

# Prvi znakovi autizma

---

Hrgovčić, Dina

Undergraduate thesis / Završni rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:137:153336>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-18**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula](#)



Sveučilište Jurja Dobrile u Puli  
Odjel za odgojne i obrazovne znanosti

**DINA HRGOVČIĆ**

**PRVI ZNAKOVI AUTIZMA**

Završni rad

Pula, 2015.

Sveučilište Jurja Dobrile u Puli  
Odjel za odgojne i obrazovne znanosti

**DINA HRGOVČIĆ**

**PRVI ZNAKOVI AUTIZMA**

Završni rad

**JMBAG: 0303014742, redoviti student**

**Studijski smjer: Predškolski odgoj**

**Predmet: Psihologija predškolske dobi**

**Mentor: doc. dr. sc. prof. Aldo Špelić**

Pula, 2015.

## IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, dolje potpisana, DINA HRGOVČIĆ,

kandidat za prvostupnika stručna prvostupnica bacc, paed. ovime izjavljujem da je ovaj Završni rad rezultat isključivo mogjeg vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Završnog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojeg necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za koji drugi rad bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

U Puli, 2015.

Studentica:

Dina Hrgovčić

## SAŽETAK

Cilj ovog rada je prikazati proces rane intervencije koji je predstavljao individualnu psihoanalitičku psihoterapiju s autističnim dječakom na početku njegove treće godine. Ciljevi psihoanalitičke psihoterapije odnosili su se na (1) razvijanje sposobnosti za uspostavljanje i održavanje afektivnog kontakta s terapeutom kao primarno iskustvo koje će omogućiti uspostavljanje afektivnog kontakta s drugim osobama, (2) sa razvojem pozitivnog afektivnog odnosa prema terapeutu postići pozitivne promjene prema predmetima i aktivnostima (pojava prijelaznog objekta), te (3) razvijanje receptivnog aspekta govora. Postignute promjene kod autističnog dječaka tijekom terapijskog rada prezentirane su kroz uspostavljanje terapijskog odnosa te značenje tih promjena na (a) pozitivne promjene u odnosu s roditeljima i sestrom, kao i (b) u odnosu prema drugoj djeci u vrtiću. Prikaz rane intervencije kao psihoanalitičke psihoterapije sadrži prikaz djetetova ranog razvoja i stanja na početku terapijskog rada kao i kvalitativnu analizu zapisa terapeuta o tijeku psihoterapijskog procesa i zapisa majčinih zapažanja u obliku dnevnika koji je vodila.

## SUMMARY

The goal of this paper is to demonstrate the process of the early intervention that represented the individual psychoanalytic psychotherapy on the example of an autistic boy at the beginning of his third year. The goals for this psychoanalytic psychotherapy refer on the (1) developing the abilities for establishing and maintaining the affective contact with his therapist as a primary experience that will allow to set up an affective contact with other people, (2) with developing a positive affective relationship towards his therapist that will obtain positive changes towards the objects and activities (emersion of the transitional object), and (3) developing a receptive aspect of the speech. Those changes with the autistic boy during the therapy activities have been presented through setting up a therapy relationship, and meaning of those changes on the (a) positive changes in his relationship with his parents and his sister, as well as his (b) relationship towards other children in his kindergarten. Depiction of the early intervention as a psychoanalytic psychotherapy contains an overview of the child's early development, and his condition at the beginning of the therapy activities as well as his qualitative analysis from the therapist's overview about the progress of his psychotherapy process, and his mother's observational overviews in the form of a journal she kept maintaining.

# SADRŽAJ

|          |  |    |
|----------|--|----|
| I.       | <u>DIO</u>   |    |
| 1.       | Uvod.....  | 1  |
| 1.1.     | Povijest autizma.....  | 2  |
| 1.2.     | Definicija autističnog poremećaja.....   | 5  |
| 1.3.     | Dijagnosticiranje autističnog poremećaja.....  | 8  |
| 1.4.     | Diferencijalna dijagnoza .....   | 9  |
| 1.5.     | Dijagnosticiranje autizma prema dr. Gallo.....   | 11 |
| 1.5.1.   | Socijalno umanjene vrijednosti.....  | 11 |
| 1.5.2.   | Umanjena vrijednost jezika.....  | 19 |
| 1.6.     | Uzroci autizma.....  | 21 |
| 1.6.1.   | Podvojenost u konceptima etiologije autizma.....   | 23 |
| 1.6.2.   | Organski koncepti etiologije autizma.....  | 24 |
| 1.6.3.   | Psihodinamsko shvaćanje etiologije autizma.....  | 27 |
| 1.6.4.   | Koncept psihoanalitičke psihoterapije autizma A. Špelića.....  | 29 |
| 1.6.4.1. | Prevladavanje problema podvojenosti kao prvi korak u razvoju koncepta psihoanalitičke psihoterapije autizma (A. Špelić).....   | 30 |
| 1.6.4.2. | Prevladavanje problema traumatskog modela psihoanalitičke psihoterapije autizma kao drugi korak u razvoju koncepta psihoanalitičke psihoterapije autizma (Špelić)..... | 34 |
| 1.7.     | Prvi simptomi autizma.....   | 39 |
| 1.8.     | Osnovna obilježja atipičnoga modela socijalnoga razvoja.....   | 43 |
| 1.9.     | Rana intervencija.....   | 44 |
| 1.9.1.   | Različiti programi rane intervencije.....  | 46 |

## II. DIO

|  |    |
|--|----|
| 2. Prikaz rane intervencije kod autističnoga dječaka D. ....   | 48 |
| 2.1. Anamneza djeteta prije početka psihoterapije.....   | 48 |
| 2.2.1. Zapažanje promjena tijekom psihoterapijskih seansi.....                                       | 50 |
| 2.2.2. Zapažanje promjena djetetova odnosa prema roditeljima i sestri tijekom psihoterapije<br>..... | 52 |
| 2.2.3. Zapažanje promjena djetetova ponašanja u vrtiću tijekom psihoterapije te načini igre<br>..... | 54 |
| 3. Rasprava.....   | 55 |
| 4. Zaključak .....   | 58 |
| 5. Literatura.....   | 60 |



## 1. Uvod

“S dvanaest mjeseci, Kaja je privukla moja lice i dala mi veliki poljubac. Nekoliko tjedana poslije, Kaja je postala prazna ljuska sebe. Više mi nije upućivala poljupce, nije reagirala na moje pozive imenom te je izgubila govor općenito.” Ovo je jedna od izjava roditelja djeteta s autizmom.

Tema ovoga završnog rada je Prvi znakovi autizma. Rad se sastoji od dva dijela. U prvome dijelu rada osvrnut ću se na povijest autizma u kojemu se spominje prvi slučaj pojave autizma kod dječaka Victora, odakle i dolazi pojam *autizam* te tko su bili prvi doktori/psihijatri koji su opisali ovaj razvojni poremećaj. Zatim slijedi definicija autizma (MKB-10), koju je izdala Svjetska zdravstvena organizacija i dijagnosticiranje autističnog poremećaja, pri čemu sam posebnu pozornost posvetila literaturi *Diagnosing Autism Spectrum Disorders* u kojoj autor dr. Gallo kroz dva glavna područja prikazuje načine i bitne značajke tijekom evaluacije djece s autizmom. Kratko sam se osvrnula i na uzroke ovoga razvojnog poremećaja koji se dijele na dva glavna oprečna stajališta, odnosno je li autizam uzrokovan genetskom podlogom ili je uzrokovan okolinskim čimbenicima kao što su, na primjer, nedovoljno dobra majka ili separacija djeteta od majke u određenome životnom razdoblju. U poglavlju Prvi znakovi autizma fokusirala sam se na literaturu od autorice Stelle Acquarone koja je prve simptome autizma podijelila na razdoblja od rođenja do šest mjeseci, od šestog do dvanaestog mjeseca te u razdoblju od prve do druge godine djetetova života. Na kraju prvoga dijela navodim važnost rane intervencije te koji svi programi postoje.

Drugi dio završnoga rada sastoji se od prikaza jednoga dječaka s autizmom koji pohađa psihoterapiju kod doktora Špelića. Prikaz se sastoji od uvodnoga dijela u kojemu sam navela stajalište doktora Špelića o autizmu, zatim sam kroz prikaz rane intervencije navela s čime sam se služila tijekom pisanja analize. Prije nego što sam pristupila analizi psihoterapijske obrade, u anamnezi sam opisala stanje dječaka prije početka psihoterapije koja se temeljila na nalazima dječaka od prijašnjega rehabilitatora. U raspravi sam se još jednom osvrnula na značajne promjene u dječakovu ponašanju tijekom prve godine psihoterapijske obrade.

## 1.2. Povijest autizma

Victor, divlji dječak iz Aveyrona, koji je pronađen u šumi u južnoj Francuskoj i doveden u civilizaciju, vjerojatno je prvi slučaj autizma prikazan u znanstvenoj literaturi, a opisao ga je liječnik Jean Gaspard Itard (1801, Bujas-Petković i sur., 2010). Victor, kojega su roditelji odbacili, najvjerojatnije je imao autistični poremećaj od rođenja. Medicinskom terminologijom onoga vremena rečeno je da se radi o “disharmoničnome razvoju osjetnog aparata koji bi korektnom stimulacijom okoline mogao ponovno uspostaviti harmonično funkcioniranje”. Unatoč nastojanju doktora Itarda da ga nauči govoriti, Victor nije za to bio sposoban (Bujas-Petković i sur., 2010).

Godine 1910., švicarski psihijatar Eugen Bleuler, pričajući o shizofreniji – pojmu koji je on skovao – upotrijebio je latinsku riječ *autismus* kao način kako bi opisao neke od simptoma toga poremećaja. Bleuler je tim pojmom označio ponašanje shizofrenih bolesnika koji se misaono povlače u vlastiti svijet, postupno smanjuju socijalne interakcije te se prepuštaju fantastičnim mislima i zatvaraju od svijeta (Gallo, 2010). Riječ autizam dolazi od grčke riječi *authos*, što znači “sam”. Dvadeset godina kasnije Leo Kanner, austrijski psihijatar, konstruirao prvi dječji psihijatrijski program pri John Hopkins Hospitalu u Baltimoreu, Marylandu. Njegova prva knjiga *Dječja psihijatrija* izašla je 1935. godine i bila je prva knjiga na engleskome jeziku koja se bazirala na pitanjima o mentalnome zdravlju djece. Godine 1943., napisao je rad pod naslovom *Autistični poremećaji afektivnih veza* pri kojemu se o autizmu po prvi puta raspravlja u profesionalnoj literaturi (Gallo, 2010).

Doktor Kanner opisuje u tome radu jedanaestero djece koja su izgledala tjelesno zdrava, ali su pokazivala karakteristične smetnje komunikacije i govora. Poremećaj je nazvao infantilnim autizmom s obzirom na to da se prvi simptomi pojavljuju unutar prvih trideset mjeseci života s periodom normalnoga razvoja ili bez njega. Tih jedanaestero djece potjecalo je iz viših društvenih slojeva stoga ih je Kanner generalizirao i pretpostavio da je urođena nesposobnost razvijanja komunikacije uvelike uvjetovana hladnim i odbijajućim držanjem majke prema djetetu. Dvoje djece u pubertetu je dobilo epileptične napadaje, a kod troje djece nađeni su blaži neurološki ispadi. Na osnovi toga isključivo psihogeni uzročni čimbenici mogli su biti isključeni (Bujas-Petković i sur., 2010).

Nadalje, Kanner je u svojem radu zajednička obilježja sažeo na sljedeći način: “Izraziti osnovni patognomični poremećaj jest od rođenja postojeća nemogućnost uspostavljanja odnosa s

osobama i situacijama. Roditelji predstavljaju tu djecu i opisuju da su 'sama sebi dovoljna', 'žive kao u nekoj školjci', 'najsretnija su kad ih se ostavi na miru', 'ponašaju se kao da nitko nije prisutan', 'ne obraćaju pažnju na okruženje', 'pružaju dojam mudrosti', 'nisu u mogućnosti pokazati normalnu razinu socijalne osjetljivost', 'ponašaju se kao da su hipnotizirana'. Pritom se ne radi kao kod shizofrene djece ili odraslih o povlačenju iz postojećih veza ili prije postojeće komunikacije. Štoviše, radi se od početka o autističnom biti sam koje sve što izvana djeluje na dijete, ono ne opaža, ignorira i isključuje." Nadalje, Kanner kaže: "Prema tome, moramo pretpostaviti da su se ta djeca rodila s urođenom nesposobnošću uspostavljanja normalnih i biološki predviđenih afektivnih veza s drugim osobama. Imaju, dakle, deficite kao druga djeca koja su rođena s urođenim tjelesnim i intelektualnim oštećenjima. Ako je ova pretpostavka točna, daljnja istraživanja na toj djeci moraju doprinijeti formuliranju konkretnih kriterija koji će omogućiti opis za sada difuznih pretpostavki o konstitucionalnim komponentama emocionalnih reakcija. Za sada možemo kod te djece urođene poremećaje emocionalnih veza samo općenito ustanoviti" (Remschmidt, 2009).

Godine 1944. u Austriji, dr. Hans Asperger, ne znajući za Kannerov rad, objavio je rad pod oznakom *'Autistični psihopati' dječje dobi* u kojemu je opisao četvero djece koji su bili njegovi pacijenti, čija je zajednička obilježja sažeo u šest točaka:

### 1. Tjelesna obilježja i izražajnost

U toj točki upućuje na to da djeca često izbjegavaju pogled oči u oči, mimika i geste su im siromašni ("ne koriste svoju mimiku za uspostavljanje socijalnih veza"), neprirodna su u svojem jezičnom izražavanju i pritom se ne obraćaju sugovorniku te su motorički nespretna.

### 2. Autistična inteligencija

Asperger opisuje poseban oblik poremećaja pažnje u te djece koja izgledaju kao da im je pažnja "odvrćena iz unutra". Nadalje opisuje "naročiti stvaralački odnos prema govoru" koji se, između ostaloga, očituje u tome da "bezbrižno stvaraju nove riječi koje su najčešće vrlo prikladne" i da često raspolažu "hipertrofijom posebnih sposobnosti kojima nadoknađuju značajne nedostatke".

### 3. Ponašanje u zajednici

Osnovni poremećaj s tim u vezi jest “ograničenje odnosa s okruženjem”. I u obitelji pokazuju “autistične napade pakosti” i “negativističke reakcije”. Slijede “vlastite impulse, osobne interese, ne obazirući se na zahtjeve okoline”.

### 4. Nagoni i čuvstveno ponašanje

Pokazuju vrlo različito seksualno ponašanje (od nezainteresiranosti za seksualnost do ekscesivnog masturbiranja) i često naginju sadističkim reakcijama. Uočljivo je nadalje njihovo egocentrično ponašanje “ne uzimajući u obzir dopuštenja i zabrane koji dolaze iz vana”. Ne pokazuju osjećaj za osobnu distancu, često nemaju smisla za humor i ne razumiju šalu. Česta je sklonost skupljanju i posebnim interesima.

### 5. Genetika

Već je Asperger smatrao da “autistična psihopatija” ima genetsku pozadinu. Uputio je na činjenicu da među dvjesto slučajeva koje je promatrao nije našao nijedan u čijoj obitelji nisu više ili manje bili izraženi poremećaji socijalne interakcije ili komunikacije (najčešće očeva). U tom smislu zaključuje već kod svog prvog opisa: ”Odavno je pokazano da su i psihopatska stanja konstitucijski osnovana, a time i nasljedna”.

### 6. Socijalno vrednovanje i tijek

S obzirom na tijek, Asperger upućuje na nedostatnu socijalnu prihvaćenost, osobito kad “postoji izražena mentalna retardacija. Drugačije je “kod intelektualno intaktnih, a osobito, naravno, kod iznadprosječno pametnih autističnih psihopata”. Za njih je prognoza dobra, s odgovarajućim mogućnostima zapošljavanja i daljnjega razvoja (Remschmidt, 2009).

M. Mahler (1955) opisuje simbiotsku psihozu s nešto kasnijim početkom od infantilnoga autizma, a u kojoj prema psihoanalitičkome tumačenju dijete uspostavlja odnos s majkom psihotičnim obranama. Za rane poremećaje i psihotična stanja koja imaju neka obilježja infantilnoga autizma i simbiotske psihoze, B. Rank (1955) uvodi u dječju psihijatriju naziv *atipično dijete, atipična psihoza* ili *atipični razvoj*. Naziv je danas povijesni, osim naziva atipični autizam koji se, prema dijagnostičkim klasifikacijama, koristi za autistični poremećaj koji nema sva dijagnostička obilježja, tj. obično se pojavljuje nešto kasnije od navedene treće godine života (Bujas-Petković i suradnici, 2010).

Autistični spektar, termin što ga je prije više od dvadeset godina (1988.) uvela engleska psihijatrica Lorna Wing, ne koristi se u vrijedećim klasifikacijama, a obuhvaća pervazivne razvojne poremećaje, tj. niz psihijatrijskih poremećaja rane dječje dobi obilježenih velikim abnormalnostima u socijalnim interakcijama, komunikaciji i motoričkim aktivnostima (stereotipijama) (Bujas-Petković i suradnici, 2010).

### 1.3. Definicija autističnoga poremećaja

Danas se autistični poremećaji smatraju *pervazivnim razvojnim poremećajima* (MKB-10), koju je izdala Svjetska zdravstvena organizacija, definirani na sljedeći način: “Skupina poremećaja koje obilježavaju kvalitativne nenormalnosti uzajamne interakcije i obrazaca komunikacije kao i ograničen, stereotipan, ponavljajući repertoar interesa i aktivnosti. Ove kvalitativne nenormalnosti su osnovno funkcionalno obilježje oboljele osobe, ali se razlikuju u izraženosti. U najvećemu broju slučajeva prisutan je od najranijega djetinjstva osebujan razvoj. S malobrojnim iznimkama nenormalnosti su od pete godine života manifestne. Najčešće su prisutni određeni opći kognitivni deficit, no poremećaji su definirani ponašanjem koje ne odgovara razini inteligencije osobe, bez obzira na to je li ona odgovarajuća za određenu dob ili ne.“ (Remschmidt, 2009).

U klasifikaciji MKB-10 upućuje se i na sljedeće značajke:

- U nekim slučajevima poremećaji mogu biti povezani s određenim *tjelesnim bolestima* i možda se mogu pripisati tim bolestima (npr. cerebralna pareza rane dječje dobi, oštećenja zbog rubeole koju je majka preboljela tijekom trudnoće, tuberozna skleroza, poremećaj metabolizma masti uz sudjelovanje moždanih struktura, fragilni X-kromosom)
- Poremećaj se ipak ponajprije dijagnosticira na osnovi *ponašanja*, neovisno o tome postoji li ili ne prateća tjelesna bolest
- Često je *intelektualno zaostajanje*, ali ono nije uvijek prisutno kod pervazivnih razvojnih poremećaja (Remschmidt, 2009).

U drugome često korištenome sustavu klasifikacije Američke psihijatrijske udruge, *Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje* (DSM-IV), pervazivni razvojni poremećaji definiraju se na sličan način:

- Karakteristično je za pervazivne razvojne poremećaje teško i pervazivno oštećenje većega broja razvojnih područja kao npr. socijalna interakcija i komunikacija ili javljanje stereotipnih oblika ponašanja, interesa i aktivnosti. Kvalitativne deficite kod tih poremećaja obilježavaju jasna odstupanja razvojnog stupnja i intelektualne dobi određene osobe.
- Nadalje, taj poremećaj je prije označavan pojmom *psihoza* ili *shizofrenija dječje dobi*. Važno je naglasiti da se pervazivni razvojni poremećaji razlikuju od psihoza i shizofrenije, iako se kod nekih pervazivnih razvojnih poremećaja (npr. kod Aspergerova sindroma) kasnije može razviti shizofrenija (Remschmidt, 2009).

Bruno Bettelheim (1967, prema Bujas-Petković i sur., 2010), poznati psihoanalitički orijentiran psihijatar, smatrao je da su djeca s autizmom osiromašena iznutra i zatvorena u školjci zbog vanjskih negativnih utjecaja. Tu djecu uspoređuje s “praznim utvrdama”, gdje je glavni uzrok toga poremećaja prepoznat u neadekvatnome pristupu roditelja. Danas ovaj koncept još uvijek predstavlja predmet kritike usmjeren na psihoanalitički pristup u terapiji autistične djece.

Prema Kanneru (1943, prema Bujas-Petković i sur., 2010), osnovne karakteristike autističnoga poremećaja su:

- nemogućnost djeteta da uspostavi normalne kontakte s roditeljima, djecom i drugim ljudima općenito
- zakašnjeli razvoj i uporaba govora na nekomunikativan način (eholalija, metalalija, neadekvatna uporaba zamjenica)
- ponavljajuće stereotipne igre i opsesivno inzistiranje na poštovanju određenog reda
- nedostatak mašte i dobro mehaničko pamćenje
- normalan tjelesni izgled.

Poremećaj se, prema Kanneru (1943, prema Bujas-Petković i sur., 2010), pojavljuje u prve tri godine života, tri do četiri puta češće kod dječaka nego kod djevojčica, a prevalencija je 4-6 zahvaćenih na deset tisuća djece, što je i danas uglavnom potvrđeno. Prema mnogim novijim istraživanjima broj djece s autizmom raste. Osim stvarnoga povećanja broja zahvaćene djece,

razlog mogu biti i različiti dijagnostički kriteriji i različite metodologije. Ipak, mnogo su češća stanja slična autizmu koja nemaju sva nego samo neka obilježja autističnog poremećaja i čine autistični kontinuum. Autizam često nema čvrste crte razgraničenja nego obuhvaća i granične (*borderline*) slučajeve koji nemaju sva obilježja autizma, a prema MKB-10 I DSM-IV imaju obilježja atipičnoga autizma iznosi petnaest do dvadeset na deset tisuća djece, dakle, učestaliji su četiri do pet puta od klasičnoga infantilnog autizma koji je opisao Kanner. Iako se navodi da dijete može imati razdoblje normalnoga razvoja, retrogradno anamnestički često se mogu utvrditi nespecifični simptomi u prvoj godini života, najčešće poremećaji spavanja i hranjenja. Dijete može biti previše mirno ili plačljivo. Smatrao je da su djeca s autizmom normalno ili čak natprosječno inteligentna, a njihovo intelektualno funkcioniranje samo je posljedica autistične nemogućnosti uspostavljanja kontakta i negativizma. Odlučujuću negativnu ulogu u nastanku autizma prema Kanneru imaju roditelji, visokoobrazovani, pretjerano profesionalno aktivni i emocionalno hladni, što je kasnijim istraživanjima opovrgnuto. Danas je potpuno sigurno da su organski uzroci glavni etiološki čimbenik, između ostaloga genski, traumatski i metabolički, iako se ni psihološki uzroci ne smiju zanemariti. Također je dominantno tumačenje o multikauzalnosti etiologije, u kojoj različiti uzroci dovode do slične kliničke slike.

Razvijen je niz ljestvica (skala) za procjenu poremećaja iz autističnoga spektra. Jedna od najstarijih, prije dosta korištena, iako nikada znanstveno evaluirana, je Creakova *nine-point* ljestvica (Bujas-Petković i sur., 2010), u kojoj je od četrnaest ponuđenih simptoma za postavljanje dijagnoze autizma potrebno barem devet. To su:

- velike teškoće pri druženju i igranju s drugom djecom
- dijete se ponaša kao da je gluho
- dijete ima jak otpor prema učenju
- dijete nema straha od stvarnih opasnosti
- dijete ima jak otpor prema promjenama u rutini
- dijete se radije koristi gestom ako nešto želi
- dijete se smije bez vidljivih razloga
- dijete se ne voli niti maziti niti nositi
- pretjerana fizička aktivnost (hiperaktivnost)
- dijete izbjegava pogled oči u oči
- neuobičajena vezanost za objekte ili dijelove objekta

- dijete okreće predmete i potreseno je ako je u tome prekinuto
- ponavljajuće i čudne igre
- dijete se drži po strani.

Danas ova ljestvica može poslužiti za postavljanje početne radne dijagnoze, no u praksi se sve manje koristi.

Rutter (Bujas-Petković i sur., 2010), jedan od najvećih suvremenih dječjih psihijatara koji se bavi problematikom pervazivnih razvojnih poremećaja, autizam je označio s četiri ključna kriterija:

- oštećenje socijalnog razvoja s brojnim posebnim karakteristikama, koje odstupaju od djetetove intelektualne razine
- zakašnjeli i izmijenjeni razvoj jezika i govora s određenim specifičnostima, a koji odstupa od djetetove intelektualne razine
- inzistiranje na jednoličnosti, što se očituje u stereotipnim oblicima igre, abnormalnim preokupacijama ili u otporu promjenama
- pojava poremećaja do dobi od trideset mjeseci.

#### **1.4. Dijagnosticiranje autističnoga poremećaja**

Dijagnoza autističnoga poremećaja postavlja se na osnovi anamneze i promatranja djeteta u različitim situacijama. Pri tome se kao osnova uzimaju dijagnostički kriteriji oba klasifikacijska sustava psihičkih poremećaja MKB-10 (WHO, 1992) I DSM-IV (APA, 1994) koji se danas u svijetu primjenjuju.

Kao dodatna pomoćna sredstva koriste se standardizirani intervjui s roditeljima ili za dijete drugim važnim osobama, kao i skale za procjenu ponašanja koje omogućuju točnije zahvaćanje pojedinih osobitosti ponašanja i njihovu kvantifikaciju.

U *anamnezi* prema zapažanju Remschmidta (2009) roditelji često izvještavaju o teškoćama već tijekom trudnoće, komplikacijama tijekom porođaja, a ponajprije o osebnom razvoju tijekom prvih mjeseci života djeteta. Roditelji to zamjećuju naročito ako autistično dijete nije bilo njihovo



prvo dijete, tako da mogu uspoređivati njegov razvoj s razvojem svoje druge djece. Majke izvješćuju na primjer sljedeće:

Dijete je od početka odbijalo tjelesni dodir i naklonost, nije odgovaralo smiješkom, nije reagiralo na zov ili šumove, tako da su roditelji imali dojam da je dijete gluho. U dječjem vrtiću dijete nije pokazivalo interes za drugu djecu, igralo se samo, radije se obraćalo predmetima nego ljudima, nije predmete upotrebljavalo na primjeren način, već ih je vrtjelo. Veselje je pokazivalo samo kad bi se bavilo predmetima, ali ne i osobnim kontaktom s drugom djecom. Govorni jezik uopće se nije razvio ili je njegov razvoj bio krajnje usporen. Ako je dijete učilo govoriti, ne samo da je razvoj govora bio usporen, nego su se pojavljivale već opisane značajke.

Nabrojene osobine mogu se utvrditi i neposrednim *promatranjem*, a s pomoću standardiziranih intervjua i skala promatranja ponašanja točno odrediti.

Danas postoji niz intervjua, skala i instrumenata koji su usmjereni na dijagnozu autističnoga poremećaja. Većina ih potječe iz područja engleskoga jezika, a najviše se koriste u znanstvenim istraživanjima. Neki od tih instrumenata prevedeni su i na njemački jezik a to su (Remschmidt, 2009):

- ✚ Autism Diagnostic Interview, revidirana forma (ADI-R, Lord et al. 1994)
- ✚ Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS, Lord et al. 1989)
- ✚ Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic (ADOS-G, Lord et al. 1997)
- ✚ Childhood Autism Rating Scale (CARS, Schloper et al. 1980)
- ✚ Autism Behavior Checklist (ABC, Krug et al. 1980).

## **1.5. Diferencijalna dijagnoza**

Deseta međunarodna klasifikacija bolesti, ozljeda i srodnih zdravstvenih stanja (MKB-10) Svjetske zdravstvene organizacije iz 1992. godine, pod šifrom F84 opisuje već spomenutu definiciju pervazivnih razvojnih poremećaja te se u toj klasifikaciji kao posebne dijagnostičke kategorije nabrajaju (Bujas-Petković i sur.,2010):

- autizam u djetinjstvu F84.0
- atipični autizam F84.1

- Rettov poremećaj F84.2
- drugi dezintegrativni poremećaji u djetinjstvu F84.3
- poremećaj hiperaktivnosti povezan s duševnom zaostalošću I stereotipnim pokretima F84.4
- Aspergerov poremećaj F84.5
- ostali poremećaji razvoja u djetinjstvu F84.8
- pervazivni poremećaji u razvoju, nespecificirani F84.9.

Autistični poremećaj treba ponajprije razlikovati od Aspergerova poremećaja (autistični poremećaj ličnosti). Razlika između ta dva autistična sindroma je u početku pojave bolesti, u području govornoga jezika i intelektualnih sposobnosti te u osobitostima motorike: djeca s Aspergerovim sindromom ranije nauče govoriti, često razvijaju diferenciraniji govor i najčešće raspolazu dobrim do prosječnim intelektualnim sposobnostima. Često su kod njih snažno razvijeni posebni interesi, kojima se gotovo isključivo bave, a kad su stariji, česti su kompulzivni obrasci ponašanja. Prognoza za djecu s Aspergerovim poremećajem je dobra i veliki broj te djece završava školu, zapošljava se i živi samostalno. U odrasloj dobi, neka djeca obole od nekoga drugog psihičkog poremećaja (psihoze, anksioznoga poremećaja, opsesivno-kompulzivnoga poremećaja) ili epilepsije.

Autistični poremećaj treba razlikovati i od Rettova poremećaja. Kod te bolesti dolazi do propadanja i gubitka već razvijenih vještina, povezano s nizom neuroloških simptoma i klasičnim stereotipskim pokretima ruku (kruženje rukama). Rettov poremećaj pojavljuje se samo kod djevojčica koje se ispočetka uredno razvijaju, nakon čega slijedi zaostajanje ili potpuni gubitak sposobnosti govora i kretanja, zajedno s usporavanjem rasta glave. Prvi simptomi pojavljuju se u dobi od sedmoga do dvadeset i četvrtoga mjeseca, gubitkom već navedenih pokreta ruku i hiperventilacija. Ataksija i apraksija trupa počinje se razvijati od četvrte godine života, a učestali su i koreoatetotični pokreti. Mentalna retardacija težega stupnja prisutna je kod svih.

Autistične sindrome treba razlikovati i od poremećaja osjetljivosti i mentalne retardiranosti. Prvi se mogu utvrditi točnim ispitivanjem osjetljivosti, a slijedeći tako što autistični simptomi nisu primarni u kliničkoj slici, već mogu biti samo popratna pojava. Osim toga, kod mentalno retardirane djece i mladih nisu poremećeni emocionalni odnosi s predmetima i osobama. Govorne i motorne osobujnosti karakteristične za autistični poremećaj također nisu prisutne.

Praktično i klinički značajno je i razlikovanje autizma od shizofrenije. Ono je moguće na osnovi simptomatike te anamneze i tijeka bolesti. Tako su u djece sa shizofrenijom, za razliku od djece s autizmom, česti simptomi sumanutosti ili halucinacije, ali prethodno nisu bila upadljiva, posebno što se tiče psihotične simptomatike.

Na kraju, treba razlikovati *hospitalizam* (deprivacijski sindrom) od autističnih poremećaja. Pod time se podrazumijeva poremećaj koji nastaje zbog krajnje zapuštenosti i nedostatnoga poticanja. I takva djeca mogu pokazivati poremećene socijalne interakcije, ali se one očituju na drugi način. Više sliče depresivnoj simptomatici, katkada i u ponašanju bez distance, ali ne i simptomima karakterističnim za djecu s autizmom (Remschmidt, 2009).

Postavljanje dijagnoze autizma prema Remschmidtu (2009) otežano je iz nekoliko razloga:

- Jer ima i djece u kojih postoje pojedini, ali ne i svi simptomi koji upućuju na autizam
- Jer se psihopatološka slika autističnog poremećaja tijekom razvoja stalno mijenja. Tako se strah od promjena pojavljuje tek u drugoj godini života kad se uspostavljaju veze s predmetima u okruženju. Nakon šeste godine mnoga osebujna obilježja, naročito kod djece s manjim poremećajima, smanjuju se ili potpuno nestaju i sve se više pojavljuju normalni razvojni procesi
- Jer izraženost poremećaja može biti jako različita.

## **1.6. Dijagnosticiranje autizma prema dr. Gallo**

### **1.6.1. Socijalno umanjenje vrijednosti**

Postavljena je jedna konstatacija da ako istinski imamo dubinsko, opširno razumijevanje za određeni subjekt, bez obzira na to koliko je kompleksan ili kompliciran, moramo biti u mogućnosti objasniti ga na jednostavan način i neposrednim rječnikom svakome pojedincu.

Autor Gallo navodi kako DSM-IV-TR za dijagnosticiranje autističnoga poremećaja zahtjeva kvalitativno oštećenje u socijalnoj interakciji, što se odražava u najmanje dvije od sljedećih pretpostavki: A) značajna oštećenja u korištenju višestrukih neverbalnih ponašanja kao što su pogled oči u oči, facijalna ekspresija, tjelesno držanje i geste za regulaciju socijalne interakcije, B) neuspjeh da razviju odnose s vršnjacima primjereno razvojnome stupnju. C)

nedostatak spontanog traženja za dijeljenjem užitka, interesa, ili postignuća s drugim ljudima (npr., nedostatak pokazivanja, donošenja ili isticanja objekt interesa) ili D) nedostatak socijalne ili emocionalne uzajamnosti.

#### A) Značajna oštećenja u korištenju višestrukih neverbalnih ponašanja

Dok ova kategorija uključuje nekoliko pitanja, jedan od glavnih mogućih nedostataka ovdje je također i jedno od povijesnih obilježja osobina autizma, naime, nedostatak prikladnoga kontakta očima. I profesionalci i laici imaju tendenciju unaprijed stvoriti ideju da sve individue s autizmom imaju siromašan kontakt očima i da ako je individuin kontakt očima siromašan mora biti autističan.

Prije nego što započne ispitivanje, evaluator uvijek mora imati na umu kriterij B u dijagnozi autističnoga poremećaja koji obuhvaća kašnjenje ili abnormalnu funkciju u barem jednome od sljedećih područja, s početkom bolesti prije treće godine: socijalna interakcija, jezik koji se koristi u socijalnoj komunikaciji i simbolička ili maštovita igra. To znači da kod ispravnoga dijagnosticiranja autističnoga poremećaja, ova područja problema moraju postavljati kao temeljna pitanja za individue tijekom njihova cijeloga života. Dakle, ako osoba u određenoj liječničkoj praksi ima dvanaest godina i ima dobar kontakt očima s liječnikom s kojime se rukuje i gleda ga na odgovarajući način tijekom evaluacije, možda nedostaje jedan važan čimbenik. Je li dijete privučeno u takve socijalne odgovarajuće interakcije zato što su ga njegovi roditelji trenirali takvim vještinama iz dana u dan zadnjih dvanaest godina?

Doktor Gallo u svojim evaluacijama uvijek postavlja ključno pitanje roditeljima, odnosno zanima ga kakva su ta ponašanja bila prije treće godine. Često im postavlja pitanja kao što su je li dijete pohađalo predškolu ili dnevnu njegu/skrb prije nego što je upisano u vrtić. Ako jesu, autor ih potiče da razmišljaju o tome vremenu tako da se mogu fokusirati većinom na taj period djetetova života, plus ili minus godinu dana, za potpunu evaluaciju. Također moramo imati na umu da je autizam remitirajući poremećaj; postaje bolji (gori) kako vrijeme prolazi. Gledajući činjenicu da smo svi izloženi socijalnoj interakciji na dnevnoj, pa čak i na satnoj bazi, imalo bi smisla za ove odgovarajuće socijalne vještine da se s vremenom poboljšaju. Tijekom ispitivanja roditelja o kontaktu očima njihova djeteta trebalo bi obratiti pažnju na odgovore tipa, “dijete ima dobar kontakt očima s nama (roditeljima)”, jer to ne mora značiti da ima isto tako dobar kontakt očima s drugim ljudima oko njega. Činjenica da roditelji izvješćuju da su dijete vodili doktoru i audiologu u ranoj fazi zbog sumnji da je dijete gluho je vrlo značajno i može biti indikacija za ASD (sindrom

autističnog poremećaja), pogotovo ako su rezultati pregleda pokazali da dijete čuje normalno. Vrlo često, glavni razlog za evaluaciju bio je da se dijete ne odaziva na svoje ime kada ga roditelji zovu.

Razmotrimo ovu hipotetsku razmjenu informacija između ispitivača i roditelja dvanaestogodišnjaka koji je došao na evaluaciju.

Dr. Gallo: Kakav je Ralfov kontakt očima?

Majka: Njegov kontakt očima sa mnom je dobar.

Dr. Gallo: Da li Vas on gleda dok razgovarate s njim?

Majka: Da.

Ovaj razgovor zvuči poprilično izrezano i suhoparno i mogao bi određenog ispitivača potaknuti na sljedeće pitanje. Pogledajmo malo opsežnije na Ralfov kontakt očima:

Dr. Gallo: Kakav je Ralfov kontakt očima?

Majka: Njegov kontakt očima sa mnom je dobar.

Dr. Gallo: Da li Vas on gleda dok razgovarate s njim?

Majka: Da.

Dr. Gallo: Odlično! Da li je to oduvijek bilo tako s njim?

Majka: Nije, mi smo stvarno morali raditi s njim na tome. Kada je bio mlađi, cijelo vrijeme smo mu morali govoriti, "Ralf, pogledaj me kada razgovaram s tobom." Ponekad je bilo i situacija kada smo mu morali fizički pomaknuti glavu da gleda prema nama.

Ovo je primjer kako samo uzimanje informacija od pacijenta, odnosno roditelja prema nominalnoj vrijednosti bez dodatnoga preispitivanja može dijagnosticiranje odvesti u krivome smijeru.

Druga činjenica što se tiče kontakta očima koji je teže za ocijeniti je modulacija. Na primjer, kako se može razlikovati pogled s ljubavlju prema drugoj osobi i zurenje u nju? Bilo je razgovora između veterana o "1000-jarda zurenja" gdje jedan vojnik zapravo ne vidi drugoga čovjeka, nego gleda iza, odnosno kroz njega. Autor (dr. Gallo) koristi ovaj primjer kako bi ilustrirao ideju pojedinca koji gleda u čovjeka, ali ga zapravo ne vidi, odnosno, ne doživljava. Gledaju li oni zapravo stvarno u vaše oči ili čelo, ili negdje dva metra preko vas, lijevo od vaše glave. Ovo je dirljiv primjer kako individue, čak i oni koji imaju teži oblik autizma, mogu naučiti gledati ljude dok s njima razgovaraju, ali suptilniji aspekt kontakta očima kao što je moduliranje njihova pogleda često izostaje. Zbog toga bi pitanje kao što je "zuri li vaše dijete u druge ljude",

bilo dobro postaviti roditeljima tijekom evaluacije. Pacijentovo ponašanje i njegova interakcija s ispitivačem tijekom evaluacije veoma je važna i trebala bi omogućiti odgovarajuću vrijednost dijagnostičkoj težini.

Godine 2002. provedeno je istraživanje u kojemu su djeca s autizmom gledali video isječke filma *Tko se još boji Virginie Woolf?* pri čemu ih je snimala infracrvena kamera koja je zabilježila putanju njihova pogleda. Istraživanje je pokazalo da djeca s autizmom imaju tendenciju da gledaju u usne likova i različite objekte na ekranu dva puta više nego djeca s tipičnim neurološkim razvojem. Također, djeca s autizmom u pola manje gledaju u oči likova za razliku od druge neurotipične djece.

Nije neuobičajeno da što su pitanja za roditelje profiliranja (specijalizirana), kao na primjer, odaziva li im se dijete na ime kada ga zovu, oni jednostavno ne znaju odgovor jer nisu nikad razmišljali odnosno obratili pozornost na to? Postoje vremena tijekom evaluacije, kada roditelji nisu spremni čuti što im ispitivač ima za reći, odnosno negiraju ono što im doktor govori te često govore da su doktori proveli smo X broj sati s djetetom te da se dijete kod kuće u poznatome okruženju drugačije ponaša.

Sljedeći jako komplicirani faktor kod neverbalnoga ponašanja je dječja sposobnost da razumije neverbalne znakove i govor tijela. Ova se vještina razvija s vremenom i iskustvom te je u većemu stupnju teža za procijeniti s jako malom djecom. To je drugi razlog zašto su sva ta pitanja postavljena od strane ispitivača koji se mora vratiti u vrijeme kada je dijete bilo u vrtićkome uzrastu. Na kraju toga razdoblja dijete je sposobno razumjeti govor tijela, ali vjerojatno još nije dovoljno staro da bi moglo biti samostalno bez skrbi. Nadovezujući se na razgovor doktora s Ralfovom majkom, postavljeno je iduće pitanje: “Je li Ralf sposoban pročitati govor tijela i facijalnu ekspresiju?” Nažalost, najčešći bi odgovor bio samo prazan pogled. To je razlog zašto bi se trebalo često osloniti na brojne primjere te sposobnost da se pitanja preformuliraju na nekoliko načina.

Autor se koristi i sljedećim pitanjem tijekom evaluacije, dok roditelji leže na kauču i gledaju tužan film ili ako su dobili telefonski poziv s lošim vijestima te su bili tužni sa suzama u očima, uoči li to njihovo dijete? Na ovaj način roditelji mogu vidjeti još jedan primjer iz stvarnoga svakodnevnog života te razmisliti o tim stvarima koje se povremeno događaju svima. Nadalje, tijekom evaluacije treba uvijek imati na umu ima li individua sposobnost pročitati govor tijela njegovih roditelja te s druge strane, je li sposoban pročitati govor tijela nepoznate osobe ili svog vršnjaka, što je veoma

teško. Ne smije se zaboraviti da su djeca neprestano u roditeljskome okruženju, pogotovo kad su mala. Zbog toga bi bilo razumljivo da djeca imaju sposobnost determinirati raspoloženje roditelja samo gledajući ih, ali bilo bi puno teže dekodirati govor tijela nekoga stranca.

Osobni prostor također može biti jedan od pitanja kod djece s autističnim poremećajem, jer oni često nemaju dobar osjećaj za konstruiranje prikladnoga osobnog prostora. Na primjer, kada pacijent dođe na terapiju ili evaluaciju, ispitivač vjerojatno sjedi otprilike šest metara od pacijenta. Ispitivač je svjestan “klobuka osobnog prostora”, kao i toga da bi se približavanjem drugoj osobi dovelo tu osobu u nelagodnu poziciju, pri čemu bi se ona odmicala tražeći svoj prostor. Često, djeca i odrasli s autističnim poremećajem nemaju čisto razumijevanje toga koncepta i postaju, kako ih autor naziva, “upadačima u prostor”. Ako dijete tijekom evaluacije pokazuje svijest o osobnome prostoru ili prilaze jako blizu licu ispitivača da govore ili pokazuju nešto, to može ukazati na poremećaj i svakako bi ga se trebalo evidentirati u izvješće. Ponekad djeca da bi pokazala neki predmet, predmet stave jako blizu licu ne shvaćajući da ga osoba ne može vidjeti kako treba. Djeca koja traže senzorno (osjetilno), mogu također uključivati određen tip neprilagođenoga ponašanja. Poneka djeca s autističnim poremećajem imaju jako izražen interes za određene stvari koje ih zanimaju, što je još jedan pokazatelj neshvaćanja osobnoga prostora. Kao primjer autor navodi dječaka koji je stvarno uživao u dodirivanju mekanih tekstila, tako bi kada bi hodao ulicom prilazio ženama i dodirivao njihovu bluzu ili kosu. Roditeljima je naravno lakše objasniti strancu da dijete ima poremećaj i nije toliko strašno kada to čini malo dijete, ali to baš i nije primjereno ako to čini dijete koje je u adolescenciji i odrasla osoba.

Sposobnost čitanja govora tijela i neverbalnih znakova isto igra važnu ulogu u dolazećoj sekciji u vezi intenziteta preokupacije s nečim. Na primjer, ako je individua opsjednuta s određenim korovom i to je sve o čemu priča, je li sposobna vidjeti na licu osobe s kojom razgovara da osoba nije zainteresirana za taj razgovor i ne želi slušati o tome?

#### B) Neuspjeh da razviju odnose s vršnjacima primjereno razvojnome stupnju

Ovaj se problem manifestira različito, ovisno o godinama kada je individua bila na procjeni, odnosno evaluaciji. Uz veliki naglasak stavljen na utvrđivanje autističnoga poremećaja u što ranijoj fazi, specijalist će vjerojatno vidjeti puno djece predškolskoga uzrasta. Nerijetko se

viđaju djeca starosti od tri, četiri godine, pa čak i dvogodišnjaka. Neka vrlo važna pitanja na koje je potrebno dati odgovor u ranoj evaluaciji uključuju: “Je li pacijent jedino dijete, tj. ima li braću ili sestre? Jesu li uključeni u dnevnu njegu ili predškolu? Idu li na neke tečajeve tipa ‘Mama i Ja’?” Ova je pitanja potrebno postaviti i odgovoriti na njih da bi se determinirao opseg u kojemu su osigurane socijalne interakcije s drugima.

Važno je razlikovati dijete koje se sporo razvija od djeteta koji je u autističnome spektru. Često se problemi manifestiraju sami od sebe kada majka dovede dijete u predškolu. Umjesto sporoga prilagođavanja djeteta, dijete se nikada ne prilagodi. Dijete nikada ne preuzima inicijativu da se igra s drugom djecom, ne zanimaju ga druga djeca, odnosno njegovi vršnjaci te nema dobar, odgovarajući odgovor prema vršnjacima koji mu prilaze.

“Kada je Ivan imao tri godine i kad su ga vodili u park na igralište, što bi on radio?” – ovo je pitanje koje autor često postavlja roditeljima na što oni odgovaraju tipično: “pa igra se”. Taj odgovor je veoma općenit i zaista ne pomaže u postavljanju dijagnoze. Značajno više specifične informacije o tome kako se dijete igra trebalo bi se saznati. Primjerice: Je li se igrao na za to predviđenim spravama? Je li sjedio u pijesku pola sata i gledao kako mu pijesak klizi kroz prste? Je li hvatao bube? Je li je uključivao roditelje u igru? Je li bio u interakciji s drugom djecom? Je li prilazio drugima? Što bi napravio kada bi njemu prišlo drugo dijete? Odgovori na ova pitanja vode nas do relevantnih informacija za evaluaciju.

Uvijek je korisno opservirati dijete u okolini kao što su javni parkovi ili u nekome unutrašnjem prostoru kao što su šoping centri, ako je dijete na evaluaciji u razdoblju predškole i, naravno, ako je moguće opservirati dijete oko tih ključnih godina i u tim uvjetima. Kada dijete bude malo starije i krene u školu, dvorište škole je idealno mjesto za daljnju opservaciju. Poneka ponašanja koje je potrebno opservirati uključuju: “Igra li se dijete s vršnjacima ili priča s odraslima? Isključuju li ostale? Odgovaraju li na prikladan način kada im prilaze druga djeca? Posjeduju li bilo koji neuobičajeni ili stereotipni oblik ponašanja?” Ako roditelji ispitivaču kažu da su svi prijatelji njihova djeteta značajno stariji ili mlađi od njega, to je valjan razlog za brigu. To se često događa zato što djeca koja su mlađa od pacijenta ugledaju na pacijenta i vjerojatno će napraviti sve što on od njih zatraži. Individue koje su puno starije od pacijenta, uključujući adolescente i odrasle, također će tipično napraviti sve što pacijent želi određeno vrijeme jer vjerojatno misle da je pacijent drago i slatko dijete.



Ako je ispitivač u mogućnosti vidjeti dijete u vrtiću ili osnovnoj školi, tada ima više životnoga iskustva za privući dok razgovara s roditeljima. Glavna pitanja na ovome području su sljedeća:

*Ima li dijete veze sa svojim vršnjacima koje su na njihovome razvojnom stupnju?* Autor vjeruje da su glavni dio u ovome pitanju “veze s vršnjacima”. Ako vidimo predškolca koji provodi sve svoje slobodno vrijeme stojeći s gospođom koja je odgovorna za održavanje dvorišta, znači da ono nije u interakciji koja je prikladna za njegovu razvojnu dob.

Jako često, djeca koja imaju autistični poremećaj se isključuju i rade nešto svoje. Poneka djeca se isključuju od drugih i traže bube ili štapiće. Druga djeca s tim poremećajem jednostavno sami hodaju okolo po periferiji kampusa. Ponekad razgovaraju, najčešće s nekim kao što je gospodin koji održava dvorište kampusa ili pak s nekim svojim vršnjakom o temama koje njega zanimaju. Vrlo je važno biti sposoban razlikovati situacije kada se dijete igra u istome generalnom području gdje se igraju ostala djeca od situacije kada je dijete stvarno u interakciji s drugom djecom.

*Može li dijete imenovati svoje prijatelje? Igra li se s njima tijekom slobodnoga vremena? Znaju li roditelji tu djecu?* Jedno od najboljih pitanja na ADOS-u koje jako pomaže u istinskom razumijevanju prirode veza između vršnjaka je pitati ih o razlici između pravih prijatelja i djece koja idu s njima u školu. Postoje vremena kada dijete koje je u spektru razmišlja tako da su svi u razredu njegovi prijatelji i uopće nema ideju kako bi odgovorio na to pitanje i što je temelj jednoga istinskog prijateljstva.

C) Nedostatak spontanoga traženja za dijeljenjem užitka, interesa, ili postignuća s drugim ljudima

U ovome poglavlju govori se o tipičnoj, socijalnoj ljudskoj želji za dijeljenjem stvari, interesa s drugim ljudima. Na primjer, recimo da smo u nekome šoping centru s prijateljem i vidimo nešto jako uzbudljivo, nešto poput poznatoga filmskog glumca ili prekrasnu jaknu, vjerojatno bismo se okrenuli prema prijatelju i rekli “Andro, Andro!!! Pogledaj! To je Harrison Ford!”. Ta tipična želja može izostati kod ljudi koji imaju autistični poremećaj.

Važno je determinirati je li dijete donijelo objekt roditelju zato što želi podijeliti uzbuđenje s roditeljem ili zato što je htjelo da roditelj izvede neku akciju s tim što dijete nije moglo samo izvesti. Recimo da se dijete voli igrati s loptom, što je tipično ponašanje. Donosi li ono loptu roditelju da se igraju s njim? Želi li istinski izvjesnoga roditelja ili specifičnu osobu da se igra s

njim? Želi li oni samo jednostavno da se lopta baca neprestano automatizmom? Ako je dijete mlađe dobi, recimo, oko tri godine, hoće li ono pokazati roditelju nešto što je njemu zanimljivo?

I prije nego što je dijete sposobno pričati, ono se koristi gestikulacijama i nekim vokalizacijama da bi dobili ono što trebaju. Taj talent dolazi do izražaja s vremena na vrijeme. Zbog toga je potrebno tijekom evaluacije obratiti pozornost na to ako se dijete ne koristi verbalnim načinom komuniciranja kompenzira li ono taj nedostatak koristeći se gestikulacijom. Ako se dijete koristi gestikulacijom to je svakako pozitivan znak jer dijete pokušava na neki drugi, alternativni način izraziti što treba ili želi.

#### D) Nedostatak socijalne ili emocionalne uzajamnosti

Kod nedostatka socijalne ili emocionalne uzajamnosti, autor se fokusira na sljedeća pitanja: “Čini li dijete koje je na evaluaciji lijepo stvari za druge? Kada je pacijent bio mlađi, je li je htio hraniti druge ili spontano dijeliti stvari? Kada je pacijent imao dvije, tri godine je li tijekom šetnje s roditeljima ubrao cvijet ili nešto drugo i poklonio ga roditeljima? Ako je dijete starije i ima blizanca jesu li se roditelji vratili u prošlost i razmislili o posjetima kod pedijatra? Ako je djetetu ponuđena lizalica bi li ono pitalo za još jednu lizalicu za njegova blizanca? Je li ikada pitalo za bilo što za neku drugu osobu?

Godine 1985. Simon Baron-Cohen, Alan Leslie i Uta Frith objavili su članak pod nazivom *Ima li dijete s autizmom teoriju uma?* u kojemu je bila sugestija da djeca s autizmom imaju posebnih poteškoća u zadacima kada se od djeteta očekuje da razumije uvjerenja neke druge osobe. Te poteškoće ustraju također kada se dijete susreće s verbalnim vještinama te su to shvatili kao ključnu značajku autizma. Ispitivanja o teoriji uma vrlo su važna u evaluaciji jer se odnose na nekoliko problematičnih područja koja se često pojavljuju kod djece u autističnome spektru. Važno je razlikovati “tipično” dijete koje želi učiniti nešto lijepo za nekoga kao na primjer, kupiti nešto drugoj osobi što bi se toj osobi svidjelo, i vrlo slaboga, prekrivenoga pokušaja djeteta koji ima autizam da dobije nešto za sebe. Znači, trebalo bi imati na umu da nije neuobičajeno za tipičnu djecu da je takvo ponašanje također uključeno.

### 1.6.2. Umanjena vrijednost jezika

Kao što smo prije spomenuli, sukladno DSM-IV-TR, kako bi se ispunili kriteriji koji su potrebni za dijagnosticiranje autizma, individua mora imati umanjene vrijednosti u tri glavna područja, a to su: socijalizacija, komunikacija i ponašanje. DSM-IV-TR također nalaže da individua s autizmom mora manifestirati barem jedan od problema u toj kategoriji. Stereotipi kao što su tvrdnje da dijete s autizmom ima neuobičajen usporen govor ne moraju biti nužno točni. Ustvari, ono što će biti raspravljano, kašnjenje jezičnog razvoja samo je jedan od četiri moguća tipa komunikacijski umanjenih vrijednosti koja su potrebna da bi se upotpunili kriteriji u ovoj sekciji.

A) Kašnjenje ili potpuni nedostatak razvoja govornoga jezika (bez pokušaja nadoknađivanja alternativnim načinima komunikacije, kao što su geste ili mimike)

Većina djece tijekom prve godine izgovore svoje prve riječi, a u drugoj godini života bi trebala imati vokabular od nekoliko stotina riječi te bi trebala biti sposobna spojiti barem dvije riječi kao što su “mama sok” ili “tata gore”. Ako dijete nije sposobno to napraviti, tu može postojati problem. Drugi značajni aspekt koji bi se trebao uzeti u razmatranje u dječjem razvoju govora je moguća regresija njihovih jezičnih sposobnosti. Osim ako je uzrokovan zbog nekoga medicinskog ili neurološkoga problema, kao što je ozljeda glave ili potres mozga, dječja jezična regresija može biti značajni pokazatelj da dijete boluje od autizma.

B) Ukidanje ili obrat zamjenica

Koristi li dijete zamjenice na isti način kao što to čine druga djeca njegove dobi? Na primjer, ako tipični dvogodišnjak želi majci reći da je gladno, on će to možda reći ovako: “ja gladan” ili jednostavno “gladan”. Ovo su poprilično standardni načini prema kojima dijete želi iskazati neku potrebu. No, ako dijete kaže: “Andrej gladan” ili “ti gladan”, to je već pokazatelj netipičnoga ponašanja.

C) Eholalija

Postoji normalni dio u jezičnome razvoju kada dijete uči govoriti, oko osamnaestoga mjeseca, u kojemu se javlja eholalija ili ponavljanje riječi ili fraza koje su rekli drugi ljudi oko njega. Ova faza je kratkoga trajanja i nije razlog za brigu. No, ako ova faza traje neko dulje vrijeme, nekoliko mjeseci, potrebno je izvršiti određene preglede.

Eholalija se može manifestirati na dva različita načina, a to su neposredna ili odgođena eholalija. Oba načina mogu varirati u težini odnosno ozbiljnosti. Neposredna eholalija događa se kada dijete ponavlja riječi odmah nakon što ih je čulo. Na primjer, majka kaže svojoj kćeri: "Valerija, što si učinila?", Valerija na to odgovara ponavljajući cijelu rečenicu: "Valerija, što si učinila?" ili samo zadnji dio rečenice: "što si učinila?". Neposredna eholalija je tipično lakša roditeljima za primijetiti, jer se događa odmah nakon što su se obratili djeci. Ponekad se događa da djeca ne ponavljaju samo riječi ili rečenice druge osobe, nego i točno ponove ton, ritam i tempo u kojemu su rečene. To bi mogao biti jako dobar ukazatelj na autistični poremećaj. Eholalično ponašanje počinje često u ranome dječjem razvoju i potrebno je razlikovati: a) ponavljanje što im je rečeno zato što oni razmišljaju o odgovoru ili b) ponavljanje jer pokušavaju ozlovoljiti drugu osobu s pomoću ponavljanja onoga što je druga osoba rekla. U prvome slučaju, moguće je da individua pokušava procesuirati ono što je čula. Individua koja ponavlja riječi koje je upravo čula da bi otežala ili nasmijala učinit će to s osmijehom na licu, ili će na drugi način indicirati da bi pokazalo kako je tvrdoglavo. Za djecu s autizmom eholalija znači točno ponavljanje onoga što su čuli, ali ni jedan odgovor ne bi bio izjavan ili indicirajući ostavljajući drugu osobu u čuđenju. S druge strane, odgođena eholalija može biti puno teža za primijetiti drugoj osobi. Događa se da roditelji postavljaju djeci pitanja tipa: "Emili, kako ti je bilo u školi danas?", no Emili uopće neće odgovoriti na pitanje, ali će ponavljati to pitanje nekoliko puta kroz sljedećih sat vremena.

#### D) Ponavljanje ili recitiranje rečenica iz filmova ili televizijskih emisija

Ovo se također može razmotriti kao ponavljajući govor, odnosno odgođena eholalija. Ono o čemu ovdje govorimo je dijete, koje bez razloga, ponavlja rečenice iz filmova ili televizijskih emisija, videa i onda kada nema razloga za to. Potrebno je razlikovati ovo potencijalno dijagnostičko ponašanje od bezbroj ljudi koji pjevaju uz pjesmu na radiju ili citiraju rečenice gledajući neki film koji bi mogao biti smatran kao normalno ponašanje.

#### E) Monotoni glas

Pokazuje li pacijent različite i prikladne tonove glasa kada se to od njega očekuje? Ako su sretni, tužni, uplašeni, u bolovima, mijenja li im se ton glasa da bi pokazali tu emociju? Ili su relativno bezizražajni i vrlo je teško reći kako se osjećaju? Mijenjaju li im se ton i izraz lica kako bi pokazali određenu emociju? Kako autor navodi, određeni roditelji izvješćuju kako im je dijete uvijek sretno, iako taj osjećaj ponekad nije primjeren određenoj situaciji.

F) Nedostatak raznolikih spontanih “učini-vjeruj” igara ili imitativnih igra koji su odgovarajući razvojnome dobu

Kako bismo imali jasnu sliku na što trebamo gledati u terminima igranja s djecom koja su možda u autističnome spektru, moramo pregledati razvoj sposobnosti igranja kod djece normalnoga razvoja. Evo nekoliko zajedničkih poveznica: s osamnaest mjeseci, djeca bi trebala sudjelovati u jednostavnim igrama pretvaranja, poput hranjenja lutki ili plišanih igračkaka. Tipično, do druge godine, djeca se pretežito igraju samostalno. Oko druge godine, trebali bi se igrati igri pretvaranja s drugima koje imaju više radnji od jedne, na primjer hranjenja lutki i stavljanja iste na spavanje. Isto tako bi trebali uživati u igrama sa svojim vršnjacima te pokazivanja interesa za tu igru, možda i dijeljenje igračke s drugom djecom. Između druge i treće također je tipično da se djeca igraju iste igre, jedno pored drugog, ali da se ne igraju skupa. S tri godine, dijete bi trebalo uživati pretvarajući se da se igra drugih likova te uživati u igrama sa svojim vršnjacima i možda im pokazivati svoje najdraže igračke. Važno je razlikovati funkcionalnu igru od igre imitacije i kreativne igre. Ako dijete uzme igračku kao što je autić i vozi ga po podu, to spada u funkcionalnu igru. Ako dijete kaže da autić vozi prema školi to je onda kreativna igra korištena dječjom imaginacijom.

Ako djeca ne slijede otprilike ove razvojne stupnjeve u igri, to može ukazivati na autistični poremećaj. Djeca s autističnim poremećajem imaju tendenciju da se uključuju u fizičke aktivnosti poput trčanja naokolo.

## **1.7. Uzroci autizma**

U suvremenim preglednim studijama povezanim s pitanjem etiologije autizma prisutna su zapažanja koja govore da najveći broj stručnjaka smatra da je autizam multikauzalno uzrokovan poremećaj, odnosno da je ovaj jedinstveni bihevioralno opisani sindrom karakteriziraju različiti uzroci (Bujas-Petković i sur, 2010).

Po zapažanju gore navedenih autora simptomi *primarnoga autizma* katkada se mogu primijetiti već od prvih mjeseci života kod djece u kojih se globalni razvoj čini normalnim, osim što pokazuju određenu indiferentnost i slabiju reakciju prema okolini. Simptomi *sekundarnoga autizma* nastaju nakon faze normalnoga razvoja djeteta, a može biti povezan s nekom drugom

bolešću, psihičkim stresom ili odvajanjem od roditelja. Međutim, autistični poremećaj se može pojaviti i bez nama vidljivih razloga.

Posljednjih godina kod pojedinih autora (Remschmidt, 2009) sve više prevladava gledište prema kojima su za nastanak autističnog poremećaja odgovorni sljedeći čimbenici:

1. utjecaji naslijeđa
2. moždana oštećenja i poremećaji moždane funkcije
3. biokemijske osobitosti
4. poremećaji kognitivnih procesa i govorno-jezičnog razvoja
5. poremećaji emocionalnog razvoja
6. interakcija navedenih činitelja.

Od navedenih čimbenika prva četiri predstavljaju različite *organske uzroke* koji mogu dovesti do autizma. Međutim, kako zapaža Špelić (2015) mnoštvo postojećih suvremenih teorije o različitim organskim uzrocima su uglavnom međusobno nekonzistentne i čak divergentne čime kao takve dovode do mnogih problema u formiranju jedinstvenoga terapijskog pristupa. Isti autor ukazuje da danas postoje mnogi različiti pristupi u liječenju autizma proizašli iz toga mnoštva različitih organskih teorija koji svaki na svoj način izražavaju "strogost" svoje znanstvene discipline zaboravljajući osnovni problem te djece, odnosno problem njihove poteškoće u uspostavi afektivnog odnosa. Od navedenih čimbenika *poremećaji emocionalnog razvoja* odnosi se na *psihogene uzroke* koji su psihoanalitičari uglavnom prepoznali kroz terapijsko iskustvo s autističnom djecom. Među tim psihogenim uzrocima su prepoznali prerana i traumatska separacija od roditelja, emocionalna deprivacija djeteta, nedostatak majke ili njezine ljubavi, specifični traumatski doživljaji u ranome djetinjstvu, izraženi obiteljski konflikti ili disharmonija.

### 1.7.1. Podvojenost u konceptima etiologije autizma

Kako je prethodno navedeno u analizi različitih koncepata etiologije autizma susrećemo se s dva suprotna pristupa koje Špelić (2010) definira stanjem *podvojenosti* u suvremenome znanstvenom i stručnome okruženju. Tako se s jedne strane nalaze **organski** koncepti s naglaskom na bio-kemijskim (genetičkim, imunološkim i metaboličkim) i neurološko-degenerativnim uzrocima gdje se terapija temelji na terapijom lijekovima i biheviornalnim pristupom, dok se s druge strane nalaze **psihološki** koncepti, koji su određeni psihoanalitičkim teorijama s naglaskom na okolinskim-emocionalnim uzrocima što je praćeno psihoterapijskim pristupom.

Problem podvojenosti (organskih i psihičkih) koncepata s obzirom na pitanje etiologije autizma po zapažanju Špelića (2010) postoji već od samoga početka razvoja pojma *ranoga infantičnog autizma*. Kanner je u članku *Autistični poremećaj afektivnog kontakta* (1943) kroz prikaz jedanaestero autistične djece prepoznao da u pojavi *ranog infantilnog autizma* važnu ulogu mogu imati nedostaci emocionalne topline roditelja te autistične djece. Kasnije je to zapažanje proširio u radu *Problem nozologije i psihodinamike dječjeg autizma* (1949) ukazujući na važnost genuinog nedostatka majčine topline u pojavi autizma posebno izdvajajući roditeljsku hladnoću, opsesivnosti i mehanički tip odnosa. Međutim, u kasnijim godinama pod utjecajem negativnih reakcija u širem američkom društvu, na skupu Američkog društva za autizam (*Annual meeting of the Autism Society of America*) 1969. godine ogradio se od koncepta *hladnih majki* iznijevši stav o krivome interpretiranju njegovih zapažanja. Tada je ponovno naglasio stav da autizam predstavlja *urođenu nesposobnost djece da formiraju uobičajen, biološki određen afektivni kontakt s ljudima, odnosno da autistična djeca dolaze na svijet s urođenim fizičkim i intelektualnim hendikepom*.

Po zapažanju Špelića (2010) posebno negativan utjecaj na razvoj psiholoških koncepata autizma imala je teorija Bruna Bettelheima prezentirana u knjizi 'Prazna utvrda' (*The Empty Fortress*, 1967). Bettelheim je opisujući autistično dijete kao 'praznu utvrdu' posebno istaknuo negativan utjecaj obiteljske sredine u razvoju tog stanja. Emocionalni razvoj te djece je usporedio s emocionalnim iskustvima zatvorenika u koncentracijskim kampovima. Posebno je naglasio da upravo zbog takvog negativnog afektivnog okruženja ta autistična djeca trebaju biti izdvojena iz njihovih obiteljskih sredina i smještena u za njih adekvatne ustanove. Upravo kritike ovog koncepta od strane roditelja autistične djece i šire zajednice predstavljali su za mnoge organski

orijentirane istraživače razlog napuštanja istraživanja okolinskih i psiholoških čimbenika u pojavi autizma.

Tako Waters (1988, prema Špelić, 2010) naglašava da je prednost bihevioralnih pristupa u terapiji djece s autizmom u odnosu na psihoanalitičke psihoterapijske pristupe određena činjenicom da (a) bihevioralnih pristupa koji ne potiču kod roditelja osjećaje krivnje za pojavu autizma kod njihove djece kao što to čine psihoanalitički pristupi i da se (b) bihevioralni pristupi ne zasnivaju na odgovoru na pitanje o etiologiji autizma čime se ne dovode u pitanje mnoštvo organskih međusobno neovisnih i kontradiktornih koncepata kao što čine psihoanalitički pristupi. Ova podvojenost s obzirom na razumijevanje etiologije autizma, ima za posljedicu postojanje mnogih bihevioralnih terapijskih, odgojnih i obrazovnih pristupa koji se baziraju na pojedinim aspektima autizma čime se po Špeliću izgubio uvid u cjelovitost autističnoga poremećaja, kako ga je prepoznao Kanner, kao poremećaj afektivnog kontakta i postao poremećaj različitih organskih oštećenja. Ovim pristupom isključen je bilo koji psihoterapijski pristup. Utoliko se nameće potreba za prevladavanjem problema ove podvojenosti.

### **1.7.2. Organski koncepti etiologije autizma**

Iako se susrećemo s općeprihvaćenom definicijom autizma kao *sveobuhvatnog (pervazivni) razvojnog poremećaja nepoznate etiologije* kojega karakterizira jedinstvena skupina (trijas) bihevioralnih simptoma, i to: izostanak socijalnih interesa, izostanak ili zastoj u razvoju govora kao i tendencija stereotipnoga jednoličnog oblika ponašanja i dalje se u literaturi nastoji nametnuti teza o organskoj etiologiji autizma.

U prethodnome dijelu prikaza “uzroci autizma” kroz prezentirane Remschmidtove (2009) čimbenike autističnog poremećaja zapažena je dominacija “organskih” čimbenika. Utoliko je polazeći od toga mnoštva različitih teorijskih koncepta povezanih s (a) nasljednim genetskim karakteristikama, (b) moždanim oštećenjima i poremećajima moždanih funkcija izraženih kroz (c) poremećaje kognitivnih procesa i govorno-jezičnog razvoja i (d) biokemijskim osobitostima teško odrediti jedinstvenu definiciju autizma. Stoga pojedini autori kao Bujas-Petković i njezini suradnici (2010) nastoje autizam definirati kao jedinstveni bihevioralni poremećaj različitih uzroka. Međutim, kada ti autori govore o različitim uzrocima uglavnom ukazuju na različite



organske strukture i funkcije. Tako Bujas-Petković i njezini suradnici (2010) autistični poremećaj povezuju s različitim funkcionalnim oštećenjima SŽS-a, genetičkim čimbenicima, problematičnim trudnoćama s oštećenjem ploda zbog različitih uzroka, anoksija ili hipoksija pri porođaju, rane infekcije ili mikrotraume SŽS-a koje uzrokuju anomalije u funkcioniranju ili strukturalna oštećenja. Ti se zaključci zasnivaju na anamnestičkim podacima, biokemijskim pretragama krvi i likvora, patološki promijenjenim nalazom EEG-a, tomografijom mozga, MR-om, PET-om i drugim medicinskim pretragama koje pokazuju veću prisutnost (postotak) prisutnosti pojedinih pojava kod autistične u odnosu na drugu djecu tipičnoga razvoja. Tako se pojava epileptičnih napadaja, osobito nakon puberteta, kod autistične djece koristi kao dokaz organske osnove autizma, odnosno da se u osnovi autizma nalazi neko oštećenje mozga.

Također, Bujas-Petković i suradnici (2010) navode izvještaj Ritvoa i suradnika u kojemu oni ukazuju o postojanju povezanosti autističnoga poremećaja s virusnim i bakterijskim infekcijama, kromosomskim aberacijama (herpes, *cytomegalovirus*), Downovim sindromom, trisomijom 8, delecijom kromosoma 9, translokacijom kromosoma 5, mukopolisaharidozom, juvenilnim dijabetesom, gluhoćom, sljepoćom i dr.). Navedeni autori zaključuju da različiti tipovi psihopatoloških promjena SŽS-a mogu dati kliničku sliku autističnoga poremećaja, što upućuje na etiološku heterogenost poremećaja.

Govoreći o drugim organskim uzrocima autizma Bujas-Petković i suradnici (2010) navode također i istraživanje Ornitza koji je proučavajući neurofiziološke mehanizme zapazio da su u osnovi perceptivne nestabilnosti moguća oštećenja centralnih vestibularnih mehanizama. Isti autori navode istraživanje Ritva i suradnika koji su zapazili da djece s autizmom nenormalnosti u metabolizmu serotonina. Naime, kod autističnih osoba je dobiveno u 30-40% slučajeva povišenu razinu serotonina u krvi u usporedbi s osobama s intelektualnim oštećenjem, ali i zdravim. Navodi se da novija istraživanja potvrđuju povezanost povišene razine serotonina i autističnoga poremećaja što povezuju s poremećajem sinteze i razgradnje perifernoga serotonina. Također se navodi zanimljivu teoriju Pankeseppa o tome da simptomi autizma potječu od ekstenzivne aktivnosti opioida. To se posebno povezuje s neosjetljivošću autistične djece na bol i autoagresiju, socijalnu izolaciju, disfunkciju pozornosti, stereotipije i labilni afektivitet.

U vezi s prethodno spomenutom podvojenošću u znanstvenim i stručnim okruženjima s obzirom na pitanje o etiologiji autizma, Špelić (2010; 2015) ukazuje na pojedine istraživače usmjerene na ispitivanje organskih osnova autizma u okviru pozitivističke metodologije koji

smatraju sve druge pristupe neznanstvenim i utoliko neprihvatljivim i time stanje podvojenost u znanstvenom i stručnom okruženju do razine apsolutne isključivosti. To Špelić (2010) prepoznaje kod Herberta, Sharpa i Gaudiana (2002) koji naglašavaju potrebu *odvajanja činjenica od fikcija u etiologiji i tretmanu autizma* smatrajući da se samo ona istraživanja koja se zasnivaju na pozitivističkoj metodologiji mogu smatrati objektivnim i istinitim *činjenicama*, dok ostali pristupi zasnovani na opažanju u terapijskom ili bilo kojem (obiteljskom, obrazovnom i dr.) okruženju za njih predstavljaju *fikciju*. Međutim, u analizi tih dobivenih činjenica i sami navedeni autori zapažaju da većina tih radova u potpunosti ne zadovoljava nametnute standarde pozitivističke znanstvenosti. Tu nemogućnost zadovoljenja nametnutih metodoloških kriterija je posve očekivana s obzirom na sam predmet istraživanja koji svojom složenošću ne omogućava kontrolu svih relevantnih varijabli (Špelić, 2015).

U kritici gore navedenih stavova Špelić (2010) ukazuje na zapažanje da u odnosu na činjenice o organskim, neuro-biološkim i genetskim uzrocima autizma koje zastupaju mnogi autori nailazimo na jednak broj autora koji ukazuju na upitnost tih istih činjenica. Tako s obzirom na koncepte o genetskoj osnovi autizma Zepf S. i Zepf F. (2008) dokumentiraju rezultate mnogih istraživanja koji ih determiniraju. Tako u pregledu provedenih istraživanja oni navode zapažanja Cohena i suradnika (2005) da su *kromosomske aberacije nađene u manje od 6% autistične djece* kao i Ruttera (2005) da *nije identificiran niti jedan gen koji bi mogao biti odgovoran za pojavu autizma*.

Također, navedeni autori u odnosu na često citirane rezultate istraživača Folstein i Rutter (1977) te Bailey i suradnika (1995) koji kao dokaz organske etiologije autizma koriste zapažanje o značajno veću pojavnost autizma kod jednojajčanih blizanaca u odnosu na dvojajčane ukazuju da u ponovljenim istraživanjima s istom metodologijom (Croen i sur., 2002; Hallmayer i sur., 2002; Hultman i sur., 2002; Larsson i sur., 2005) nisu potvrđeni prethodni rezultati.

S obzirom na navedenu definiciju autizma kao *sveobuhvatnog razvojnog poremećaja različite etiologije ali istog načina pojavljivanja* (Bujas-Petrović i sur, 2002) koja podražava mnoštvo međusobno nekonzistentnih i divergentnih organskih uzroka Špelić (2015) naglašava da takvim pristupom, ostajući u okviru činjenica, ne nalazimo način za jedinstveni terapijski pristup autizmu. Kao dokaz neprihvatljivosti takvoga pristupa u kojemu je autizam shvaćen kao posljedica organskog oštećenja CNS, Špelić (2015) ukazuje na zapažanje Rapina (1997) da svi ti rezultati znanstvenih istraživanja ne ukazuju da postoji *jedna jasna koherentna anatomska struktura ili*

*patofiziološka osnovu i jednako tako biološki dijagnostički test koji bi nam služio kao mjera autizma.*

### **1.7.3. Psihodinamsko shvaćanje etiologije autizma**

Počeci razumijevanja autizma i utoliko primjene psihoanalitičke psihoterapije u liječenju autizma povezani su psihoanalitičkim konceptima. Prvi prikaz psihoterapiji autističnoga djeteta nalazimo u kod Melani Klein koja je opisala svoja iskustva iz psihoterapije s autističnim dječakom Dickom (1930, prema Špelić, 2010).

Značajnost ovih koncepata o etiologiji autizma nastalih u okviru Britanske psihoanalitičke škole objektivnih odnosa je u stavljanju naglaska na psihološke čimbenike koji su mogli utjecati na autistični razvoj. Koncept psihogeneze autizma koji svoje početke ima u radu Melani Klein (1930) po zapažanju Špelića (2010) dalje se razvijao kroz radove drugih predstavnika Britanske psihoanalitičke škole, kao što su Meltzer (1975), Tustin (1972, 1992) i Alvarez (1992).

U okviru ove psihoanalitičke škole autizam je shvaćen kao *neuspjeh razvoja objektivnog odnosa* tijekom ranog djetetova razvoja. Taj razvojni neuspjeh odnosi se na *proces diferencijacije selfa i objekta* koji ima značajnu ulogu u ranome razvoju ega. Osim u slabosti ega, ovaj rani razvojni neuspjeh manifestira se u *neuspjehu razvoja adekvatnog afektivno-kognitivnog odnosa s okolinom*. S obzirom na problem nerazvijenosti ega i njegove poteškoće u uspostavljanju odnosa s vanjskim svijetom, autizam je u okviru ovih teorija shvaćen kao vid *psihotične patologije*.

Polazeći od shvaćanja da autistični simptomi predstavljaju neuspjeh u razvoju objektivnoga odnosa, u prvi plan dolazi pitanje afektivne kvalitete dijadnoga odnosa majka djeteta. Upravo za navedene autore značajnu ulogu u pojavi autističnoga razvoja ima različite negativne aspekte odnosa između majke i djeteta.

Neuspjeh razvoja objektivnih odnosa koji vodi pojavi autističnoj simptomatologiji za predstavnike *Britanska psihoanalitičke škole* objektivnih odnosa kao što su Klein, Meltzer i Tustin, predstavlja posljedicu nepovoljnih razvojnih događanja u okviru dijadnoga odnosa majke i djeteta. Upravo nepovoljno iskustvo u ranome dijadnom odnosu s majkom, potiče kod djeteta aktiviranje *zaštitnih obrambenih mehanizama* koji ometaju djetetov razvoj ega i ujedno uspostavljanje odnosa s vlastitom okolinom.

Među suvremenim psihoanalitičarima koji se bave pitanjem psihoterapije autizma dominira koncept Francis Tustin u kojemu je pojava autizma shvaćena kao posljedica *traumatskoga djetetovog iskustva tjelesnog odvajanja od majke*, gdje je gubitak fizičkoga jedinstva s majkom doživljeno kao iskustvo vlastite *crne rupe*. Po njezinu shvaćanju dijete u situaciji suočavanja s traumatskim iskustvom fizičkoga odvajanja aktivira posebne oblike autističnoga ponašanja kao i korištenje *autističnih objekata*. U tim traumatskim situacijama dijete aktivira obrambene oblike ponašanja u vidu jednoličnih, repetitivnih motoričkih aktivnosti koje mogu biti praćene korištenjem autističnih objekata. Ovim oblicima aktivnosti po shvaćanju Tustin dijete kao da nastoji održati iskustvo *primarnoga nukleusa tjelesnog jedinstva s majkom*.

Za Margaret Mahler autizam predstavlja problem *preuranjene majčine disfunkcije* kao *simbiotskog operatera*. Upravo neuspjeh majke da zaštiti dijete od vanjskih za njega neugodnih senzornih iskustava, vodi dijete *ka obranom ponašanja*, odnosno izgradnji masivnih barijera *protiv podražaja vanjskoga svijeta*. Ovo događanje određuje da izvanjski svijet ostaje izvan njegovih interesa, odnosno nikad se ne *katektira* i time dijete za Mahler *ostaje u stanje primarne halucinatorne dezorijentacije*.

U odnosu na prethodne autorice, Donald Meltzer vidi problem autizma također u *neuspjehu majčine funkcije zaštite* u odnosu na djetetovu izloženost mnoštvu senzacija izvanjskog svijeta (*bombardment of sensations*). Ovaj neuspjeh rezultira stanjem *dramatičnog ogoljenja (dramatic dismantling)* koje karakterizira *fragmentirano nagonско funkcioniranje koje ne može biti integrirano i usmjereno prema objektu*.

Bitan doprinos gore navedenih predstavnika Britanske psihoanalitičke škole objektivnih odnosa je prepoznavanje važnosti ranoga dijadnog djetetova odnosa s majkom u okviru razvoja objektivnoga odnosa u razumijevanju etiologije autizma. U konceptima ovih navedenih autora po zapažanju Špelića (2013) može se zapaziti njihova podudarnost u zapažanju o negativnoj ulozi majke u tome ranom razvoju kroz neuspjeh majke kao *simbiotskog operatera* (Mahler) koja bi trebala omogućiti pošteno djetetovo *suočavanje sa senzacijama vanjskog svijeta* (Meltzer) i time omogućiti suočavanje djeteta s iskustvom *odvajanja i diferencijaciju ja i ne-ja*, odnosno izgradnju doživljaja sebe i vanjskoga svijeta (Tustin).

#### **1.7.4. Koncept psihoanalitičke psihoterapije autizma A. Špelića**

U svojim radovima koji prezentiraju spoznaje nastale tijekom psihoterapijskoga rada s deset autistične djece u razdoblju od dvadeset i dvije godine Špelić ukazuje na one nove činjenice koje ukazuju mogućnost psihoanalitičkoga pristupa u psihoterapiji autizma. U svojem radu *Teorijske osnove psihoanalitičkog pristupa autizmu* (2015) on ukazuje na dva bitna ograničenja čije prevladavanje je dovelo do razvoja njegova koncepta psihoanalitičke psihoterapije autizma.

Prvi problem na koji on ukazuje je problem podvojenosti koji postoji u suvremenim znanstvenim i stručnim okruženjima (Špelić, 2010). Taj je problem izražen u općeprihvaćenome stavu u suvremenim znanstvenim i stručnim okruženjima po kojemu je autizam shvaćen kao posljedica organskoga oštećenja mozga. Posebno je naglasio stav mnogih autora danas koji pored činjenice da je *autizam razvojni poremećaj nepoznatog uzroka* autizam shvaćaju kao organskim još neotkrivenim oštećenjem mozga. Takvim pristupom u određenju etiologije autizma po shvaćanju Špelića, nema prostora za bilo kakav psihoterapijski pristup. Ovim stavom svaki psihoterapijski ili edukacijski pristup je nesvrhovit utoliko što oni ne mogu djelovati na postojeća organska oštećenja. Špelić (2015) upravo kroz prezentaciju psihoterapijskog procesa i pozitivnih promjena kod autistične djevojčice Martine demantira gore navedene stavove. Naime, djevojčica je na početku terapijskoga procesa pokazivala sve znakove autizma, odnosno nije imala interesa za svoju okolinu, nije uspjela razviti govor i imala je mnoštvo stereotipnih oblika ponašanja. Kod nje je uz autizam dijagnosticiran teži stupanj mentalne retardacije što je bio razlog da su liječnici roditelje suočili s nemogućnošću bilo kojega njezina kognitivnog i socijalnoga razvoja. Tijekom dvadeset godina terapijskog rada, djevojčica je razvila mogućnost uspostave afektivnog kontakta, čemu je slijedio razvoj govora i sposobnost usvajanja znanja. Danas je ona zaposlena kao pomoćni krojač i njezine kognitivne sposobnosti su na razini nižega prosjeka. Kako zapaža Špelić (2015) ove promjene ne bi bile moguće da se stvarno radilo o težemu oštećenju mozga, kako je to bilo dijagnosticirano na osnovi njezinih autističnih manifestacija.

Utoliko je u razvoju svojega koncepta Špelić prvo bio usmjeren na prevladavanje ograničenja koja proizlaze iz stanja koji dominira u suvremenim znanstvenim i stručnim okruženjima povezan s prethodno prezentiranim problem podvojenosti. Utoliko će u prezentaciji ovoga koncepta prvo biti prezentiran način prevladavanja ovoga problema podvojenosti na osnovi

novih istraživanja intersubjektivista koji su u središte pažnje stavili istraživanje ranoga odnosa majke i djeteta.

Drugi problem značajan za razvoj modela psihoanalitičke psihoterapije autizma autor je prezentirao u svojem predavanju *Od traumatskog do razvojnog modela autizma* (Špelić, 2013) u kojemu je ukazao na ograničenja u klasičnim psihoanalitičkim konceptima koji dovode u pitanje uspješnost psihoanalitičkog pristupa u psihoterapiji autizma. Sam naslov predavanja ukazuje da polazeći od prevladavanja (*rekonstrukcije*) u terapijskom miljeu ranoga traumatskog iskustva nije moguće učiniti bitne promjene u autističnom stanju, već tek razvojnim modelom koji uključuje razvojni pristup, odnosno izgradnju (*konstrukciju*) psihičkih struktura značajnih u tome procesu izgradnje objektnoga odnosa, može doći do značajnih promjena u pojavnosti autističnih simptoma.

Utoliko će u prezentaciji koncepta A. Špelića biti prikazani načini prevladavanja ova dva ograničenja koja nude novi pogled na mogućnost psihoanalitičke psihoterapije.

#### **1.7.4.1. Prevladavanje problema podvojenosti kao prvi korak u razvoju koncepta psihoanalitičke psihoterapije autizma (A. Špelić)**

Problem razvoja adekvatnoga psihoterapijskog pristupa u liječenju autizma za Špelića (2010) leži u suvremenome shvaćanju etiologije autizma u kojemu dominiraju organski koncepti koji služe mnogim autorima da negiraju značajni udio psiholoških čimbenika u etiologiji autizma. Razlog tome isti autor nalazi u shvaćanju da autizam predstavlja još uvijek nepoznata organska oštećenja mozga, veoma malo prostora ostaje za bilo koji psihoterapijski pristup i utoliko je razumljiva dominacija bihevioralnih pristupa u terapiji autistične djece koji se uglavnom bave pojedinim simptomima autizma, a ne autizmom kao sveukupnim razvojnim poremećajem.

Nakon prezentiranja *problema podvojenosti*, u konceptima etiologije autizma (*Psihoanalitička psihoterapija autizma danas: Ograničenja i nove mogućnosti u suvremenom znanstvenom i stručnom okruženju*, 2010) Špelić je u kasnijemu radu (*Teorijska osnova psihoanalitičkog pristupa psihoterapiji autizma*, 2015) kroz kritiku shvaćanja autizma kao *poremećaja različite etiologije i istih pojavnosti* ukazao na potrebu prepoznavanje jedinstvenoga procesa koji tu različitost organskih nalaza nađenih kod autistične djece oblikuje u jedinstvenu sliku autističnih simptoma.

U raspravi autor ukazuje na psihoterapijska iskustva Tustin s autističnom djecom koja govore u prilog postojanju jedinstvenoga procesa u pojavi autizma. Naime, Tustin (1992, prema Špelić, 2010) je zapazila da su kod sve autistične djece bez obzira na to je li kod njih postoje ili ne organski znakovi prepoznati istih psiholoških mehanizama i da je djelovanjem na te iste mehanizme u obima skupinama autistične djece došlo do pozitivnih promjena. Sama Tustin zapaža da njezini nalazi govore u prilog postojanju jedinstvenoga procesa u osnovi formiranja autističnih simptoma.

Špelić (2015) naglašava da u stvaranju osnova za razvoj psihoterapijskog pristupa u liječenju autistične djece posebno je prethodno prevladavanje postojeće podvojenosti organskih i psihičkih koncepata etiologije autizma, odnosno u prevladavanju shvaćanja da je *autizma razvojni poremećaj različitih uzroka ali iste pojavnosti*. Kako je već ranije ukazao takvim su pristupom zanemareni psihološki čimbenici u pojavi autizma pa utoliko mogućnost psihoterapijskoga pristupa autizmu. Utoliko se kao primarni zadatak u razvoju psihoterapijskih pristupa u liječenju autizma nameće potreba za razumijevanjem psihološkim čimbenika u etiologiji autizma.

Mogućnost razvoja psihoanalitičkih pristupa Špelić (2015) u *Teorijska osnova psihoanalitičkog pristupa u psihoterapiji autizmu* vidi kroz rješenje **problema podvojenosti** s obzirom na pitanje etiologije autizma. U rješavanju ovoga problema podvojenosti osim u spoznajama dobivenih kroz psihoanalitičke psihoterapije s autističnom djecom Špelić je našao u rezultatima suvremenih istraživanja intersubjektivista, prije svih Danijela Sterna (1985). Kada govori o važnosti tih istraživanja intersubjektivista Špelić izdvaja dva njihova bitna doprinosa u rješavanju pitanja podvojenosti.

Prvi doprinos istraživanjima intersubjektivista Trevarthena, Aitkena, Beebea, Lachmanna, Sterna, Hobsona, Baron-Cohena je prepoznat u samome predmetu istraživanja. Naime, oni su u središte istraživanja stavili razvoj prvih vidova socijalnosti, odnosno *primarne intersubjektivnosti* (*primary intersubjectivity* – Threvarthen, 1979) kao rezultat uspješnosti ranih interakcija između majke i djeteta. Na osnovi njihovih istraživanja Špelić je ukazao na mogući zaključak da kvaliteta rane djetetove interakcije s majkom može predstavljati ono bitno djetetovo iskustvo na kojemu se razvijaju primarne mentalne strukture značajne u kasnijem razvoju djetetovih emocionalnih, kognitivnih i socijalnih sposobnosti.

Interes za ovaj vid istraživanja djetetova socijalnoga razvoja proizlazi iz zapažanja da novorođena djeca veoma kratko, nekoliko minuta nakon rođenja počinju imitirati pojedine majčine grimase i izraze lica (Kugiumutzakis, 1988, prema Špelić, 2015). Ovo zapažanje ukazalo je da već veoma rano postoji aktivan odnos djeteta i majke i utoliko njezina mogućnost djelovanja na djetetovu aktivnost. Ovim je pristupom posebna važnost dana ***urođenoj dječjoj sposobnosti imitacije (neonatalna imitacija)*** kao osnovi razvoja ***primarne intersubjektivnosti***, odnosno razvoja djetetova kapaciteta za socijalne odnose.

S obzirom na važnost djetetove *urođene imitacije*, u tim je istraživanjima prepoznata važnost uspješnosti djetetova usklađivanja s majkom (*matching with*) za kasniji razvoj njegovih psihosocijalnih sposobnosti. Utoliko za te autore autistični razvoj je shvaćen kao *neuspjeh rane interakcije između majke i djeteta i s njime povezan razvoj bazičnih mentalnih struktura*.

Drugi značajni doprinos intersubjektivista u razumijevanju ranoga razvoja i utoliko etiologija autizma za Špelića predstavljaju istraživanja i teorijski koncepti Sterna (1985). Zapažanje da je navedeni autor učinio korak dalje mijenjajući koncept podudaranja sa (*matching with*) s konceptom mijenjati se sa (*changing with*). U odnosu na istraživanje procesa podudaranja s majkom zasnovanoga na samoj djetetovoj *imitaciji* majčinih facijalnih i drugih izvanjskih oblika ponašajna kao vida jednosmjerne komunikacije, Stern je dao važnost istraživanju interakcije majke i djeteta kao dvosmjerne komunikacije (*two-way communicative process*) gdje uzajamno mijenjati se sa predstavlja osnovu afektivnoga usklađivanja (*affective attunement*) majke i djeteta važnoga za razvoj djetetovih socijalnih sposobnosti. Ovim je pristupom u odnosu na druge intersubjektiviste koji daju naglasak vanjskom ponašanju majke kao modela djetetove imitacije posebna važnost dana ulozi *unutarnjeg stanja majke* u njezinoj afektivnoj interakciji s djetetom. Ovim Sternovim pristupom važnost je dana majčinom afektivno stanju, a ne samo njenom ponašanju tijekom procesa afektivnoga usklađivanja s djetetom.

Ovim shvaćanjem Sterna neuspjeh u ranome emocionalnom, socijalnom i kognitivnom razvoju, koji susrećemo kod autistične djece, možemo shvatiti kao posljedicu neuspjeha rane afektivne interakcije majke i djeteta u kojoj s jedne strane sudjeluju različite moguće *urođene organske poteškoće djeteta koje interferiraju sa njegovom sposobnošću imitacije i afektivne participacije u odnosu s majkom* i s druge strane *nesposobnost majke da se zbog različitih vlastitih osobnih karakteristika ili bilo kojih nepovoljnih (traumatskih) iskustava adekvatno uključi u*



*dijadni odnos s djetetom u vidu prihvaćanja zahtjeva djetetova razvoja ili nekih prepoznatih njegovih, najčešće organskih poteškoća, sudjeluje u tom procesu.*

Ovo zapažanje baca novo svijetlo na Betlehaimov koncept 'hladnih majki' što je izraženo zapažanjem da upravo u načinu prihvaćanja i ovladavanja pojedinih djetetovih poteškoća u interakciji s njom, majka može značajno pridonijeti uspješnosti djetetova afektivnoga, socijalnoga i kognitivnoga razvoja. Utoliko Betlehaimov koncept 'hladnih majki' dobiva sasvim drugo značenje. Upravo majka suočena s nekim djetetovim ograničenjem ili nekom njegovom neadekvatnom reakcijom na njezine poticaje može kao *uplašena, uznemirena i zakočena* majka bitno odrediti daljnji djetetov psihosocijalni razvoj. Takva majka u skladu sa zapažanjem Sterna ne može djetetu ponuditi 'konture vitalnosti' i pokrenuti prema svijetu objekata" (Špelić, 2015).

Ovim zapažanjem mogu se objasniti kako različiti zapaženi organski nedostaci autističnoga djeteta, koji se spominju kroz pojedine organske teorije autizma, kroz poteškoće u afektivnoj relaciji majke i djeteta formiraju identičnu kliničku sliku autizma. Utoliko nam oni daju odgovor zašto djelovanjem na iste psihičke mehanizme kod obiju skupina autistične djece (sa znakovima organiciteta i bez njih) mogu izazvati iste pozitivne promjene.

Autor stoga zaključuje da autizam treba shvatiti kao neuspjeh u afektivnom, socijalnom i kognitivnom razvoju djeteta izražen kao neuspjeh u razvoju primarnih mentalnih struktura kroz formiranje primarne uzajamne interakcije između majke i djeteta, što može biti posljedica utjecaja, s jedne strane (1) mogućih djetetovih urođenih i naknadno stečenih organskih ograničenja prepoznatih uglavnom u vidu njegovih poteškoća u formiranju imitacijskog odnosa s majkom, kao i s druge strane (2) majčinih afektivnih ograničenja da sudjeluje u tome uzajamnom odnosu koji mogu biti potaknuti samim poteškoćama suočavanja sa samim zadacima djetetova razvoja kao i poteškoćama u tome razvoju.

#### **1.7.4.2. Prevladavanje problema traumatskog modela psihoanalitičke psihoterapije autizma kao drugi korak u razvoju koncepta psihoanalitičke psihoterapije autizma (Špelić)**

Prema zapažanju Špelića (2010, 2013), u konceptima autizma M. Mahler (1973), F. Tustin (1972) i D. Meltzera (1975), koji danas dominiraju na području psihoanalitičke psihoterapije autizma, naglasak je na ranome traumatskom iskustvu odvajanja, odnosno iskustvu ranoga djetetova suočavanja sa sadržajima *ne-ja* i senzacijama vanjskoga svijeta koji traumatski doživljeni onemogućavaju *razvojni proces diferencijacije ja i ne-ja* i ujedno *integraciju funkcija ega*. U tim konceptima s obzirom na neuspjeh u razvoju objektnoga odnosa, naglasak je na lošem ranom dijadnome odnosu majke i djeteta, odnosno na grešci majke kao simbiotskog operatera (Mahler, 1973, prema Špelić, 2013) u njezinoj funkciji zaštite djeteta od traumatskoga suočavanja s prvim iskustvima vanjskoga svijeta i time izgradnji njegova kapaciteta za objektivne odnose.

Također, prema Špelićevim (2010) zapažanjima, Tustin je u procesu diferencijacije posebno važnu ulogu dala majci kroz njezino afektivno sudjelovanje u djetetovom prvom iskustvu suočavanja i ovladavanja fizičkim odvajanjem tijekom toga ranog razvoja. Za Tustin preuranjeno djetetovo suočavanje s iskustvom fizičkoga odvajanja od majke, kada još nisu razvijeni oni aspekti ega potrebni za ovladavanje tim iskustvom, može dovesti do zastoja u djetetovu uspostavljanju objektnoga odnosa. Važno je naglasiti da upravo to rano iskustvo odvajanja od fizičkoga (simbiotskoga) jedinstva s majkom iz kojega izranja primarno iskustvo *ne-ja* predstavljaju model budućih djetetovih odnosa s vanjskim svijetom. To negativno rano iskustvo dovodi do modela ponašanja, odnosno do pojave autističnih obrana kao zaštite od senzacija i objekata vanjskoga svijeta. Stoga Tustin autističnu djecu opisuje kao *inkapsuliranu* koji žive u svojoj zaštitnoj ljusci (*encapsulate in protective shell*) od vanjskoga svijeta objekata.

Ovaj koncept traumatske osnovu autizma Francis Tustin (1972) prihvatili su mnogi autori danas što možemo prepoznati u određenju autizma kao *autistični post-traumatski razvojni poremećaj* čime se daje naglasak na traumatsko iskustvo u njegovoj pojavi. Ti pojedini autori kao potvrdu nalaze sličnost autistične djece s djecom s post-traumatskim stres poremećajem (Barrows, 2002, prema Špelić 2013).

Po zapažanju Špelića koncepti Margaret Mahler, Donalda Meltzerai i Francis Tustin zasnovani na shvaćanju traumatske osnove autističnoga poremećaja bitno determinira suvremene **psihanalitičke pristupe u psihoterapiji autizma**. Polazeći od shvaćanja da traumatsko iskustvo je ono koje je dovelo do zastoja u razvoju i pojave autističnih simptoma navedeni autori definiraju **zadatak psihoterapijskoga pristupa** kao **rekonstrukciju tih ranih traumatskih iskustava** čime je po njihovu shvaćanju moguće prevladavanje zastoja kao i daljnje pokretanje psihičkoga razvoja djeteta. Problem takvoga pristupa u psihoterapiji autistične djece, Špelić je na II. Hrvatskom psihoterapijskom kongresu 2013. godine prezentirao temom *Od traumatskog do razvojnog modela autizma*. U tome predavanju ukazao je na ograničavajuće aspekte takvoga psihanalitičkog pristupa u psihoterapiji autistične djece određenoga zadatkom psihoterapijske *rekonstrukcije* ranog djetetova traumatskoga iskustva.

U prezentaciji ograničenja takvog pristupa rekonstrukcije traumatskog iskustva Špelić je naglasio veoma malu mogućnost suočavanja i prorade tih aspekata ranih traumatskih iskustava s obzirom na primarni problem s kojime se susrećemo u psihoterapijskome odnosu s autističnom djecom, a to je njihova afektivna udaljenost i nezainteresiranost za uspostavu i održavanje terapijskoga odnosa, kao i nerazvijenost njihovih verbalnih sposobnosti važnih u razumijevanju pojedinih terapijskih intervencija, posebno interpretacija. Stoga pojedini autori poput Ruberman (2002; prema Špelić, 2015) zapažaju da je psihanalitička psihoterapija autizma danas zanemarena i da se nalazi u pozadini u odnosu na druge terapijske pristupe. Ruberman tu poziciju objašnjava zapažanjem da su postojećim psihanalitičkim pristupom uglavnom obuhvaćena djeca s *višim funkcionalnim autizmom* kao i *odrasle i adolescentne dobi* kod kojih su razvijene kognitivne funkcije i govor. Stoga Špelić (2013) zaključuje da rekonstrukcija traumatskoga iskustva nije i ne može biti primarni terapijski zadatak, već da takav zadatak može biti realiziran nakon izgradnje onih mentalnih (sposobnosti ili kapaciteta) struktura koje omogućuju takav terapijski zadatak. Tako zadatak rekonstrukcije rane traume kakav nudi De Cesarei (2005, prema Špeliću, 2013) zanemaruje najvažniji aspekt terapijske aktivnosti s autističnim djetetom, a to je *nalaženje i povezivanje niti primarnoga odnosa i ojačavajući ih u terapijskom odnosu* čijom realizacijom tek naknadno se može pristupiti suočavanju i proradi s ranijih traumatskih iskustva odvajanja koji su doveli do djetetova zastoja u razvoju.

U prezentaciji svojega razvojnog modela u psihoterapiji autizma Špelić (2013) ukazuje da u razumijevanju autizma naglasak treba biti stavljen na nerazvijenost mentalnih struktura koje su

odgovorne za razvoj adekvatnoga afektivnog odnosa s objektima izvanjskoga svijeta i njihovo razumijevanje. Tako s obzirom na *traumatski model* i zadatak rekonstrukcije traumatskoga iskustva u psihoterapijskom pristupu po Špeliću u psihoterapiji autizma naglasak treba biti premješten na *razvojni model* i zadatak *korektivno emocionalno iskustvo* čime se omogućuje formiranje onih nedostajućih afektivnih iskustava u razvoju onih primarnih mentalnih struktura značajnih za razvoj objektnih odnosa. Zapažanje je da tek nakon realizacije zadataka psihoterapijske konstrukcije mentalnih struktura i s njima povezanim pozitivnim promjenama u afektivnim terapijskim odnosima moguće je usmjeriti se na realizaciju zadatka suočavanja autistične djece s njihovim traumatskim iskustvima u daljnjemu razvoju objektnoga odnosa.

Upravo kroz *korektivno emocionalno iskustvo* u terapijskom miljeu, autistično dijete razvija *kapacitet za ostvarenje adekvatnih afektivnih odnosa* koji zbog različitih, ranije spomenutih razloga nije formiran. Utoliko u psihoterapijskom procesu terapeut ima zadatak da kroz dijadni odnos s autističnim djetetom ponovno aktivira one procese ranoga razvoja koji oni nisu uspjeli realizirati u primarnome afektivnom odnosu s majkom.

U objašnjenju specifičnosti tih procesa uloge ranoga afektivnog iskustava u tome ranom razvoju i genezi autizma, Špelić (2011) nalazi potvrdu u teorijskim konceptima Hainsa Kohuta i Jeana Piageta. U skladu s konceptom Kohuta prepoznata je važnost ranih razvojnih iskustva djeteta stečenih kroz dijadni odnos s majkom s obzirom na njezin empatijski kapacitet koja su značajna u *procesu primarne identifikacije* i utoliko u formiranju *primarnih narcističkih struktura* značajnih u formiranju afektivnoga odnosa s osobama i objektima vanjskoga svijeta. U izgradnji tih primarnih narcističkih struktura, Špelić je u skladu s konceptom Piageta prepoznao važnost majčinoga sudjelovanja u djetetovim senzomotornim iskustvima ovladavanja, odnosno onim aspektima ranoga razvoja koje je Freud povezo s *nagonom za ovladavanje*. Po zapažanju Špelića (2010), ovi pojmovi primarne identifikacije, nagona za ovladavanjem i primarnoga narcizma, već se dugo nalaze izvan interesa psihoanalitičara i utoliko je potrebno ponovno njihovo promišljanje u svrhu boljega razumijevanja djetetova ranoga razvoja i geneze autizma.

Specifičnost toga terapijskog *korektivnog emocionalnog iskustva* i njegovu povezanost s razvojem primarnih mentalnih struktura, Špelić (2011) je prikazao u predavanju *Geneza autizma u svjetlu koncepta primarnog narcizma (The genesis of autism in the light of the concept of primary narcissism)* kao slijed od tri različite podfaze terapijskog odnosa. Ove su podfaze terapijskoga odnosa s autističnim djetetom definirane kao (a) *formiranje iskustva senzomotornoga jedinstva s*

autističnim djetetom koje omogućuje formiranje njegova iskustva *garndioznog selfa*, zatim (b) *formiranje iskustva idealiziranog self-objekt odnosa s terapeutom* u kojemu autistično dijete izgrađuje nove vidove pozitivnih afektivnih relacija s izvanjskim objektima, i na kraju (c) *formiranje iskustva terapeuta kao idealiziranog objekta* čijom internalizacijom počinje izgradnja primarnih narcističkih struktura značajnih u prevladavanju razvojnoga traumatskog iskustva odvajanja (*kriza odvajanja* – Mahler) i izgradnji objektnoga odnosa.

Ovim *razvojnim modelom* nudi se promjena u psihoterapijskome pristupu liječenju autizma od *psihoterapijske rekonstrukcije* do *psihoterapijske konstrukcije*. Time se pristup terapeutske usmjerenosti na aktivnosti *interpretacije* mijenja u terapeutsku usmjerenost na djetetovo novo (*korektivno*) *emocionalno iskustvo* koje će omogućiti izgradnju psihičkih struktura potrebnih za djetetovo suočavanje s iskustvima odvajanja. Upravo su autistične obrane i nastale zbog nepostojećih ili nedovoljno razvijenih mentalnih struktura koje bi omogućile djetetu da se suoči s normativnim razvojnim zadatkom fizičkoga odvajanja. Zaključak je da problem zastoja u razvoju kod autistične djece nije determiniran samim iskustvom fizičkoga odvajanja koje bi bilo samo po sebi traumatsko, već nerazvijenošću mentalnih struktura (ega) važnih u suočavanju s tim iskustvom koje stoga može ima traumatsko značenje. Utoliko u terapijskome pristupu prije suočavanja autističnoga djeteta s traumatskim iskustvom odvajanja potrebno je prethodno izgraditi one mentalne strukture koje će omogućiti to suočavanje.

Kao Špelić i mnogi drugi stručnjaci koji se bave psihoterapijom autizmom da se počeci pojave autističnih simptoma dominantno prepoznaju u osamnaestome mjesecu što se može povezati s razdobljem “krize približavanja” (Mahler) tijekom razvoja objektnoga odnosa. Upravo ova činjenica ukazuje da se tijekom ranijega razvoja nisu razvile neke mentalne strukture (ega) potrebne da se dijete suoči i ovlada tim razvojnim normativnim zadatkom. Špelić zaključuje da autistična djeca zbog ranih nepovoljnosti u razvoju primarnoga afektivnog odnosa s majkama ne razvijaju potrebne mentalne strukture i s njima povezan *kapacitet za suočavanje s iskustvom odvajanja* što u situaciji suočavanja s tim iskustvom dovodi do zastoja u njihovu razvoju.

Do ovih koncepata o psihogenezi autizma Špelić je došao na osnovi vlastitoga psihoterapijskog rada s osmero autistične djece u razdoblju od dvadeset godina. Pojedini slučajevi psihoterapijskog rada prikazani su u pojedinim časopisima ili prezentirani na pojedini skupovima (Špelić, 2010, 2012, 2015). Kako je to posebno naglašeno u prezentaciji *Teorijska osnova psihoanalitičkog pristupa psihoterapiji autizma* (Špelić, 2015) sva su ta djeca s autističnim

poremećajem koja su bila uključena u psihoterapiju, na početku pokazivala sve znakove primarnoga autizma. Naime, na početku psihoterapijskoga rada oni nisu imali razvijen govor ni bilo koji vid verbalne komunikacije, nisu pokazivali interes za svoju okolinu djelujući afektivno odsutno i povučeno te su ujedno izražavali mnoštvo stereotipnih, repetitivnih oblika ponašanja. Kod sve djece je tijekom psihoterapijskoga procesa došlo do pozitivnih promjena na svim tim područja funkcioniranja.

Po zapažanju autora nakon početnoga uspostavljanja adekvatnoga afektivnog kontakta autistične djece s terapeutom kroz gore navedene pod faze razvoja psihoterapijskoga odnosa, ta su djeca postupno počela pokazivati interes za pojedine predmete i osobe iz okoline. Upravo je taj prvi dio psihoterapijskoga (*korektivnoga emocionalnog*) iskustva vodio konstrukciji (razvoju) prvih mentalnih struktura, što je bilo prepoznato kroz manifestacije projektivno-introjektivnih procesa. Te su promjene omogućile napuštanje autističnih obrana i prihvaćanja postojanja drugih od njih neovisnih objekata i osoba. Ustvari, ta su djeca tada bila sposobna da napuste jednolične, stereotipne oblike ponašanja i da se usmjere na istraživanje pojedinih za njih novih objekata. Takve promjene omogućile su razvoj sposobnosti imenovanja i pojavu prvih riječi čemu su slijedile i mnoge druge promjene u vidu njihove sposobnosti usvajanja novih znanja, što je omogućilo njihovo kasnije uključivanje u redovno osnovnoškolsko obrazovanje s posebnim i prilagođenim programima.

Ovi prezentirani rezultati pokazuju da razumijevanje psiholoških čimbenika u genezi autizma i na njima zasnovani psihoterapijski pristupi u liječenju autizma, omogućuju pozitivne promjene na svim područjima psihosocijalnoga funkcioniranja autistične djece. Upravo zbog toga je važno da takav pristup bude što ranije primjenjen u psihoterapiji autistične djece uz aktivni udio majki u tome terapijskom procesu.

## 1.8. Prvi simptomi autizma

Prema Bujas-Petkoviću i suradnicima (2010), rani početak (uglavnom prije treće godine života), nedostatak odgovora prema ljudima i stvarima, manjak govora ili njegov potpuni izostanak, različiti rituali i stereotipije osnovni su simptomi autizma. Razlikovanje od drugih sličnih poremećaja, koji se pojavljuju paralelno u isto vrijeme ili imaju iste zajedničke simptome, pogotovo u mlađoj dobi, pa čak i kod zdrave djece neujednačena razvoja, može biti veoma teško.

Zdravo dijete slijedi, s manjim ili većim varijacijama, uobičajen razvoj psihomotornih sposobnosti. Napredak djetetova razvoja najbrži je u prve dvije godine života, i to od tek rođenoga djeteta koje razumije samo ugodu i neugodu, do dvogodišnjega djeteta koje razumije i namjere i emocije drugih osoba. U drugoj polovici prve godine zdravo dijete sposobno je slijediti upute odraslih osoba i reagirati na njih, a s navršenom prvom godinom sposobno je prepoznati emocije drugih osoba iz okoline. S osamnaest mjeseci zdravo dijete može izvesti jednostavne zaključke o namjerama drugih osoba, a dijete s autizmom ili drugim pervazivnim razvojnim poremećajem to nije sposobno. U tome je, osim u razvoju govora, i najveća razlika među njima.

Vrhunac ranoga razvoja započinje kada malo dijete razumije one skrivene, trenutno nevidljive namjere drugih osoba. Ipak, postoje velike razlike i između zdrave djece tako da ne možemo manje socijalizirano dijete ocijeniti kao autistično. Ponavljajuće i kompulzivno ponašanje prisutno je i u ranoj fazi razvoja zdravog djeteta, no nakon treće godine ono postupno nestaje. Kod djeteta s autizmom takvo ponašanje ne samo da se ne gubi, nego postaje naglašenije.

Prema Beck-Dvoržaku (Bujas-Petković i sur.,2010), začetnici dječje psihijatrije u Hrvatskoj, mogući simptomi ranoga dječjeg autizma u prvoj godini života su:

- ❖ rane smetnje spavanja
- ❖ smetnje sisanja: dijete ne prihvaća dojku ili bočicu
- ❖ dijete se ne privija uz majku
- ❖ dijete nema interesa za igračke
- ❖ sa sedam mjeseci dijete nema karakterističan strah od stranih osoba
- ❖ motorički razvoj djeteta može biti u granicama normale, ali može biti napredan ili usporen
- ❖ dijete je preosjetljivo na zvukove
- ❖ govor je u zakašnjenju ili se uopće ne razvije.

Pašićek i Čturić 1980. (Bujas-Petković i sur.,2010) konstruirale su sljedeći dijagnostički upitnik za utvrđivanje autizma za predškolsku djecu od dvije do četiri godine:

I. Jezični problemi:

- teškoće u razumijevanju govora
- usporen i abnormalan govorni razvoj
- teškoće u uporabi i razumijevanje gesta, mimike, facijalne ekspresije i posture tijela

II. Problemi percipiranja:

- neobični odgovori na zvučne, vizualne i taktilne stimulacije
- tendencija promatranja ljudi i stvari kratkotrajno i površno te brzo odvratanje pogleda s objekta

III. Problemi motoričke kontrole:

- poskakivanje, mahanje udovima i grimasiranje kada je dijete uzbuđeno
- teškoće u imitiranju pokreta

IV. Interpersonalni odnosi:

- velika rezerviranost i indiferentnost prema drugoj djeci i ljudima
- teškoće pri usvajanju higijenskih navika i kulturnih navika okoline, određene vrste hrane
- poremećen ritam spavanja, preferiranje određene vrste hrane
- nesposobnost igre igračkama s drugom djecom
- intelektualno funkcioniranje može biti u granicama normale, ali je često niže od granice retardacije.

Posebno značajan doprinos za razumijevanje prvih znakova autizma dala je Acquarone (2007) koja je te znakove podijelila s obzirom na vrijeme njihova pojavljivanja. Tako su prvi znakovi neuobičajenoga razvoja od rođenja do šest mjeseci kod djece kojoj je kasnije dijagnosticiran autizam sljedeći:

- flacidno tijelo
- nedostatak pozornosti za ljude ili stvari
- nedostatak uzbuđenja u prisutnosti roditelja
- nedostatak anticipacije držanja od podizanja na ruke
- prazan, ne fokusiran pogled



- nedostatak normalnih aktivnosti
- specifične motoričke devijacije
- pretežito razdražljivog raspoloženja, malo smijeha
- više je pospano nego tipično dijete.

Važno je zapažanje Acquarone (2007) da ni jedan od ranih znakova koji je naveden nije specifičan za autistični spektar poremećaja. Oni se također pojavljuju kod djece koja se normalno razvijaju ili koja razvijaju stanja koja u velikoj mjeri variraju kao što su problemi u učenju, anksioznost i hiperaktivnost. Takvi prvih-šest-mjeseći znakovi, međutim, češće se promatraju kod djece koja su postala autistična u kontrolnim filmovima nego kod normalne djece.

Medicinske evidencije indiciraju da su sva djeca imala komunikacijska pogoršanja, ovisno o slučaju, u rasponu od odsutnosti govora do nepredviđenih verbalnih odaziva s eholalijom i repetitivnoga ponavljanja, do relativne tečnosti. Kada bi djeca imala koliko toliko normalan govor, ipak bi razgovarali ukočenim, ravnim tonom, koristeći neke riječi na čudan način te nedostatak spontanih emocionalnih ekspresija (Acquarone,2007).

Prvi specifični simptomi autizma koji su karakteristični za period od šestog do dvanaestog mjeseca prema Acquarone (2007) su:

- naizgled halucinantna uzbuđenja
- pojava samozaokupljenosti
- bez vidljivih težnji prema ljudima
- uzastopno odvrćanje pogleda od ljudi
- izbjegavanje majčinog pogleda
- odbijanje držanja u naručju
- stereotipna autistična motorička ponašanja: ljuljanje, mahanje rukama i sl.
- plastične ekspresije koje ne komuniciraju s afektima i namjerama
- labilne facijalne ekspresije koje se protežu od grimasa do škiljenja
- nekoordinirani pokreti tijela
- epizode različitih hiperaktivnosti.

Izviješća indiciraju da ako liječenje započne u tome periodu (od šest do dvanaest mjeseci), ima najbolje šanse za prevenciju fiksnoga autizma.

Simptomi afirmiranoga autizma, tipični u dvanaestom do dvadesetčetvrtoga mjeseca, pokazuju indikatore koji nastavljaju razvojni neuspjeh (Acquarone, 2007). To su:

- dijete se ne približava roditelju i održava distancu
- malo ili nikakvih namjernih radnji
- fasijalna ekspresija koja ne pokazuje namjeru ili značenje
- nedostatak, neuspjeh normalnog jezičnog razvoja.

Unatoč tomu, druga i treća godina života su i dalje godine kada intenzivna terapijska intervencija može preokrenuti autistične simptome.

Otprilike od devetoga mjeseca do četrnaestoga mjeseca, vrijeme je kada mnoga mala djeca imaju motoričke tikove ali, tipično, oni su prolazni i ne postaju fiksirani manervi ili stereotipi koji su dio autističnih simptoma.

U jednome povezanom projektu autori su uspoređivali kognitivni rast autističnoga djeteta i normalnoga djeteta u kontrolnim filmovima kroz Piagetovih šest senzomotoričkih faza. Temeljeni na snimkama o njihovim manipulacijama objektima u razvoju, autistična djeca su značajno kasnila u napredovanju od razine 1 – refleksne reakcije (0. – 1. mj.) do razine 2 – primarne cirkularne reakcije (1. – 4. mj., dječje akcije su centrirane na vlastito tijelo) do razine 3 – sekundarne cirkularne reakcije (4. – 10. mj., dijete reproducira događaje koje je slučajno otkrilo) do razine 4 – koordinirana sekundarna ponašanja (10. – 12. mj., dijete spaja dvije ili više vrsta ponašanja u ciljanu igru i manipulaciju objektima) do razine 5 – tercijarne cirkularne reakcije (12. – 18. mj. dijete pokazuje znatiželju, eksperimentira putem pokušaja i pogrešaka te shvaća svoju autonomiju u odnosu na druge ljude i objekte) do Razine 6 – pronalazak novih način (18. – 24. mj., dijete psihički stiže do rješenja i može si zamisliti objekte, događaje i ljude simbolički te utvrditi stalnost objekta).

U tome istraživanju, prema zapažanju Acquarone (2007), ni jedno od četrnaest djece iz autističnoga spektra nije prešlo senzomotoričke razine do simboličkih misli, refleksija i stalnosti objekta do kraja druge godine života, kao što to čine normalna djeca. Od četrnaest djece, samo je jedno dijete doseglo razinu 6 s tri i pol godine.

## 1.9. Osnovna obilježja atipičnoga modela socijalnoga razvoja

**Socijalna kognicija** za Bujas-Petković i suradnike (2010) ima najvažniju ulogu u razvoju komunikacije, jezika i socijalizacije kod djece s autizmom. Atipičan model socijalnoga razvoja takve djece određen je izostankom združene pažnje, teškoćama u imitaciji i nedostatkom socijalne percepcije. Socijalna kognicija iz perspektive autizma opisuje se kroz združenu pažnju, geste, usmjerenost pogleda te imitaciju. Prisutnost ili odsutnost tih vještina kod djece važan su dijagnostički pokazatelj za poremećaje iz autističnog spektra. Najizraženija obilježja poremećaja iz autističnoga spektra su nedostatak socijalnoga interesa, svjesnosti i razumijevanja socijalnih odnosa. Nemogućnost da se prepoznaju ljudski odnosi rezultira atipičnostima u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji, uključujući pogled, iniciranje komunikacije i reakciju na ljudski kontakt. Na to se nadovezuje izostanak uzajamnosti i reciprocitet u socijalnim interakcijama. Djeca s autizmom ne shvaćaju da druga osoba možda ne zna ono što oni znaju, pa stoga nemaju potrebu s njom podijeliti svoje znanje. Isto tako, ne prepoznaju da oni nešto ne znaju, pa nisu ni motivirani da to doznaju. Nadalje, djeca mnoge osnovne interakcije iniciraju iz potrebe da si objasne svijet, što kod djece s autizmom nije slučaj. Nedostatak socijalne percepcije dovodi do teškoća u mišljenju i učenju zbog načina na koji su ti aspekti povezani sa socijalnom domenom te tada govorimo o *autističnome mišljenju*.

**Imitacija** je kod djece s autizmom “doslovni preslik”, dok je za razvoj bitna aktivna i kreativna imitacija.

**Združena pažnja** se odnosi na sposobnost dobivanja i usmjerenja pažnje. Djeca s autizmom rijetko dijele igračke ili usmjeravaju pozornost odrasle osobe pokazujući ili gledajući u predmet. Fizički su svjesni odrasle osobe, ali to za njih nema socijalno značenje, osim ako je ta osoba izvor nečega što žele ili znak da će se nešto dogoditi. Nisu sposobna spontano dijeliti fokus vizualne pažnje s odraslom osobom. Ne pokušavaju privući pozornost na ono što rade i na svijet oko sebe i ne primjećuju prati li odrasla osoba njihove radnje. Djeca s autizmom imaju vrlo malo ili uopće nemaju strategija za združivanje pažnje koja ima bitan utjecaj na učenje. Najjednostavnija definicija združene pažnje bila bi gledanje kamo netko drugi gleda. Združena pažnja je *trostrana interakcija između djeteta, odrasle osobe i predmeta ili aktivnosti, a uključuje dijeljenje, slijeđenje*

*i usmjeravanje pozornosti pogledom ili gestom.* Dijete prvo dijeli pažnju s drugom osobom, izmjenjujući pogled između osobe i zanimljivoga predmeta (9 – 12 mj.), a nakon toga slijedi pažnju druge osobe gledajući u istome smjeru kamo gleda ta osoba ili upire prstom (11 – 14 mj.). Dijete prati ponašanje druge osobe imitirajući njezine aktivnosti. Između trinaest i petnaest mjeseci sposobno je usmjeravati pozornost i tako utjecati na ponašanje druge osobe koristeći se imperativnim i deklarativnim gestama. S pomoću deklarativne geste se pokazuje nešto drugoj osobi, dok se imperativnim gestama pokušava dobiti predmet ili pomoć. Djeca s autizmom se ne koriste u istoj mjeri združenom pažnjom da bi učili nove riječi. Imitacija kod te djece rezultira atipičnim obilježjima jezika kao što su eholalija, zamjena osobnih zamjenica i uporaba upita za izjave. S početkom druge godine života dijete čuje određenu riječ i provjerava kamo je usmjeren pogled osobe kako bi lociralo traženi predmet. Združena pažnja i simbolička igra početak su razumijevanja mentalnih predodžbi drugih, a nerazvijenost simboličke igre i združene pažnje upućuju na poremećaj iz autističnoga spektra.

**Teorija uma** se razvija nakon simboličke igre i znači sposobnost djece da drugima pripisuju misli, osjećaje, ideje i namjere te se njima koriste da bi predvidjela ponašanje drugih osoba. Ona se razvija tijekom prve godine kada počinje razvoj sposobnosti shvaćanja drugih osoba kao bića s namjerama. Važne su dvije mentalne funkcije, a to su izvršna funkcija i centralna koherencija. Izvršna funkcija je kognitivni proces koji omogućuje prilagodljivo prebacivanje pažnje, inhibiranje presnažnih odgovora na podražaje, stvaranje ponašanja usmjerenoga prema cilju i plansko rješavanje problema. Centralna koherencija sposobnost je integriranja i sažimanja informacija da se dođe do višega značenja. Kod osoba s autizmom nedostaju te dvije funkcije.

## **1.10. Rana intervencija**

Izveštaji roditelja te analize videosnimaka prema Bujas-Petkoviću i suradnicima (2010) upućuju na pojavu ranih znakova autizma već u dobi od šest do osam mjeseci. Djeca su već u toj dobi pokazivala smanjenu vizualnu pažnju na osobe u okolini, odnosno ograničen interes za socijalnu okolinu. Rijetko kad su tražili druge i uključivali se u rane socijalno-komunikacijske razmjene (upućivanje osmjeha i vokaliziranje usmjerene na druge). Ali, u toj dobi se ne razlikuju

od tipične djece kada je riječ o interesu za stvari i istraživačku igru. Kod malo starije djece, do godine dana, jedino ponašanje koje se pokazalo važnim za razlikovanje djece s autizmom od djece tipičnoga razvoja jest odazivanje na ime i odgovor na verbalne podražaje. Kod manjega broja djece prvi simptomi pojavljuju se tek u dobi od osamnaest do dvadeset i četiri mjeseca i za njih je karakterističan gubitak jezičnih vještina i interesa za socijalnu okolinu. U drugoj i trećoj godini simptomi obuhvaćaju više područja funkcioniranja te postaju očitiji. Karakterističan je izostanak kontakta očima, socijalnih igara i razmjena, spomenute združene pažnje, a nema ni vokalne ni motoričke imitacije. Na području komunikacije istaknut je izostanak verbalnih i neverbalnih oblika komunikacije. U dobi od dvije godine počinju se pojavljivati repetitivna i stereotipna ponašanja koja postaju učestalija u dobi od tri godine. Već pri prvoj pojavi simptoma, nužno je dijete uključiti u program rane intervencije. Dosadašnja istraživanja pokazala su da ako je dijete s autizmom uključeno u program rane intervencije prije pete godine ima znatno bolje rezultate u razvoju. Pokazalo se da se s razvojem komunikacijskih vještina znatno smanjuju nepoželjna ponašanja i povećava sposobnost djece da ostvaruju interakciju s vršnjacima tipičnoga razvoja. Individualizirani programi u ranoj intervenciji bolje su prilagođeni jedinstvenim potrebama djeteta jer se u toj ranoj dobi mogu lakše analizirati značenja djetetova ponašanja. Pokazalo se da se bolja suradnja postiže s obiteljima mlađe djece te je uključivanje obitelji u programe rane intervencije imperativ jer obiteljski sustav, stil interakcije i svakodnevne rutine, odnosno okolina u kojoj dijete živi, neposredno utječu na njegov razvoj.

Rano poticanje autistične djece po zapažanju Remschmidta (2009) u pravilu obuhvaća sljedeće korake:

- Najprije treba postaviti dijagnozu. To se nažalost, često događa prekasno.
- Kada je dijagnoza postavljena, treba u razgovoru s roditeljima ustanoviti prirodu poremećaja i temeljito raspraviti postupke koji će biti primijenjeni.
- Potrebno je izraditi detaljan razvojni profil djeteta s autizmom. U to se ubraja promatranje djeteta (uz uporabu videokamere) u različitim situacijama, njegov kontakt i socijalno ponašanje s roditeljima i drugim za njega važnim osobama; psihodijagnostički nalaz s objektivnim mjerama inteligencije, točno ispitivanje osjetnih funkcija, neurološki pregled, registriranje EEG-a i, daljnji elektrofiziološki i laboratorijski nalazi, odnosno nalazi slikovnih prikaza mozga.

- Zajedno s roditeljima razviti nacrt poticanja i terapije koji treba što je moguće točnije voditi računa o razvojnom profile djeteta i mogućnostima suradnje roditelja. U taj nacrt poticanja treba uključiti i druge osobe i ustanove koje se bave djetetom.
- U planiranje terapije i poticanja ulazi i vremenski plan. Dobro je prvo planirati za kraća vremenska razdoblja i potrebno je biti oprezan s prognozom. Ona je u početku krajnje nesigurna, ali postaje sigurnija što se dulje poznaje dijete i njegove sposobnosti i mogućnosti.

Programi ranoga poticanja evaluiraju se na različite načine. Usprkos mnogobrojnim razlikama među studijama ranih programa, ipak ima i niz zajedničkih crta. U svima je dobiveno jasno ubrzanje razvoja, što je rezultiralo značajnim povećanjem kvocijenta inteligencije, značajnim napredovanjem u razvoju govora, poboljšanim socijalnim ponašanjem i povlačenjem autističnih simptoma. Poboljšanja su u većini programa dobivena nakon jedne do dvije godine intenzivnih predškolskih mjera. Većina djece naučila je nakon prvoga razdoblja intervencije (obično u dobi od pet godina) govorno se sporazumijevati. Howlin (2009, prema Remschmidt) upućuje na to da djeca pokazuju najveći napredak kad se postupci primjenjuju vrlo rano (između druge i četvrte godine života), kada su dovoljno intenzivni i kada traju dovoljno dugo. Nadalje, kada kod djece s autizmom nema dodatnih oštećenja živčanog sustava, terapija je učinkovitija.

### **1.10.1. Različiti programi rane intervencije**

Najčešće spominjani programi za Bujas-Petkovića i suradnike (2010) su:

- primijenjena analiza ponašanja (ABA) koja se dijeli na Lovaasov PDN i suvremenu primijenjenu analizu ponašanja (incidentalno podučavanje, mand podučavanje, vremenska odgoda, podučavanje u prirodnom okruženju, prekidanje bihevioralnog niza, prirodna jezična paradigma/podučavanje pivotalnih odgovora)
- razvojni individualizirani model utemeljen na odnosu (DIR i Greenspanov model)
- TEACCH (teaching and educating adults and children with communication handicap)
- SCERTS (social communication, emotional regulation, transactional support).

Svaki od ovih programa je sveobuhvatan, koristi se u podučavanju raznih funkcionalnih vještina kako bi se postiglo općenito bolje funkcioniranje djeteta. Nadalje, svaki od tih programa ima

specijaliziran kurikulum i razrađen proces procjene i evaluacije. Navedeni programi zasnivaju se na različitim teorijskim polazištima.

Lovaasov PDN ili strukturirane bihevioralne intervencije temelje se na teškoći i pokušaju promjene djetetova ponašanja korištenjem instrumentalnoga uvjetovanja. Suvremene bihevioralne intervencije također se koriste osnovnim bihevioralnim postupcima podučavanja (pojačanje, podrška, analiza zadataka, oblikovanje, vizualne rasporede, strategije samokontrole itd.) te su usmjerene i na kontekst, odnosno na djetetovu obitelj i fizičku okolinu.

Greenspanov se model temelji na razvojnoj interakcijskoj teoriji koja ističe važnost odnosa i afekta u razvojnom procesu. Taj pristup uzima u obzir senzorno procesiranje kao primarnu teškoću kod poremećaja iz autističnoga spektra te mu je cilj da ih riješi intenzivnom ranom intervencijom, s naglaskom na odnosima.

TEACCH je eklektični pristup koji spaja bihevioralne i razvojno-kognitivne teorije te smatra kako je primarna teškoća kod poremećaja iz autističnog spektra u nalaženju značenja i procesiranja informacija iz okoline. Prema tomu, taj model omogućuje podršku koja potiče razumijevanje okoline.

SCERTS je također razvojni model, a temelji se na učenju u socijalnome kontekstu. Ciljevi i metode podučavanja proizlaze iz postavke da su socijalna komunikacija, emocionalna regulacija i transakcijska podrška primarne razvojne dimenzije programa podrške za djecu s poremećajima iz autističnoga spektra i njihovih obitelji.

## II DIO

### 2. Prikaz rane intervencije kod autističnoga dječaka D.

U ovome je dijelu prikazan proces rane intervencije koji je predstavljao individualnu psihoanalitičku psihoterapiju s autističnim dječakom na početku njegove treće godine. Cilj ovoga dijela je prezentirati postignute promjene kod autističnoga djeteta tijekom terapijskoga rada u (a) uspostavljanju terapijskoga odnosa te prezentirati značenje tih terapijskih promjena na (b) pozitivne promjene u odnosu s roditeljima i sestrom, kao i (c) u odnosu prema drugoj djeci u vrtiću.

Ovaj prikaz obuhvaća razdoblje od četrnaest mjeseci, odnosno razdoblje od rujna 2013. do studenoga 2014. godine. U prva tri mjeseca (dvanaest seansi) dječak je imao jednu sesiju tjedno, a nakon toga u sljedećemu razdoblju istraživanja po dvije sesije tjedno.

Praćenje promjena tijekom psihoanalitičke psihoterapije kod autističnoga djeteta vršeno je na temelju (a) zapisa zapažanja terapeuta o djetetovu ponašanju tijekom psihoterapije, kao i na temelju (b) zapisa majke o djetetovu ponašanju između dvije sesije u obliku dnevnika koji je vodila.

Prikaz rane intervencije kao psihoanalitičke psihoterapije u sebi sadrži prikaz djetetova ranoga razvoja i stanja na početku terapijskoga rada kao i kvalitativnu analizu zapisa terapeuta o tijeku psihoterapijskog procesa i zapisa majčinih zapažanja.

#### 2.1. Anamneza djeteta prije početka psihoterapije

Dječak je rođen 21. Rujna 2010. godine iz blizanačke trudnoće koja je prošla uredno. Porod je uslijedio nakon trideset i jednoga tjedna trudnoće, a dovršen je carskim rezom. Majka je tijekom trudnoće uzimala lijekove zbog hipotireoze te joj je to prva trudnoća. Dječak je prohodao sa četrnaest i pol mjeseci. Na području prehrane nije bilo ništa upadljivo, osim što je jako volio kuhanu hranu. Spavanje je bilo uredno. Majka je bila s djecom do njihove druge godine života te su potom krenuli u jaslice koje je dječak teško prihvatio. U vrtiću su prvi zapazili odstupanja u razvoju i to kroz nerazvijenost govora kod oboje. Dječak i dalje koristi dudu (ako mu se oduzme dudu onda siše prst). Kod usvajanja higijenskih navika uočljivo je da još uvijek nosi pelene. U komunikaciji uglavnom izražava ljutnju vrištanjem i odgurivanjem. Nema izraženije psihomotorne



repetativne radnje, međutim, primjetne su specifične radnje poput određenih pokreti jezikom ili očima (kao da gleda krajem očiju).

Roditelji su prve probleme kod dječaka D. prepoznali tijekom druge godine života, ali su se tek kada je dijete imalo dvije godine i sedam mjeseci prvi put obratili na pregled u Dnevnom centru za rehabilitaciju Veruda u Puli. Tada su prema Listi za procjenu ponašanja te M-CHATU listi dobiveni rezultati koji ukazuju na odstupanja i značajnije poteškoće u psihomotornome razvoju s naglaskom na odstupanjima u socijalnoj interakciji, komunikaciji, združenoj pažnji i imitaciji.

Prema nalazu rehabilitatora, dječak je na pregled došao u pratnji majke koja ga je držala u naručju. Inicijalno nije uspostavljao kontakt pogledom, odazivao se na poziv i pokazivao interes za ispitivača. Tijekom ispitivanja, dječak nije govorio, rijetko se glasao te je ponavljao glasove bez smisla. Tijekom mijenjanja rutine u radu pokazivao je ljutnju i gurao ruku ispitivača. Nadalje, pažnja se teže usmjeravala, fluktuirala je i bio je usmjeren je na stereotipne igre, kao na primjer slaganje čepova u nizove. Dječak je imao repetitivne modele ponašanja, interesa i aktivnosti. Govor nije bio razvijen, vokalizacija je bila slaba bez ciljanoga povezivanja, davao je dojam da ne razumije, nije reagirao na verbalne zahtjeve tipa “daj” i zabrane. Majka je isticala da kod promjene glasa (jači govor) i kod zabrana dječak upućuje pogled prema njoj. Dječak se nije koristio simboličkom igrom i nije učio imitacijom te su se tijekom rada primjećivala kraća zagledavanja i kraće odsutnosti. Kod manipulativnih aktivnosti dječak je koristio spontano obje ruke, lijevu ruku češće nego desnu. Ubrzano je izvodio radnje i bio motorno nespretniji. Razvoj spoznaje bio je u većemu zaostajanju za njegovu dobi, dječak nije imao pojam o vlastitome tijelu. Nije razvio pojam o postojanosti predmeta, kao ni pojam o postojanosti predmeta uz adekvatnu manipulaciju. Emocionalni i socijalni razvoj dječaka kasnili su uz prisutne smetnje u socijalnome kontaktu, združenoj pažnji te komunikaciji s komponentama pervazivnih smetnji u razvoju.

Prema preporuci rehabilitatora, dječak je 15. srpnja 2013. godine upućen u Kliniku za dječje bolesti u Zagrebu na ispitivanje slušnih evociranih potencijala. Specijalist iz područja otorinolaringologije i užeg područja audiologije zaključuje je da dječak ima obostrano uredan sluh i da nema oštećenja slušnog puta do primarne slušne kore. Roditelji su se terapeutu javili tek 14. rujna 2013. godine, kada je obavljen prva psihoterapijska obrada.

## **2.2. Analiza promjena tijekom psihoanalitičke psihoterapijske kao rane intervencije kod autističnoga djeteta**

### **2.2.1. Zapažanje promjena tijekom psihoterapijskih seansi**

Početne seanse pokazivale su izraženu djetetovu anksioznost u *uspostavljanju i održavanju kontakata* s terapeutom kao i svim drugim osobama. Prije seanse, dječak je u hodniku čekao s roditeljem ispred prostorije. Na izlazak terapeuta iz prostorije kao i djetetov ulazak u prostoriju bile su u prvim seansama (na početku psihoterapijskog procesa) praćene negativnim reakcijama, odnosno dječak je reagirao anksioznošću koja je povremeno bila izražena reakcijama plača kao i njegovim povučenim držanjem i izbjegavanjem uspostavljanja kontakta (pogleda) s terapeutom. U tim početnim seansama pokazivao je suzdržanost pri ulasku u prostoriju.

Međutim, s razvojem psihoterapijskog procesa došlo je do promjena u tome početnom ponašanju. S razvojem terapijskoga procesa prve promjene su bile izražene u razvoju pozitivnog odnosa prema samoj terapiji. U odnosu na početno odbijanje i anksioznost s vremenom je došlo do pojave pozitivnih reakcija u vidu pozitivnoga uzbuđenja praćenoga pojavom osmijeha na djetetovu licu, spontanih pogleda upućenih terapeutu, kao i interesom prema terapeutovu licu.

Tijekom terapijskoga procesa nakon uspostave pozitivnoga terapijskog odnosa promjene su bile prisutne i na području djetetovog *prihvatanja različitih vidova odnosa i igara*.

Tijekom seansi, dječak je sjedio nasuprot terapeuta te se igrao različitim igrama, kao što su stavljanje kutijica jednu u drugu, umetanje figurica u za to predviđeno mjesto, slaganje kockica u toranj što bi na kraju uvijek završilo slaganjem tih kockica u nekakav niz koji je djelovao kao neki opsesivni ritual. Tijekom igre, dječak se ponašao kao da terapeuta nema i odbijao je bilo kakvu suradnju. Kada ga je terapeut zvao imenom, on se nije odazivao, nego usmjerivao pogled u stranu. Kroz seanse terapeut je nastojao aktivnim pristupom promijeniti dječakove autistične igre u uzajamne igre kroz igre “lupkanje rukama” i “dodirivanje nosa”.

Za vrijeme osme seanse došlo je do promjene ponašanja kod dječaka, naime, nakon više nastojanja terapeuta da mu dječak pruži ruke, dječak je to i napravio.

*“Kad sam pokušao da mu uzmem ruku reagira odgurivanjem. Nisam se predao već sam se obraćao njemu s ‘molim’. Kako sam mu se nametnuo kao ograničenje da nešto dohvati i da se ustane tako*

*je prihvatio moj poziv "daj mi ruku". Prvi put mi je ispružio ruku na moj zahtjev. Nastojao sam popratiti to pozitivnim uzbuđenjem" (izvadak iz zapisa terapeuta – 19. studenog 2013.)*

Tijekom dvanaeste seanse, počela se javljati imitacija. Naime, dječak je zatražio da se igra s kockama te ih je ispitivač izvadio i složio u stupac što je dječak poslije ponovio.

*"Odmah je tražio kocke. Izvadio sam ih kao prošli put – složio ih u stupac. Poslije je on sam to ponavljao nekoliko puta" (izvadak iz zapisa terapeuta – 17. prosinca 2013.).*

Nakon godinu dana terapije, s prihvaćanjem terapeutovih poziva da mu dječak pruži ruku te zajedničkih igri "lupkanje rukama" uslijedili su i prvi spontani pogledi.

*"Nakon kratkog vremena smirio se i počeo usmjeravati na mene. Nastavio sam s aktivnim odnosnom u vidu pljeskanja rukama, dodirivanjem nosa. U jednom dijelu potakao sam da on udara rukom o moju ruku što je on prihvatio sa zadovoljstvom i uzbuđenjem što je bilo popraćeno konstantnim pogledom" (izvadak iz zapisa terapeuta – 09. rujna 2014.).*

Dječak je počeo adekvatno reagirati na verbalne upute terapeuta (*daj mi, dođi*) iako ih se treba više puta ponavljati. Prisutan je i vizualni kontakt, dulji pogledi očima, koji se najčešće javlja tijekom igre pljeskanju rukom o ruku uz koje je prisutno pozitivno uzbuđenje.

*"Kad se zasjeo nastojao sam odmah započeti s zajedničkim pljeskanjem praćeno s 'opa'. U tom dijelu veoma uzbuđeno i prvi put dugo je gledao meni u oči i bio pozitivno uzbuđen" (izvadak iz zapisa terapeuta – 19. rujna 2014.).*

Za vrijeme igre "gdje je nos" dječak je spontano sjeo terapeutu u krilo te sa zanimanjem i užitkom proučavao terapeutov izraz lica. Ponekad je znao s obje ruke obujmiti terapeutovo lice, zagledati mu se u oči te mu dodirivati lice.

*"Kod dolaska u prostoriju odmah je sa svoje fotelje krenuo prema meni. Cijelo vrijeme se penjao po meni. Postepeno se počeo igrati s mojim licem i pokazivati izraženu pozitivnu uzbuđenost (razdraganost) – znao je s obje ruke obujmiti mi glavu, zagledati se u oči i dodirivati lice." (izvadak iz zapisa terapeuta – 14. studenog 2014.).*

### **2.2.2. Zapažanje promjena djetetova odnosa prema roditeljima i sestri tijekom psihoterapije**

Tijekom seansi terapeut je roditeljima davao jasne upute kako se ponašati u određenim situacijama. Upute su se odnosile na način majčina vlastitoga reagiranja u situacijama kada dječaka dovodi u vrtić zbog djetetova ranijeg reagiranja na odlazak u vrtić koji je rezultirao plačem. Roditelji su također bili upućeni da se uključe u njegove autistične igre te da imenuju pojedine riječi na naglašen i jednostavan način. Majci je objašnjeno kako da s dječakom uspostavi direktivni pristup. Vrlo važna uputa bila je da s djetetom pokušavaju uspostaviti vizualan odnos i način uspostave dominantnosti nad djetetom.

Izražen je početak imitacije dječaka u pojedinim situacijama kao što su imitacije majke dok se ona češlja ili obavlja kućanske poslove pa onda i on s krpom briše, imitacije oca tako što stavlja njegove naočale na nos ili hoda u njegovim papučama, u kafiću bi oponašao stavljanje šećera u kavu.

*“Mama zapaža da je kod kuće imitirao brisanje krpom-mamina aktivnost. Mama zapaža da je počeo stavljati očeve naočale na nos.”* (izvadak iz majčina dnevnika – 5. studenog 2013).

Također je kod kuće počeo pokazivati svoje želje kroz pojedine aktivnosti, na primjer ako želi ići van, izvuče svoje cipele i donese ih roditeljima. Nakon što su se vraćali kući s igrališta, dječak je sam počeo skidati jaknu i točno išao na svoje mjesto što je jedan dobar pokazatelj adekvatnoga odnosa prema realitetu.

Dječak je reagirao pozitivnim uzbuđenjem na majčino poticanje igre kao što su “draga majka” (kada majka to izgovori dječak ju pogladi po licu) i “zdravo” (igra kao rukovanje). S ocem se najčešće igrao lovice i pokazivao ljubomoru ako otac poklanja pažnju njegovoj sestri, odnosno ako se igra s njom, a ne s njim.

Kako su seanse prolazile, dječak bi sve češće spontano tražio majčin pogled koji bi ponekad bio kratak a ponekad bi se znali dugo gledati.

*“Mama zapaža da puno više gleda. Zapaža da potraži pogled pa se nasmije. Jučer je legao nasuprot majke i dugo su se gledali”* (izvadak iz majčina dnevnika – 3. prosinca 2013).

Također, majka je primjećivala da kada drži dječaka u naručju on je tada tražio njezin pogled. U situacijama kada su se dječaku postavila određena ograničenja, dječak je svoje agresivno

ponašanje (u vidu bacanja stvari, vrištanja) znatno smanjio te sada svoje nezadovoljstvo iskazuje na način da nešto mrmlja, a to mrmljanje opet izgleda kao da vodi nekakav monolog. Dječak počinje razumijevati verbalne upute, ali je još uvijek odsutna njegova imitacija govora. Otac djeteta primjećuje da se dječak odaziva na poziv imenom češće kada ga majka zove nego netko drugi. Također, što ranije nije bio slučaj, počeo je ispunjavati majčine naredbe poput “donesi cipele”, “donesi maramice” i sl.

Dječakovo hranjenje i spavanje su uredni, bez poteškoća. Dječak je počeo inzistirati da se samostalno hrani (inače se u vrtiću sam hranio, ali kod kuće to nije bio slučaj) te je počeo piti sok iz čaše a ne iz bočice, ranije bi reagirao ljutnjom i napetošću.

Pri kraju prve godine psihoterapije, jako je značajna pojava “prijelaznog objekta”, naime, dječak je uzeo medvjedića, stavio ga u krevet i pokrio ga pokrivačem.

Dječak je dvojajčani blizanac te ima sestru koja je u njihovu odnosu dominantnija što pokazuje time da mu tijekom igre često oduzima njegove igračke (ili mu sruši kockice koje je složio u nekakav niz), kada dođe do nekakvog konflikta sestra postaje agresivna te ga zna počupati, ogrebat i ugristi na što dječak reagira strahom te povlačenjem. Ako se djeca igraju zajedno, ta se igra temelji na trčkanju oko stola, odnosno igranja “lovice”, koju je na početku inicirala sestra, a potom i on.

Kako je dječak počeo sve češće imitirati roditelje, čini se da je isto tako u određenim trenucima ljutnje znao oponašati svoju sestru i njezin način reagiranja, tako što bi on ponekad svoju ljutnju iskazao prema njoj na isti način kao i ona prema njemu, tako što bi ju počupao. *“Mama zapaža da jako gleda što sestra radi i oponaša nju. Bio je ljubomoran te je htio počupati sestru koja je bila u tatinom naručju”* (izvadak iz majčina dnevnika – 28. listopada 2014).

Ponekad pozitivno imitira sestru u svakodnevnicima tako što kad sestra donese tanjur na stol on učini isto. Iako ponekad dolazi do konflikta, oboje pokazuju uzbuđenje i uživanje u zajedničkoj igri. Dječak se s vremenom počeo sve više približavati sestri, najčešće bi to bilo upravo kroz igru koju je on inicirao tako što bi uzeo sestrine lutke (ranije je pokazivao ljutnju prema njima kao dijelu sestrićkih igračaka) i donio ih njoj da se igraju. Tijekom igre s lutkama, on ih zna posjesti kao da ima nekakav vid odnosa s njima. Pri jednome posjetu rodbine, njegova sestra i sestrićna su uz glazbu plesale te se i on htio njima pridružiti. Oba djeteta pokazuju izrazitu ljubomoru ako se roditelj igra samo s jednim od njih.

### 2.2.3. Zapažanje promjena djetetova ponašanja u vrtiću tijekom psihoterapije te načini igre

Dječakova majka ističe da su dječak i njegova sestra do njihove druge godine bili jako vezani za nju te da im je odlazak u vrtić bio vrlo stresan. Iako razumije zahtjev majke da mora ući u vrtić odnosno prostoriju, on reagira negativnim stanjem tj. plačem. U vrtiću je znao biti provokativan tako što je stavljao različite predmete u usta te je radio sve što mu se zabranjuje.

Nakon što je majka upućena od strane ispitivača u način vlastitoga reagiranja u situacijama dovođenja dječaka u vrtić, dječak je prestao reagirati plačem na ulazak u vrtić. Ubrzo je počeo prihvaćati zadane aktivnosti u vrtiću između ostaloga i držanje za ruke s ostalom djecom. Odgojiteljice primjećuju da dječak pokazuje veći interes za slikovnice, ranije bi ih bez određenog interesa samo listao, dok sada izgleda kao da ih proučava. Također zamjećuju da je dječak počeo šarati, kao da nastoji pisati, poput druge djece u vrtiću

*“Teta u vrtiću zamjećuje – on nastoji pisati (šarati), prije mu je kemijska bila samo za staviti u usta” (izvadak iz majčina dnevnika – 3. prosinca 2013.).*

Tijekom igranja, dječak nije koristio igračke (kockice, autiće) na uobičajen način, nego ih je bacao okolo ili bi ih slagao u nekakav niz. Na početku seansi, reagirao bi negativno na terapeutovo poticanje zajedničkih igara (“dodirivanje nosa”) te ne prihvaća terapeutovu uključenost u igru, tako što bi sklanjao pogled u stranu i ponašao se kao da terapeuta nema.

*“Nastojim mu se uključiti u igru ali ne prihvaća – reagira kao da me nema i nastoji ići preko mene i kroz mene, kao da me nema, da dođe do onog što hoće.” (izvadak iz zapisa terapeuta – 29. listopada 2013.).*

S vremenom je počeo imitirati slaganje kockica kako to čini terapeut te prihvaća i druge ponuđene aktivnosti poput pokazivanja interesa za slaganjem kockica u toranj.

*“Nastavio sam sa kockama – na kraju je uspio spontano da ponovi isto slaganje kockica kako sam ih ja prethodno stavio. Kada je uspio počeo je biti pozitivno uzbuđen plješćući rukama” (izvadak iz zapisa terapeuta – 10. prosinca 2013.).*

Također, početnu negativnu reakciju na “daj mi ruku” zamijenila je pozitivna reakcija davanje ruke i zajedničko pljeskanje koje je bilo popraćeno s ushićenosti, a na kraju je rezultiralo i s povremenim pogledom u oči terapeuta. Roditelji su bili upućeni od strane terapeuta da se

uključite u njegove autistične igre, tako da su trčkanje naokolo zamijenile igre poput "kuku-tre", "draga mama", "zdravo". Rezultat zajedničkih igara između dječaka i roditelja bila je pojava imitacije majčina glasovanja "va-va-va".

### 3. Rasprava

U ovome kratkom prikazu analize psihoterapije dječaka s autizmom možemo vidjeti napredak dječaka kroz četrnaest mjeseci terapije koja se temeljila na aktivnom pristupu terapeuta prema dječaku. Ciljevi terapije odnosili su se na (1) razvijanje sposobnosti za uspostavljanje i održavanje afektivnog kontakta s terapeutom kao primarno iskustvo koje će omogućiti uspostavljanje afektivnog kontakta s drugim osobama, (2) sa razvojem pozitivnog afektivnog odnosa prema terapeutu postići pozitivne promjene prema predmetima i aktivnostima (pojava prijelaznog objekta), te (3) razvijanje receptivnog aspekta govora.

Kao što na početku možemo vidjeti, dječak je pružao otpor prema terapiji (kao i prema svakom drugom tipu odnosa) kroz različite negativne reakcije. Negativne reakcije pojavljivale su se već pri samome ulasku u prostoriju gdje se održava terapija te su se prožimale kroz cijelu terapiju tako što je dječak odbijao bilo kakav kontakt s terapeutom. Nije se odazivao na pozive imenom, na terapeutov pokušaj da se uključi u dječakovu igru reagirao bi kao da terapeuta nema ili odgurivanjem ponuđene ruke.

Postupno, kako su seanse prolazile tako se i dječakovo ponašanje mijenjalo. Od početnoga otpora prema terapiji i autističnih igara kao što su bacanje igrački ili slaganje kockica u nekakav niz, došlo je do dječakova prihvatanja terapeuta. Primarne igre koje je koristio terapeut bile su "pljeskanje rukama" i "gdje je nos" s pomoću kojih je terapeut pokušavao uspostaviti kontakt očima. Nakon određenoga vremena i ustrajnosti terapeuta, dječak je prvo spontano, a zatim s uzbuđenjem i interesom gledao terapeuta prvotno istražujući lice a potom i direktno u oči. To nije bio pogled koji je karakterističan za djecu s autizmom kako različiti autori to znaju opisati, "pogled kao da gleda kroz osobu", nego pogled dječaka koji bez straha gleda i prihvaća osobu.

Uz uspostavljanje kontakta očima, vrlo je značajna i pojava imitacije. Imitacija označava početak učenja. U analizi psihoterapijske obrade mogli smo vidjeti kako je dječak imitirao slganje kockica kao što je to učinio terapeut.

Iako dječak nema razvijen govor, odnosno komunikacijske vještine, vidljivo je da razumije određene pojmove kao na primjer “gdje je torba?” što ukazuje na pojavu receptivnoga govora.

Nadalje, ponašanja koja su se javljala tijekom psihoterapijske obrade, kasnije su se uočavala i u izvan terapijskim situacijama, odnosno najviše u situacijama kod kuće s roditeljima i sestrom. Prema terapeutovim uputama koje je dao roditeljima, roditelji su se počeli uključivati u njegove autistične igre koje su imali isti učinak kao i tijekom terapija, dječak bi sve češće uspostavljao kontakt očima te bi često znao sam inicirati igre. Također je i imitacija bila veoma izražena kroz ponavljanja radnji koje je majka radila (brisala prašinu) ili imitacija oca (kako stavlja naočale na nos) te imitacija sestre (stavljanje tanjura na stol). Vrhunac djetetove imitacije javlja se krajem prve godine psihoterapijske obrade, kada kroz igru ponavlja majčino glasovanje “va-va-va”.

Jako je izražena promjena ponašanja u odnosu sa sestrom. Sestra je uvijek bila dominantnija u njihovom odnosu te je pokazivala određenu dozu agresivnosti prema dječaku kroz grebanje a ponekad bi ga znala i ugristi. Smatram da to nije radila iz nekakve “zlobe”, nego nije razumjela zašto se njezin brat uvijek sam igra, a ne uključuje nju u njegove aktivnosti. Tako da kada bi ona vidjela da se on igra sa svojim kockama, jednostavno bi došla kod njega i srušila bi mu kocke. Dječak je potom stvorio averziju prema njezinome dijelu igračkaka, prema lutkama koje je često znao bacati naokolo. S vremenom su se počeli zajedno igrati i tu igru bi najčešće inicirao dječak. Prvo su to bile igre “lovice”, a zatim bi dječak znao uzeti lutke i donijeti ih sestri da se igraju.

Na kraju prvi godine psihoterapijske obrade, značajna je pojava “prijelaznoga objekta”. Prijelazni objekt javlja se tijekom separacije kada dijete obično nađe neki predmet koji mu je uvijek blizu, a svrha mu je da simbolički nadomjesti majku. Taj predmet su najčešće nekakve igračke, dekice i sl., a imaju funkciju da pomažu djetetu da se smanje frustracije zbog gubitka simbiotske majke. Kod dječaka možemo vidjeti da je to njegov medvjedić kojega stavlja u krevetić i pokriva pokrivačem.



Dječak je počeo prihvaćati zadane upute kao što su “daj mi”, “dođi”, “donesi” te je uočljiva promjena reagiranja na negacije i različita ograničenja. Od početnoga burnog reagiranja kao što je bacanje stvari naokolo, vrištanje došlo je do prihvaćanja uz nerazgovjetno mrmljanje.

## 4. Zaključak

Kroz ovaj rad vidljivo je da se znakovi autizma pojavlju već u najranijoj djetetovoj dobi. Znakovi neuobičajenoga razvoja od rođenja do šestoga mjeseca života djeteta uočljiva su kroz različite nedostatke kao što su nedostaci uzbuđenja u prisutnosti roditelja, nedostatak pozornosti za ljude ili stvari koje dijete okružuju, različite specifične motoričke devijacije, prazan odnosno ne fokusirajući pogled. Takvi nedostaci se nastavljaju kroz idućih šest mjeseci u oblicima naizgled halucinantnih uzbuđenja, pojave iznimne samozaokupljenosti, izbjegavanja majčina pogleda, različitih motoričkih ponašanja kao što su ljuljanje, mahanje rukama, odbijanja držanja u naručju itd. Simptomi afirmiranoga autizma, tipični do druge godine djetetova života pokazuju indikatore koji nastavljaju razvojni neuspjeh, a je to facijalna ekspresija koja ne pokazuje namjeru ili značenje, malo ili nikakvih namjernih radnji, dijete se ne približava roditelju i održava distancu te nedostatak odnosno neuspjeh normalnog jezičnoga razvoja. Različita izvješća indiciraju da ako se liječenje započne u periodu od šestoga do dvanaestoga mjeseca, postoje najbolje šanse od prevencije fiksnoga autizma. Programi rani intervencije evaluiraju se na različite načine. Usprkos mnogim razlikama ipak imaju i niz zajedničkih crta. U svima je dobiveno značajno napredovanje u razvoju govora, poboljšanje socijalnih ponašanja i povlačenje autističnih simptoma.

Istražujući različitu literaturu i pregledavajući članke naišla sam na različita tumačenja o tome što su uzroci autizma, mogućnosti ili ne mogućnosti liječenja. Također sam imala i mali uvid kroz šta roditelji prolaze tijekom pokušavanja shvaćanja što je s njihovim djetetom. Ponekad mi se činilo da su frustracije i patnja roditelja mnogo veća dok su pokušavali saznati što im je s djetetom, nego kasnije kada su saznali da im dijete ima razvojni poremećaj. Smatram da je jedan od glavnih problema kod dijagnosticiranja, prvo, roditelji tek kasnije shvate da s djetetom nešto nije u redu, često se događa da se tek u vrtiću primijete određeni nedostaci u razvoju djeteta, zatim kada roditelji pokušavaju saznati što nije u redu (obilazeći doktore iz različitih struka) dobivaju mnoštvo nalaza, ali ne i točno dijagnozu. Uz to se ponovno javlja i problem etiologije autizma odnosno pristupi terapiji i roditeljima.

Kroz prikaz psihoterapije s autističnim dječakom, može se vidjeti da se odgovarajućom ranom intervencijom (koja ne uključuje terapiju lijekovima) mogu smanjiti autistični oblici ponašanja i potaknuti razvoj pozitivnih afektivnih kontakata.

## 5. Literatura

1. Acquarone, S. (2007). Signs of Autism in Infants: Recognition and Early Intervention. Karnac Books, London.
2. Bujas-Petković, Z., Frey Škrinjar J.(2010) Poremećaji autističnog spektra. Školska knjiga, Zagreb.
3. Gallo, D. (2010) Diagnosing Autism Spectrum Disorders. Wiley-Blackwell, London
4. Remschmidt, H. (2009) Autizam – pojavni oblici, uzroci, pomoć. Slap, Zagreb.
5. Špelić, A. (2010): Psihoanalitička psihoterapija autizma danas: Ograničenja i nove mogućnosti u suvremenom znanstvenom i stručnom okruženju. U: Skodlar, B. (Ur.). Navezanost (str. 82–96). Zdrženje psihoterapeuta Slovenije, Ljubljana.
6. Špelić A. (2011): The genesis of autism in the light of the concept of primary narcissism. (*neobjavljen rad*) XVII International Congress for the Psychological Treatments of the Schizophrenias and other Psychosis – ‘Psychological Therapies for Psychosis in the 21st Century–Influencing Brain, Mind and Society’. Croatia; Dubrovnik 31.05. – 04.06.2011.
7. Špelić, A. (2013). Od traumatskog do razvojnog koncepta autizma. (*Neobjavljen rad*) II Hrvatski psihoterapijski kongres. Hrvatska; Zagreb, 21. – 23.02.2013.
8. Špelić, A. (2015) Theoretical Basis of the Psychoanalytic Approach to Psychotherapy of Autism. Journal of Psychology & Clinical Psychiatry 02/2015; 2(2): (1–12) 00064.
9. Špelić, A; Košeto, M. (2012). Preparation of an autistic child for school. Metodčki obzori 7(2):157-172.