terapije koje pomažu autističnoj djeci. Primjeri dodatnih terapija uključuju (Goepfert, 2015; Ramisch, 2013; Solomon, 2012) : terapija uz pomoć životinja, eliminacijske dijetete, upravljanje prekomjernim rastom kvasca.

2.7. Ostale terapije i programi za podršku obitelji djeteta s autizmom

Primjeri ove vrste terapija uključuju (Goepfert, 2015; Ramisch, 2013; Solomon, 2012): muzikoterapija, art terapija, terapije temeljene na igri poput Lego terapije.

Obitelji koje imaju dijete s PAS-om često se suočavaju s jedinstvenim izazovima i potrebama. Uzimajući u obzir kompleksnost autizma, psihosocijalna podrška igra ključnu ulogu u pružanju pomoći i resursa kako bi obiteljima pomogla u nošenju s tim izazovima. Postoje različite vrste psihosocijalne podrške koje su dostupne obiteljima djece s PAS-om.

Edukacijske intervencije i programi obrazovanja pružaju obiteljima važne informacije o autizmu, njegovim karakteristikama i strategijama upravljanja. Ove edukativne inicijative mogu se provoditi putem individualnih konzultacija, radionica ili grupnih programa.

Savjetovanje je ključni dio psihosocijalne podrške. Obiteljima se pruža mogućnost razgovora s kvalificiranim terapeutima ili savjetnicima koji razumiju autizam i njegove implikacije. Ovakav oblik podrške može pomoći obiteljima u razumijevanju i prihvaćanju dijagnoze, suočavanju s emocijama, rješavanju obiteljskih problema i pružanju strategija za bolje upravljanje svakodnevnim izazovima (Goepfert, 2015; Ramisch, 2013; Solomon, 2012).

Grupne terapije i podrška okupljaju obitelji s djecom s autizmom kako bi zajedno dijelile svoja iskustva, podršku i savjete. Sudjelovanje u takvim grupama može biti vrlo korisno jer obitelji osjećaju da nisu same i imaju priliku razmijeniti ideje i strategije s drugima koji prolaze kroz slične situacije.

Obiteljima s djecom s PAS-OM često je potrebna praktična podrška u svakodnevnim aktivnostima. To može uključivati pomoć u organizaciji rasporeda, pripremi obroka, nabavi namirnica ili pružanju resursa za prilagođene igračke i pomagala. Praktična podrška može biti posebno korisna kako bi se olakšao stres i opterećenje obitelji (Goepfert, 2015; Ramisch, 2013; Solomon, 2012). Djeca s autizmom često imaju izazove u razvoju socijalnih vještina i komunikacije (Goepfert, 2015; Ramisch, 2013; Solomon, 2012).

Stoga je podrška usmjerena na socijalne vještine i trening komunikacije važna komponenta psihosocijalne podrške obiteljima djece s PAS-om. Obiteljima se može pružiti obuka i savjetovanje o strategijama i tehnikama koje se mogu primijeniti kako bi se potaknuo razvoj socijalnih vještina kod djeteta. To može uključivati vježbe za poboljšanje neverbalne komunikacije, razumijevanja društvenih znakova, prepoznavanja emocija i uspostavljanja interpersonalnih odnosa.

Igra i socijalna integracija: Podrška za igru i socijalnu integraciju djece s autizmom također je važna. Obiteljima se mogu pružiti smjernice i resursi za poticanje socijalne interakcije i

inkluzije djeteta u igru i društvene aktivnosti. Ovo može uključivati organizirane igraonice, terapijske igre, društvene grupe ili podršku vršnjacima kako bi se potaknulo sudjelovanje i prihvaćanje djeteta s PAS-om u zajednici (Goepfert, 2015; Ramisch, 2013; Solomon, 2012).

Obitelji djece s PAS-om često se suočavaju s izazovima vezanim uz obrazovanje djeteta. Podrška obrazovanju može uključivati prilagođene individualne planove, podršku učiteljima i stručnjacima u školi, suradnju s pedagoškim asistentima te pružanje informacija i resursa o pristupima i strategijama koji su učinkoviti za djecu s autizmom. Obiteljima je važno osigurati pristup resursima i informacijama o autizmu, terapijama, istraživanjima i najnovijim dostignućima u području. To može uključivati pristup knjigama, člancima, web stranicama, blogovima, grupama za podršku ili stručnjacima koji su dostupni za konzultacije i odgovore na pitanja.

Važno je napomenuti da se psihosocijalna podrška može prilagoditi individualnim potrebama obitelji i djeteta s PAS-om. Svaka obitelj ima svoje specifične izazove i prioritetne ciljeve, pa je važno osigurati personaliziranu podršku i fleksibilnost u pristupu.

Psihosocijalna podrška igra ključnu ulogu u pružanju podrške obiteljima djece s PAS-om. Pomaže im u razumijevanju, prihvaćanju i suočavanju s izazovima koje donosi autizam, pružanje im informacije, vještine i strategije potrebne za podršku svom djetetu. Ova podrška također pomaže obiteljima u razvijanju mreže podrške, razmjeni iskustava s drugim obiteljima i osnaživanju njihove emocionalne dobrobiti. Potrebno je istaknuti da psihosocijalna podrška obiteljima djece s autizmom treba biti sveobuhvatna i kontinuirana. To znači da podrška treba biti dostupna tijekom cijelog razvoja djeteta, prilagođavajući se njihovim mijenjajućim potrebama i izazovima s kojima se suočavaju. Obiteljima bi trebalo biti omogućeno da pristupe podršci kad god je to potrebno, bilo da se radi o ranom djetinjstvu, školskim godinama ili prijelazu u odraslu dob.

Uzimajući u obzir važnost psihosocijalne podrške za obitelji djece s autizmom, društvo i zajednica mogu odigrati ključnu ulogu u osiguravanju resursa, programa i usluga. Potrebno je uložiti napore kako bi se osigurala pristupačnost i dostupnost podrške, educirali stručnjaci koji rade s obiteljima djece s autizmom te smanjio stigma i predrasude povezane s autizmom (Goepfert, 2015; Ramisch, 2013; Solomon, 2012). Psihosocijalna podrška obiteljima djece s PAS-om uključuje različite oblike podrške kao što su edukacija, savjetovanje, grupna podrška, praktična podrška, trening socijalnih vještina, podrška u igri i socijalnoj integraciji, obrazovna

podrška te pružanje resursa i informacija. Sve ove vrste podrške imaju za cilj osnažiti obitelji, pomoći im u suočavanju s izazovima i razviti njihovu sposobnost pružanja najbolje moguće podrške djetetu s PAS-om.

Postoji nekoliko programa psihosocijalne podrške za obitelji djece s PAS-om. Navedeni su samo neki od programa koji su široko dostupni i pružaju podršku obiteljima i koje navode više autora (Goepfert, 2015; Ramisch, 2013; Solomon, 2012):

- **Early Start Denver Model (ESDM):** ESDM je program rane intervencije namijenjen djeci s autizmom u dobi od 12 do 48 mjeseci. Ovaj program kombinira elemente razvojno orijentirane terapije, učenja putem igre i podrške obitelji kako bi pomogao u razvoju socijalnih, komunikacijskih i kognitivnih vještina djece s autizmom.
- **Applied Behavior Analysis (ABA):** ABA je pristup koji se temelji na znanstvenim principima učenja i ponašanja. Ovaj program koristi tehnike pozitivnog pojačavanja kako bi potaknuo željeno ponašanje i smanjio neželjeno ponašanje kod djece s autizmom. ABA programi mogu se prilagoditi individualnim potrebama djeteta i često uključuju rad s terapeutom, kako u kućnom okruženju tako i u školi.
- **TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children):** TEACCH je program koji naglašava strukturiranje okoline i vizualne podrške kako bi se pomoglo djeci s autizmom u razumijevanju i organiziranju svojeg okruženja. Program TEACCH također uključuje obuku roditelja i pružanje resursa za podršku obiteljima.
- **Social Communication, Emotional Regulation, and Transactional Supports (SCERTS):** SCERTS je integrativni model koji je usmjeren na razvoj socijalnih vještina, komunikacije i emocionalne regulacije kod djece s autizmom. Ovaj program naglašava individualiziran pristup, podršku uključivanja u zajednicu i suradnju s obiteljima.
- **Parent-Mediated Interventions:** Ovi programi se temelje na uključivanju roditelja kao ključnih čimbenika u pružanju podrške djetetu s autizmom. Programi poput Pivotal Response Treatment (PRT) ili Positive Parenting Program (Triple P) pružaju roditeljima obuku i vještine kako bi se mogli aktivno uključiti u terapijske aktivnosti kod kuće.

- **Group-Based Programs:** Postoje i različiti grupni programi koji pružaju podršku obiteljima djece s autizmom. To mogu biti grupe za roditelje, terapijske igraonice za djecu s autizmom, grupni trening socijalnih vještina i druženje s drugim obiteljima koje prolaze kroz slična iskustva.

Važno je napomenuti da dostupnost ovih programa može varirati ovisno o regiji i lokalnim resursima. Stoga je važno da obitelji istraže dostupne programe i usluge u svojoj zajednici. Mogu se konzultirati lokalne organizacije za podršku osobama s autizmom, centri za autizam, stručnjaci, pedijatri ili školski savjetnici kako bi saznali više o programima psihosocijalne podrške koji su dostupni u njihovom području.

Također je važno naglasiti da se podrška obiteljima djece s autizmom može prilagoditi individualnim potrebama. Obitelji mogu dobiti individualne konzultacije, terapije ili pristupiti kombinaciji različitih programa kako bi se zadovoljile specifične potrebe djeteta i obitelji. Uz navedene programe, također postoji mnogo online resursa, platformi za podršku i grupa za roditelje djece s PAS-om koje pružaju podršku, informacije i dijeljenje iskustava. Obitelji mogu istražiti takve izvore kako bi dobile dodatnu podršku i korisne informacije. Važno je da obitelji djece s autizmom znaju da nisu same i da postoje resursi i programi koji mogu pružiti podršku i pomoći im u njihovom putovanju. Aktivno traženje i iskorištavanje dostupnih programa psihosocijalne podrške može biti izuzetno korisno za obitelji kako bi se osnažile, razvile vještine i pružile najbolju moguću podršku svom djetetu s PAS-om.

3. ZAKLJUČAK

Autizam je čest, cjeloživotni poremećaji popraćen otvorenim i suptilnim kvalitativnim oštećenjima u komunikaciji, društvenoj interakciji i povezanosti, ograničenim interesima i ponavljajućim ponašanjima. Poteškoće s toleriranjem neizvjesnosti, dvosmislenosti i promjena unutar i izvan neposredne okoline dodatna su obilježja. Osnovni simptomi poremećaja iz spektra autizma mogu značajno utjecati na svakodnevno društveno i profesionalno funkcioniranje tijekom djetinjstva i odrasle dobi.

Pojedincima s poremećajem iz spektra autizma može biti teško započeti i održati interakciju s drugima unatoč želji za odnosima (i povećanim društvenim mogućnostima). Također, simptomi obično utječu na druge u obitelji. Roditelji (skrbnici) i braća i sestre često se moraju prilagoditi ograničenim interesima i pridržavati se naizgled nefunkcionalnih rutina. Poteškoće u komunikaciji i interakciji mogu nepovoljno utjecati na odnose s članovima obitelji i između njih. Potreba za pružanjem intenzivne i stalne podrške osobama s poremećajem iz spektra autizma može uzrokovati stres, tjeskobu i depresiju kod njegovatelja, kao i lošu percipiranu roditeljsku učinkovitost i suočavanje.

Ne postoji lijek za poremećaj iz spektra autizma, a heterogenost poremećaja negira upotrebu monoterapije. Umjesto toga, štedljiviji pristup je razviti kombinacije intervencija koje smanjuju ili poboljšavaju učinak i utjecaj ključnih simptoma PAS-a i podržavaju pojedince i druge oko njih da poboljšaju svoj repertoar vještina. Nadalje, intervencije su potrebne tijekom cijelog životnog vijeka kako bi se odgovorilo na potrebe djece, kao i odraslih.

Postoje obećavajući dokazi za korištenje psiholoških intervencija za osobe s PAS -om, kao što su bihevioralne i kognitivno-bihevioralne, socijalne kognicije. Ograničenje ovih pristupa je to što se ne bave eksplicitno pitanjima odnosa i komunikacije između članova obitelji, niti nastoje poboljšati obiteljske strategije suočavanja ili faktori otpornosti.

4. LITERATURA

1. Baum RA. (2019). Learning to Play and Playing to Learn: Enhancing Interactions in Young Children With PAS. *Pediatrics.*;144 [PubMed] [Google Scholar]
2. Bujas Petković, Z., Frey Škrinjar, J. (2010). Poremećaji autističnog spektra – značajke i edukacijsko rehabilitacijska podrška. Zagreb, Školska knjiga.
3. Cadman T, Eklund H, Howley D, Hayward H, Clarke H, Findon J, et al. (2012). Caregiver burden as people with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder transition into adolescence and adulthood in the United

- Kingdom. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*;51(9):879-88. [PUBMED: 22917201] [PubMed] [Google Scholar]
4. Carr A. Michael (1998). White's narrative therapy. *Contemporary Family Therapy*;20(4):485-503. [DOI: 10.1023/A:1021680116584] [CrossRef] [Google Scholar]
 5. Carrizales KE. (2015). *Transcendence Through Play: Child-Centered Play Therapy and Young Children with Autism*. Published Doctor of Philosophy dissertation, University of Northern Colorado. [Google Scholar]
 6. Butler JF. (2008). The family diagram and genogram: comparisons and contrasts. *American Journal of Family Therapy*;36(3):169-80. [DOI: 10.1080/01926180701291055] [CrossRef] [Google Scholar]
 7. Donnellan AM, Hill DA, Leary MR. (2012). Rethinking autism: implications of sensory and movement differences for understanding and support. *Front Integr Neurosci*.;6:124. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
 8. Dallos R, Draper R. (2010). *An Introduction to Family Therapy: Systematic Theory and Practice*. 3rd Edition. Milton Keynes: Open University Press. [Google Scholar]
 9. Dougherty J, Ray D. (2007). Differential impact of play therapy on developmental levels of children. *Int J Play Ther* ;16:2–19. [Google Scholar]
 10. de Korte MWP, van Dongen-Boomsma M, Oosterling IJ, Buitelaar JK, Staal WG. (2022). Pivotal Response Treatment (PRT) parent group training for young children with autism spectrum disorder: a pilot study. *Sci Rep*.;12:7691. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
 11. Firth I, Dryer R. (2013). The predictors of distress in parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*;38(2):163-71. [PUBMED: 23509963] [PubMed] [Google Scholar]
 12. Goodman G, Chung H, Fischel L, Athey-Lloyd L. (2017). Simulation modeling analysis of sequential relations among therapeutic alliance, symptoms, and adherence to child-

- centered play therapy between a child with autism spectrum disorder and two therapists. *Clin Child Psychol Psychiatry*.;22:455–466. [PubMed] [Google Scholar]
13. Grgurić, J., Jovančević, M., i suradnici (2018). Preventivna i socijalna pedijatrija. Zagreb, Medicinska naklada.
 14. Gengoux GW, Abrams DA, Schuck R, Millan ME, Libove R, Ardel CM, Phillips JM, Fox M, Frazier TW, Hardan AY. (2018). A Pivotal Response Treatment Package for Children With Autism Spectrum Disorder: An RCT. *Pediatrics*. ;144 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
 15. Giallo R, Wood CE, Jellett R, Porter R. (2013). Fatigue, wellbeing and parental self-efficacy in mothers of children with an autism spectrum disorder. *Autism*;17(4):465-80. [PUBMED: 21788255] [PubMed] [Google Scholar]
 16. Goepfert E, Mulé C, Hahn E, Visco Z, Siegel M. (2015). Family System Interventions for Families of Children with Autism Spectrum Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*;24(3):571-83. [PubMed] [Google Scholar]
 17. Goldenberg H, Goldenberg I. (2012). *Family Therapy: An Overview*. 8th Edition. Belmont: Brooks/Cole Cengage Learning,. [Google Scholar]
 18. Hudson, D. (2018). *Specifične teškoće u učenju – Što učitelji i nastavnici trebaju znati*. Zagreb, Educa.
 19. Hallmayer J, Cleveland S, Torres A, Phillips J, Cohen B, Torigoe T, et al. (2011). Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Archives of General Psychiatry*;68(11):1095-102. [DOI: 21727249] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
 20. Hoefman R, Payakachat N, Exel J, Kuhlthau K, Kovacs E, Pyne J, et al. (2014). Caring for a child with autism spectrum disorder and parents' quality of life: application of the CarerQol. *Journal of Autism and Developmental Disorders*;44(8):1933-45. [DOI: 10.1007/s10803-014-2066-1] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

21. Hartley SL, Barker ET, Seltzer MM, Greenberg JS, Floyd FJ. (2011). Marital satisfaction and parenting experiences of mothers and fathers of adolescents and adults with autism. *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*;116(1):81-95. [DOI: 10.1352/1944-7558-116.1.81; PMC3059595; PUBMED: 21291312] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
22. Hastings RP, Petalas MA. (2014). Self-reported behaviour problems and sibling relationship quality by siblings of children with autism spectrum disorder. *Child: Care, Health and Development*;40(6):833-9. [DOI: 10.1111/cch.12131] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
23. Hayes H. (1991). A reintroduction to family therapy clarification of three schools. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*;12(1):27-43. [DOI: 10.1002/j.1467-8438.1991.tb00837.x] [CrossRef] [Google Scholar]
24. Hoyson M, Jamieson B, Strain PS. (1984). Individualized group instruction of normally developing and autistic-like children: the LEAP Curriculum Model. *Journal of the Division for Early Childhood*;8:157-72
25. Hyman SL, Levy SE, Myers SM (2020). Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics.*;145:e20193447. [PubMed] [Google Scholar]
26. Hyman SL, Levey SE, Myers SM, (2020). Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics.* Jan;145(1).
27. Handleman, J.S., Harris, S., eds. (2000). *Preschool Education Programs for Children with Autism* (2nd ed). Austin, TX: Pro-Ed..
28. Hyman, S.L., Levy, S.E., Myers, S.M., & AAP (2020). Council on Children with Disabilities, Section on developmental and behavioral pediatrics. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics*, 145(1), e20193447.

29. Ingersoll B, Dvortcsak A, Whalen C, Silkora D. (2016). The effects of a developmental, social-pragmatic language intervention on rate of expressive language production in young children with autistic spectrum disorders. *Focus Autism Other Dev Disabl* 2005;20:213-22.
30. Johnson JL. (2015). The History of Play Therapy. In: O'Connor KJ, Schaefer CE, Braverman LD (eds). *Handbook of Play Therapy*. John Wiley & Sons, Inc., 17-34. [Google Scholar]
31. Karst JS, Hecke AV. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention and evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review*;15(3):247-77. [PUBMED: 22869324] [PubMed] [Google Scholar]
32. Kenny MC, Dinehart LH, Winick CB. (2016). Child-centered play therapy for children with autism spectrum disorder. In: Drewes AA, Schaefer CE (Eds.). *Play therapy in middle childhood*. American Psychological Association.: 257-274. [Google Scholar]
33. Kashefimehr B, Kayihan H, Huri M. (2018). The Effect of Sensory Integration Therapy on Occupational Performance in Children With Autism. *OTJR (Thorofare N J)*;38:75–83. [PubMed] [Google Scholar]
34. Kennedy-Behr A, Rodger S, Mickan S. (2013). Aggressive interactions during free-play at preschool of children with and without developmental coordination disorder. *Res Dev Disabil*.;34:2831–2837. [PubMed] [Google Scholar]
35. Kuhaneck H, Spitzer SL, Bodison SC. (2020). A Systematic Review of Interventions to Improve the Occupation of Play in Children With Autism. *OTJR (Thorofare N J)* 0;40:83–98. [PubMed] [Google Scholar]
36. Lane SJ, Mailloux Z, Schoen S, Bundy A, May-Benson TA, Parham LD, Smith Roley S, Schaaf RC. (2019). Neural Foundations of Ayres Sensory Integration® *Brain Sci.* 0;9 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
37. Lord C, Risi S, DiLavore PS, (2010). Shulman C, Thurm A, Pickles A. Autism from 2 to 9 years of age. *Arch Gen Psychiatry.* Jun;63(6):694-701.

38. Lichtenstein P, Carlström E, Råstam M, Gillberg C, Anckarsäter H. (2010). The genetics of autism spectrum disorders and related neuropsychiatric disorders in childhood. *American Journal of Psychiatry* 0;167(11):1357-63. [PUBMED: 20686188] [PubMed] [Google Scholar]
39. Lundström S, Haworth CMA, Carlström E, Gillberg C, Mill J, Råstam M, et al. (2010). Trajectories leading to autism spectrum disorders are affected by paternal age: findings from two nationally representative twin studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*;51(7):850-6. [PUBMED: 20214699] [PubMed] [Google Scholar]
40. Lovaas OI, Berberich JP, Perloff BF, Schaeffer B. (1966). Acquisition of imitative speech by schizophrenic children. *Science*;151:705-7. 30.
41. Lal R, Chhabria R. (2013). Early Intervention of Autism: A Case for Floor Time Approach. In: Fitzgerald M. *Recent Advances in Autism Spectrum Disorders*. [Google Scholar]
42. Liao ST, Hwang YS, Chen YJ, Lee P, Chen SJ, Lin LY. (2014). Home-based DIR/Floortime intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: preliminary findings. *Phys Occup Ther Pediatr.*;34:356–367. [PubMed] [Google Scholar]
43. Mesibov GB, Shea V, Schopler E. (2004). *The TEACCH approach to autism spectrum disorders*. New York (NY): Springer.
44. Meirsschaut M, Warreyn P, Roeyers H. (2011). What is the impact of autism on mother-child interactions within families with a child with autism spectrum disorder?. *Autism Research*;4(5):358-67. [PUBMED: 21882362] [PubMed] [Google Scholar]
45. Nikolić, S., Begovac, B., Begovac, I., Bujas Petković, Z., Matačić, S., Mitrović, M. (1992). *Autistično dijete*. Zagreb, Izdavačko poduzeće „Prosvjeta“.
46. Novita M, Atmodiwirjo ET, Basaria D. (2017). The Effectiveness of Child-Centered Play Therapy to Improve Joint Attention Skills in Children with Autism Spectrum Disorder. *The Asian Conference on Education*. [Google Scholar]

47. National Research Council. (2001). *Educating Children with Autism*. Washington, DC: National Academy Press.
48. Odom SL, Collet-Klingenberg L, Rogers SJ, Hatton DD. (2010). Evidence-based practices in interventions for children and youth with autism spectrum disorders. *Prev Sch Fail*;54:275-82.
49. Odom SL, Boyd BA, Hall LJ, Hume K. (2010). Evaluation of comprehensive treatment models for individuals with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*;40:425-36.
50. Petalas MA, Hastings RP, Nash S, Reilly D, Dowey A. (2012). The perceptions and experiences of adolescent siblings who have a brother with autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*;37(4):303-14. [PUBMED: 23171311] [PubMed] [Google Scholar]
51. Pajareya K, Nopmaneejumrulers K. (2012). A one-year prospective follow-up study of a DIR/Floortime parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *J Med Assoc Thai.*;95:1184–1193. [PubMed] [Google Scholar]
52. Praphatthanakunwong N, Kiatrungrit K, Hongsanguansri S, Nopmaneejumrulers K. (2018). Factors associated with parent engagement in DIR/Floortime for treatment of children with autism spectrum disorder. *Gen Psychiatr.*;31:e000009. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
53. Remschmidt, H. (2005). *Autizam – Pojavni oblici, uzroci, pomoć*. Jastrebarsko, Naklada Slap.
54. Rivers JW, Stoneman Z. (2003). Sibling relationships when a child has autism: marital stress and support coping. *Journal of Autism and Developmental Disorders*;33(4):383-94. [PUBMED: 12959417] [PubMed] [Google Scholar]
55. Reddy RP, Hirisave U. (2014). Child's Play: Therapist's Narrative. *Indian J Psychol Med.*;36:204–207. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

56. Ramisch JL, Timm TM, Hock RM, Topor JA. (2013). Experiences delivering a marital intervention for couples with children with autism spectrum disorder. *American Journal of Family Therapy*;41(5):376-88. [Google Scholar]
57. Rogers SJ, Vismara LA, Hepburn S, Charlifue-Smith R, Hall T, Hayes A. (2006). Teaching young nonverbal children with autism useful speech: a pilot study of the Dever model and PROMPT interventions. *J Autism Dev Disord*;36:1007-24.
58. Schottelkorb AA, Swan KL, Ogawa Y. (2020). (Intensive Child-Centered Play Therapy for Children on the Autism Spectrum: A Pilot Study. *J Counsell Dev* .;98:63–73. [Google Scholar]
59. Shivers CM, Deisenroth LK, Taylor JL. (2013). Patterns and predictors of anxiety among siblings of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*;43(6):1336-46. [PUBMED: 23076507] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
60. Smith T. (2011). Applied behavior analysis and early intensive intervention. In Amaral DG, Dawson G, Geschwind DH, eds. *Autism spectrum disorder*. New York (NY): Oxford University Press;:1037-55.
61. Smith T, Iadarola S. (2015). Evidence base update for autism spectrum disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*;44:897-922
62. Solomon R, Necheles J, Ferch C, Bruckman D. (200). Pilot study of a parent training program for young children with autism: the PL7AY Project Home Consultation program. *Autism*.;11:205–224. [PubMed] [Google Scholar]
63. Spain D, Sin J, Paliokosta E, Furuta M, Prunty JE, Chalder T, Murphy DG, Happé FG. (2017). Family therapy for autism spectrum disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. May 16;5(5):CD011894. doi: 10.1002/14651858.CD011894.pub2. PMID: 28509404; PMCID: PMC6484452.
64. Spain D. (2017). Family therapy for ASD: Cochrane review [personal communication]. Email to: C Borduin 10 January.

65. Solomon AH, Chung B. (2012). Understanding autism: how family therapists can support parents of children with autism spectrum disorders. *Family Process*;51(2):250-64. [PUBMED: 22690864] [PubMed] [Google Scholar]
66. Tomchek S, Koenig KP, Arbesman M, Lieberman D. (2017). Occupational Therapy Interventions for Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *Am J Occup Ther.*;71:7101395010p1–7101395010p3. [PubMed] [Google Scholar]
67. Yahaya A, Mahir IB, Lee GM, Maakip I, Arus BM, Voo P, Kwan SS. (2018). Shelter house play therapy for a child with autism. *IJASOS*, 4:299–307. [Google Scholar]
68. Wieder S, Greenspan SI. (2003). Climbing the symbolic ladder in the DIR model through floor time/interactive play. *Autism*. 7:425–435.