

Nenad GLUMBIĆ¹
Branislav BROJČIN
Mirjana ĐORĐEVIĆ
Univerzitet u Beogradu
Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

RANA INTERVENCIJA KOD DECE S POREMEĆAJIMA AUTISTIČKOG SPEKTRA²

Simptomi autizma obično se javljaju u ranom detinjstvu iako se u nekim slučajevima ispoljavaju znatno kasnije. Prepoznavanje ranih znakova autizma je neophodan preduslov za organizovanje programa rane intervencije čija bi realizacija trebalo da omogući pozitivan ishod za decu sa poremećajima autističkog spektra. Cilj ovog rada je prezentovanje onih programa i strategija intervencije koji su zasnovani na dokazima. Na osnovu rezultata do sada sprovedenih istraživanja najveći uspeh omogućavaju bihejvioralni programi, bilo da su primenjeni u obliku tzv. fokusiranih intervencija, bilo da su uklopljeni u sveobuhvatne modele tretmana. Razvojne intervencije, iako podsticajne, još uvek nemaju dovoljnu empirijsku podršku.

Ključne reči: bihejvioralni programi, autizam, razvojni pristupi

UVOD

Rana intervencija predstavlja sistematski pristup ranom i kontinuiranom tretmanu koji sprovodi tim stručnjaka, a koji je usmeren na potrebe određenog deteta i njegove porodice. Ona je zasnovana na

1 E-mail: nenadglumbic@gmail.com

2 Članak je proistekao iz rada na projektu „Socijalna participacija osoba sa intelektualnom ometenošću“ (ev. br. 179 017), koji finansira Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije.

uverenju da sa podrškom treba početi što ranije i da će detetov razvoj biti unapređen kroz individualizovan i specijalizovan tretman (Landesman Ramey, Ramey & Lanzi, 2007).

Pored medicinski zasnovanog modela rane intervencije, čiji je cilj uklanjanje bioloških činilaca koji mogu ometati razvoj deteta, javljaju se i oni koji su zasnovani na socijalnim uslugama, usmereni na unapređivanje resursa porodice ili menjanje odnosa roditelja sa detetom. Treća grupa modela zauzima opštiju razvojnu perspektivu, usmerenu na unapređivanje kognitivnog ili socijalnog razvoja optimizacijom mogućnosti za učenje. Oni mogu biti fokusirani na jednu oblast potreba ili imati sveobuhvatnije ciljeve (McCollum, 2002). U naše vreme, tradicionalni fokus na identifikovanju jednog biološkog ili sredinskog faktora koji prouzrokuje kašnjenje u razvoju, postepeno se zamenjuje modelom razvoja deteta koji naglašava kompleksnu dinamičnu međuzavisnost bioloških faktora i okruženja deteta i porodice. Ovaj transakcioni model posmatra razvojne ishode kao rezultat kompleksne interakcije između faktora unutar deteta (npr. geni, razvoj centralnog nervnog sistema, temperament) i sredinskih faktora (stil roditeljstva, količina stimulacije, socioekonomski status) (Deater-Deckard, Cahill, 2006; Foley et al., 2000; Masten, Gewirtz, 2006).

Načini pružanja usluga takođe se menjaju. Umesto da bude usmerena na određenu ometenost, rana intervencija se sve češće organizuje kao nekategorijalna ili kroskategorijalna usluga. Ovaj trend je donekle zaobišao oblast poremećaja autističkog spektra s obzirom na to da su pojedini oblici tretmana visokospecijalizovani i fokusirani na sržne deficite u autizmu.

Cilj ovog rada je prikaz modela rane intervencije kod dece s poremećajima autističkog spektra čija je uspešnost potvrđena rezultatima naučnih istraživanja.

PROGRAMI INTERVENCIJE

Prema DSM-V klasifikaciji Američke asocijacije psihijatara, čije se usvajanje očekuje u maju 2013. godine, sintagma *poremećaji autističkog spektra* zameniće još uvek korišćenu sintagmu *pervazivni poremećaji razvoja*. Zasebni klinički entiteti, poput autističkog poremećaja, Asper-

gerovog sindroma i nespecificovanog pervazivnog poremećaja razvoja (PDD-NOS) utapaju se u jedinstvenu nozološku kategoriju, unutar koje se može odrediti težina autizma. Poremećaje autističkog spektra karakterišu dve grupe simptoma (socijalno-komunikacioni deficiti i stereotipno ponašanje) koji, iako prisutni u ranom detinjstvu, ne moraju biti manifestovani sve dok socijalni zahtevi ne prevaziđu ograničene kapacitete deteta sa autizmom (Vivanti et al., 2013).

Iako se novim konceptom poremećaja autističkog spektra ukida mogućnost detekcije odelitih kliničkih entiteta, jasno je da autizam ne predstavlja jedinstven poremećaj, već čitav dijapazon kliničkih manifestacija sa verovatno različitim mehanizmima cerebralne disfunkcije. Rana intervencija može ublažiti negativne posledice autizma na dinamiku moždanog razvoja (Wood, Glaser & Eliez, 2013). U poslednje dve decenije publikovani su brojni istraživački radovi, nejednakog kvaliteta i metodološkog dizajna, koji su se bavili procenom efikasnosti određenih oblika tretmana. Uprkos brojnim ograničenjima izdvojeni su određeni tipovi intervencija koje se smatraju efikasnim kod većeg broja dece sa autizmom. Psihoanalitički tretmani, vrlo popularni sedamdesetih godina prošlog veka, danas su uglavnom napušteni. Njihovo mesto često su zauzimali (i danas zauzimaju) tzv. komplementarni tretmani, koji, iako medijski veoma atraktivni, ne spadaju u grupu tretmana zasnovanih na dokazima. Programi rane intervencije čija je efikasnost potvrđena naučnim istraživanjima uglavnom pripadaju kategoriji bihevioralnih tretmana, mada se u grupi intervencija zasnovanih na dokazima mogu naći i neki razvojno orijentisani pristupi, kao i neki eklektički programi.

Bihevioralni programi

Bihevioralni programi se uglavnom dovode u vezu sa kliničkom praksom Ivara Lovaasa i tehnikom podučavanja diskriminativnim nalozima (*discrete trial training*), a u praksi se navedeni postupci često poistovećuju sa primenjenom bihevioralnom analizom. Iako primenjena bihevioralna analiza baštini sržne komponente Lovaasovog metoda, ona se pre može posmatrati kao skup raznovrsnih principa i strategija na kojima se zasniva bihevioralno orijentisana intervencija, nego kao sam tretman. Osim toga, metod podučavanja diskriminativ-

nim nalozima predstavlja samo jednu od tehnika savremenih bihejvioralnih intervencija.

Radeći kao asistent na privatnoj psihijatrijskoj klinici u Vašingtonu, Lovaas je počeo da se bavi tretmanom dece sa autizmom. Njegovi pacijenti su imali izrazite poteškoće u komunikaciji; bili su skloni autostimulativnom ponašanju i samopovređivanju. Mladi psihijatar brzo je uvideo da mu psihoanalitički pristup, za koji je i sam bio zainteresovan, neće pomoći u radu sa ovom decom. Zato je, rukovodeći se Skinnerovim istraživanjima, razvio tehniku podučavanja, prvenstveno usmerenu na razvoj sposobnosti komunikacije i veština samoposluživanja, kao i na redukciju samopovređivanja. Početni efekti tretmana bili su kratkotrajni i skromni (Thompson, 2013). Inicijalni uzorak dece činili su ispitanici stari između sedam i devet godina sa kojima se radilo nekoliko sati nedeljno. Starost ispitanika i nizak intenzitet tretmana bili su, prema mišljenju Lovaasa, osnovni nedostaci primenjene intervencije.

Želeći da proveri svoje pretpostavke u naredne tri godine uključio je devetnaestoro dece sa autizmom, hronološkog uzrasta između dve i pet godina, u vrlo intenzivan program rane intervencije koji se sastojao od 40 časova tretmana nedeljno u kućnim uslovima. Istraživanjem su obuhvaćene i dve kontrolne grupe ispitanika. Prvu kontrolnu grupu su činila deca uključena u Lovaasov tretman niskog intenziteta (manje od 10 časova nedeljno), a drugu deca koja su uključivana u druge oblike tretmana. Rezultati Lovaasove studije pokazuju da su deca sa autizmom, uključena u program intenzivnog tretmana, u sedmoj godini imala značajno viši koeficijent inteligencije od druge dve grupe ispitanika. Zahvaljujući stečenim adaptivnim sposobnostima i akademskim veštinama, ova deca su bez većih problema završavala razrede redovne škole. U poređenju sa decom iz kontrolnih grupa, njihova postignuća bila su bolja i pet godina kasnije, kada su ispitanici imali, u proseku, dvanaest godina (Lovaas, 1987).

Rezultati Lovaasove studije primljeni su sa velikim nepoverenjem, s obzirom na činjenicu da niko nije mogao očekivati da će rana bihejvioralna intervencija imati tako značajne kliničke efekte. Mnoge istraživače je zbunjivalo i to što se Lovaasov pristup nije zasnivao ni na kakvoj posebnoj teoriji, već na praksi operantnog uslovljavanja.

Ne mogu se poreći izvesne prednosti Lovaasove studije u odnosu na sva prethodna ispitivanja efikasnosti rane intervencije: poredbene grupe su u prvoj fazi istraživanja bile ujednačene u odnosu na čak 19 različitih varijabli; korišćen je pristup zasnovan na istraživanjima; program intervencije je bio standardizovan i prezentovan u vidu priručnika; tretmani su snimani; istraživanje je osmišljeno kao dvostruko slepa studija, budući da stručnjaci koji su procenjivali efekte tretmana nisu znali kojoj grupi pripada dete koje procenjuju; efekti tretmana praćeni su godinama pošto je intervencija završena (McEachin et al., 1993).

Uprkos očevidnim prednostima Lovaasova studija i, šire posmatrano, njegov metod u celini, ne prestaju da izazivaju otpore i kontroverze. Pridruživanje dece sa autizmom određenoj grupi nije bilo slučajno, već zasnovano na proceni terapeuta o mogućnosti sprovođenja intenzivnog tretmana. Time je narušeno osnovno načelo eksperimentalnog istraživanja, pa bi se izabrani metodološki dizajn pre mogao opisati kao kvaziekperimentalni. Kriterijumi selekcije su bili nerealan visoki. Naime, tretmanom su obuhvaćena deca čiji je prosečni koeficijent inteligencije na inicijalnom testiranju bio 63. Drugim rečima, istraživanjem je obuhvaćena selekcionisana grupa dece sa autizmom, kod koje je moguće očekivati značajne efekte tretmana.

Lovaasov program je izazivao i brojne etičke dileme vezane, pre svega, za korišćenje averzivnih stimulusa, uključujući i elektro-šokove. Intenzivan program rane intervencije podrazumeva veliki broj angažovanih stručnjaka što povećava ukupnu cenu koštanja tretmana. Osim toga, Lovaas je tražio da jedan od roditelja napusti posao što je finansijski položaj ovih porodica dodatno otežavalo.

Finansijska ograničenja su navodila mnoge istraživače da ponove Lovaasovu studiju u izmenjenoj formi, obično sa manje učestalim intervencijama. U protekle dve decenije publikovana su istraživanja čiji autori nisu mogli da potvrde efekte Lovaasovog metoda (npr. Gresham & MacMillan 1998; Schopler et al. 1989), ali i ona u kojima su dobijeni vrlo slični rezultati (npr. McEachin et al. 1993; Remington et al. 2007; Sallows & Graupner, 2005). Brojni autori koji su ponovili originalno istraživanje sa manje intenzivnim intervencijama (između 18 i 25 časova nedeljno) i nešto slabije obučanim osobljem ukazali su na značajno povećanje neverbalnog koeficijenta inteligencije kod dece

uključene u program rane intervencije (prema Smith, Groen & Wynn, 2000). Napredak u drugim oblastima bio je značajno manji, nego u Lovaasovoj studiji (npr. Sheinkopf & Siegal, 1998).

Do sličnih rezultata dolaze i autori koji su sproveli randomiziranu studiju efekata rane intervencije kod dece s poremećajima autističkog spektra. Deca u ovoj studiji su razvrstana u parove sa identičnim koeficijentom inteligencije, a zatim je, pomoću tablice slučajnih brojeva, jedan član para svrstan u grupu dece uključene u rani bihejvioralni tretman, a drugi u grupu dece čiji se tretman zasniva na obuci roditelja. Za razliku od Lovaasovog originalnog istraživanja, program rane intervencije je obuhvatao nešto više od 24 časa nedeljnog tretmana; nisu korišćeni averzivni stimuli, niti je od roditelja traženo da napuste posao. Studija praćenja je pokazala da su deca uključena u rani intenzivni tretman po Lovaasovom programu imala značajno bolje razvijene intelektualne i vizuo-spacijalne sposobnosti, govor i akademske veštine, u odnosu na poredbenu grupu ispitanika. Ostvareni napredak je bio skromniji od onog u Lovaasovoj studiji. Dve grupe ispitanika se, ni posle višegodišnjeg tretmana, nisu značajno razlikovale u nivou adaptivnog funkcionisanja i stepenu ispoljenosti problematičnog ponašanja (Smith, Groen & Wynn, 2000).

Lovaasov metod podučavanja diskriminativnim nalozima i danas je predmet mnogih kritika. Često se može čuti da neprestano potkrepljivanje poželjnog ponašanja komadićima hrane ili drugim nagradama značajnim za dete liči na dresuru životinja.

U naše vreme sprovode se različiti programi bihejvioralno orijentisanog ranog tretmana koji se mogu označiti krovnim terminom rana intenzivna bihejvioralna intervencija (*early intensive behavioural intervention* – EIBI). Savremeni EIBI programi koriste, osim podučavanja diskriminativnim nalozima, i brojne druge bihejvioralne procedure, kao što su: diferencirano potkrepljivanje, incidentalno podučavanje, podsticanje, prekidanje bihejvioralnog niza i sl. Navedene procedure se koriste, kako za proširivanje bihejvioralnog repertoara, tako i za minimiziranje socijalno neprihvatljivih oblika ponašanja.

Osim mnoštva raznovrsnih bihejvioralnih strategija EIBI programi imaju i druge zajedničke elemente: programi intervencije su visokoindividualizovani i usmereni na različite oblasti funkcionisanja; tretman sprovodi terapeut koji je ovladao tehnikama primenjene bihejvioralne

analize i koji ima bogatu iskustvo u oblasti ranog tretmana dece sa autizmom; izbor kratkoročnih i dugoročnih ciljeva tretmana zasniva se na razvojnem sledu; roditelji imaju ulogu koterapeuta; tretman je u početku individualan, a kasnije se sprovodi i u manjim grupama; rana intervencija podrazumeva između 20 i 30 časova strukturiranog rada nedeljno u trajanju od najmanje dve godine, uz neformalno podučavanje koje se praktično obezbeđuje tokom čitavog dana. Najveći broj dece se uključuje u neki od EIBI programa na uzrastu između treće i četvrte godine života (Green, Brennan & Fein, 2002).

Na osnovu pregleda dostupne literature mnogi autori dolaze do zaključka da su EIBI programi efikasniji od eklektičkih pristupa ranom tretmanu autizma (Eikeseth, 2009; Rogers & Vismara, 2008). Ne dovodeći u sumnju efikasnost metoda primenjene bihevioralne analize, neki autori navode da je i dalje nejasno koja se tačno procedura može dovesti u vezu sa pozitivnim ishodom autizma (Lord & McGee, 2001). Iako su efekti EIBI programa veći od mnogih drugih, individualne varijacije u napretku izuzetno su velike (Howlin, Magiati & Charman, 2009). Navedeni autori posebno ističu da su EIBI programi intenzivniji od drugih, tako da je teško razlikovati uticaj intenziteta tretmana od pretpostavljenog uticaja primenjene bihevioralne tehnike.

Ni metaanaliza različitih studija efikasnosti tretmana nije pružila pouzdanije zaključke, pre svega zbog činjenice da su u nekim istraživanjima promene u koeficijentu inteligencije ispitivane samo neverbalnim testovima inteligencije, dok su se u drugim istraživanjima koristile celokupne baterije testova (Reichow & Wolery, 2009). Imajući u vidu navedena ograničenja Eldevik sa saradnicima (Eldevik et al., 2009) je metaanalizom obuhvatio samo studije u kojima su u toku procene efikasnosti tretmana korišćeni celokupni testovi inteligencije, kao i skale za procenu adaptivnog ponašanja. Analizirana su samo ona istraživanja u kojima su procenjivani efekti tretmana koji zadovoljavaju već navedene Grinove kriterijume za definisanje EIBI programa. Metaanaliza je bazirana na sirovim podacima koje su prikupili autori, a ne na prosečnim podacima prezentovanim u radovima. Dobijeni rezultati ukazuju na veću efikasnost EIBI programa u odnosu na druge tehnike rane intervencije, s tim što je veličina učinka značajnija za intelektualne, nego za adaptivne sposobnosti.

Razvojno orijentisani programi

Zajednička karakteristika razvojno orijentisanih pristupa jeste usmerenost intervencije na podsticanje komunikacije i socijalnih interakcija. Za razliku od bihevioralnih programa razvojno orijentisani programi su centrirani na inicijalno ponašanje deteta koje usmerava čitavu intervenciju. Od terapeuta se očekuje da prati detetovo ponašanje i da prikladnim postupcima podstiče i oblikuje određene obrasce reagovanja. Roditelji u ovim programima imaju značajnu ulogu koterapeuta. Efikasnost većine razvojno orijentisanih programa nikada nije ozbiljno evaluirana. Izuzetak, bar donekle, predstavlja najpoznatiji program ovog tipa – Grinspanov razvojni, individualni i na odnosima utemeljeni model, poznatiji pod nazivom *Floor time*.

Zagovornici ovog metoda ističu značaj razvoja simboličke funkcije, kao i implikacije simboličkih procesa na ostale oblasti razvoja (Wieder & Greenspan, 2003). Cilj *Floor time* pristupa je jačanje detetovih kapaciteta koji predstavljaju osnovu za razvoj sposobnosti višeg reda. *Floor time* tretman se realizuje kroz aktivnu igru sa detetom, u kojoj se sledi detetovo vođstvo. Praćenje detetovog vođstva ne podrazumeva nužno ispunjavanje detetovih želja. Naprotiv, aktivno učešće terapeuta u igri podrazumeva nadograđivanje prvobitne aktivnosti, čime se otvaraju mogućnosti za proširivanje interakcija (Greenspan et al., 1998; Wieder & Greenspan, 2003). Iskazano detetovo interesovanje u igri se koristi kao osnova za razvoj socio-emocionalne veze između deteta i odrasle osobe.

Primena *Floor time* tretmana usmerena je na četiri oblasti: razvoj zajedničke pažnje, podsticanje dvosmerne neverbalne i verbalne komunikacije, emocionalni razvoj i razvoj logičkog mišljenja (Greenspan et al., 1998). Od terapeuta se očekuje da stvori prijatnu, sigurnu i intimnu klimu za igru koja deluje stimulatивно na detetov senzo-motorni, socijalni i kognitivni razvoj (Wieder & Greenspan, 2003). U takvoj igri, koja se obično odvija na podu, odrasla osoba posmatra i imitira dete, dopunjava i nadograđuje detetovu aktivnost u cilju stvaranja recipročnih odnosa, razvijanja imaginacije, ispoljavanja zajedničke radosti i podsticanja detetove emocionalne ekspresije (Greenspan et al., 1998). Predviđeno trajanje jedne sesije usmerene i zajedničke igre iznosi između 20 i 30 minuta, s tim što se u toku jednog dana sprovodi između šest i deset sesija (Greenspan, Wieder, 1998, prema Dionne &

Martini, 2011). U realizaciju *Floor time* tretmana učešće mogu uzeti stručnjaci i roditelji koji su prethodno prošli obuku.

U nedavno objavljenom istraživanju indijskih autorki 26-oro dece sa autizmom, uzrasta između tri i šest godina, podeljeno je u dve grupe prema osnovnim pravilima za kreiranje randomizirane studije. Na taj način su formirane eksperimentalna grupa u kojoj je svako dete bilo uključeno u 20 sesija *Floor time* tretmana u trajanju od po 30 minuta, i kontrolna grupa, koju su činila deca sa autizmom uključena u standardne programe specijalne edukacije. Autorke navode da su, nakon završenog tretmana, deca iz eksperimentalne grupe ostvarila značajan napredak u različitim oblastima socijalnih interakcija u odnosu na kontrolnu grupu ispitanika (Lal & Chhabria, 2013). Iako su autorke ove studije uložile značajan napor da ispituju efikasnost vrlo poznatog i na dokazima još uvek neutemeljenog modela rane intervencije, jasno je da navedena studija ima brojna metodološka ograničenja. Istraživanjem je procenjivana samo uska oblast funkcionisanja, a za procenu su korišćeni upitnici kreirani za potrebe samog istraživanja. Osim uzrasta, pola i dijagnoze nisu nam poznati bilo kakvi dodatni podaci o ispitivanim subjektima. Nedostaju preciznije informacije o evaluatorima.

Na sasvim drugačijim metodološkim postavkama bazirano je istraživanje tajlandskih autora koji su procenjivali efikasnost *Floor time* tretmana kao dodatne interevencije koju su sproveli obučeni roditelji u trajanju od godinu dana. Učinjen je pokušaj da se, serijom testova i analizom video-snimaka, procene karakteristike dece uključene u tretman pre i posle intervencije. Procenu ponašanja dece analizom video snimaka vršili su procenjivači koji nisu bili upoznati sa osnovnim ciljem istraživanja. Autori ovog istraživanja beleže značajan napredak u procenjivanim oblastima funkcionisanja kod 47% ispitanika i poboljšanje kliničke slike autizma, izraženo smanjenjem brojem poena na skali za procenu težine autističnog poremećaja (Pajareya & Nopmaneejumruslers, 2013). U navedenom istraživanju ispitanici su bili uključivani i u druge raznovrsne tretmane, niskog intenziteta, što delimično otežava mogućnost ekstrapolacije dobijenih podataka.

U istraživačkom smislu nije možda ni sasvim pravično porediti bihejvioralne i razvojne pristupe budući da je reč o dve različite filozofije tretmana. Kako ističe Ester Hes, bihejvioralni pristupi zanemaruju radost deljenja zajedničke pažnje i umesto toga se fokusiraju na

uspešno rešavanje zadataka. Osim toga, za razliku od bihevioralnih pristupa, razvojni pristupi mere promene u specifičnim ciljanima ponašanjima ili sržnim deficitima u autizmu (Hess, 2013).

Eklektički pristupi

Eklektički ili hibridni pristupi u ranoj intervenciji autizma objedinjuju različite tehnike i procedure u cilju podsticanja pozitivnih razvojnih ishoda. Neki ih autori radije sagledavaju kao sveobuhvatne tretmane. Sveobuhvatni modeli tretmana su konceptualno organizovane i multikomponentne prakse koje su integrisane u različitim razvojnim domenima, tokom dužeg perioda, uključivanjem različitih fokusiranih pristupa (Boyd, et al, 2010). U svakodnevnoj praksi eklektički pristupi su najzastupljeniji, čak i kod kliničara sa obukom iz bihevioralne analize (Schreck & Mazur, 2008).

U literaturi se pominje nekoliko desetina eklektičkih modela tretmana. Među onima koji se mogu koristiti u programima rane intervencije i koji su, bar u izvesnoj meri zasnovani na dokazima, izdvojamo *Early Start Denver Model*. Neretko se može čuti da *Denver model* pripada grupi razvojno orijentisanih pristupa, ali ćemo ga u ovom radu svrstati u grupu sveobuhvatnih modela budući da je istovremeno zasnovan na postavkama Pijažeeve teorije razvoja, kao i na postulatima primenjene bihevioralne analize. U okviru *Denver tretmana* akcenat se stavlja na razvoj igre, simboličke funkcije, socijalnih interakcija, pragmatske kompetencije, ali i na organizovanje jasne strukture i rutine (Rogers & Lewis, 1989, prema Gresham, Beebe-Frankenberger & MacMillan, 1999). *Denver model* je usmeren, kako na podsticanje socijalnih interakcija, tako i na razvoj kognitivnih sposobnosti.

Prema Rodžersu i saradnicima (Rogers et al., 2006) u okviru ovog modela razlikujemo nekoliko ključnih oblasti:

- organizovanje strukturirane igre usmerene na razvoj socijalnih veština
- podsticanje i razvoj imitativnih sposobnosti kod deteta
- razvoj receptivnog govora kod neverbalne dece
- aktivnosti klasifikovanja i sortiranja (predmeta i slika)
- podsticanje verbalne ekspresije kod deteta.

Kao i u ostalim programima rane intervencije tako je i u implementaciji *Denver* tretmana uloga roditelja od izuzetnog značaja, tako da program rane intervencije po pravilu podrazumeva obuku roditelja za sprovođenje tretmana i njihovu superviziju.

Rezultati istraživanja pokazuju da sprovođenje *Denver tretmana* tokom 20h nedeljno, od čega 15h stručnog, terapijskog rada i pet časova pod roditeljskim vođstvom, u trajanju od dve godine, doprinosi poboljšanju celokupnog detetovog funkcionisanja (Dawson et al., 2010). Navedeno istraživanje predstavlja prvu randomiziranu studiju ovog tipa kojom su obuhvaćena deca mlađa od 30 meseci. U poređenju sa kontrolnom grupom ispitanika deca uključena u *Denver* program ostvarila su značajan napredak u intelektualnom i adaptivnom funkcionisanju. Kod mnoge dece simptomi autizma su ublaženi u toj meri da je prvobitna dijagnoza autističnog poremećaja promenjena u dijagnozu nespecificovanog pervazivnog poremećaja razvoja. Dve grupe ispitanika se, ni posle sprovedenog tretmana nisu bitnije razlikovale u pogledu učestalosti repetitivnog ponašanja.

ZAKLJUČAK

Jedno od osnovnih pitanja sa kojima se roditelji, ali i mnogi stručnjaci suočavaju, jeste izbor adekvatnog modela rane intervencije za dete sa autizmom. Gotovo je pravilo da su medijski najatraktivniji tzv. komplementarni tretmani čija efikasnost nije zasnovana na dokazima. U praksi se povremeno sprovode čak i neki oblici tretmana za koje se danas sasvim pouzdano zna da ne mogu dovesti do poboljšanja kliničke slike, a u nekim slučajevima nanose nepopravljivu štetu detetu sa autizmom.

U ovom trenutku najbolje su proučene različite bihevioralne intervencije koje se, uz razumnu opreznost, mogu prihvatiti kao moguća opcija tretmana za decu sa autizmom. Brojni razvojni pristupi još uvek nemaju punu naučnu potvrdu. Istraživanja sprovedena u protekloj deceniji ukazuju na potencijalnu efikasnost nekih eklektičkih pristupa čija se delotvornost mora dodatno potvrditi u godinama koje slede.

LITERATURA

1. Foley, D., Goldfeld, S., McLoughlin, J., Nagorcka, J., Oberklaid, F., & Wake, M. (2000). *A review of the early childhood literature*. Department of Family and Community Services.
2. Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., Donaldson, A., & Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125 (1), 17–23.
3. Deater-Deckard, K., & Cahill, K. (2006). Nature and Nurture in Early Childhood, in: M., McCartney, D., Phillips (Eds.), *Blackwell Handbook of Early Childhood Development* (pp. 3–21). Oxford: Blackwell Publishing.
4. Dionne, M., & Martini, R. (2011). Floor Time play with a child with autism: A single-subject study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78 (3), 196–203.
5. Eikeseth, S. (2009). Outcome of comprehensive psycho-educational interventions for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 30 (1), 158–178.
6. Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2009). Meta-analysis of early intensive behavioral intervention for children with autism, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38 (3), 439–450.
7. Green, G., Brennan, L. C., & Fein, D. (2002). Intensive behavioural treatment for a toddler at high risk for autism. *Behavior Modification*, 26 (1), 69–102.
8. Greenspan, S. I., Wieder, S., & Simons, R. (1998). *The child with special needs: Encouraging intellectual and emotial growth*. Reading, MA: Persuas Publishing.
9. Gresham, F. M., Beebe-Frankenberger, M. E., & MacMillan, D. L. (1999). A selective review of treatments for children with autism. Description and methodological considerations. *School Psychology Review*, 28 (4), 559–575.

10. Gresham, F. M., & MacMillan, D. L. (1998). Early intervention project: can its claims be substantiated and its effects replicated? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28 (1), 5–13.
11. Hess, E. B. (2013). DIR®/Floortime™: Evidence based practice towards the treatment of autism and sensory processing disorder in children and adolescents. *International Journal of Child Health and Human Development*, 6, 00–00.
12. Howlin, P., Magiati, I., & Charman, T. (2009). A systematic review of early intensive behavioural interventions (EIBI) for children with autism. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114 (1), 23-41.
13. Lal, R., & Chhabria, R. (2013). Early intervention of autism: A case for Floor time approach. *Recent Advances in Autism Spectrum Disorders*, 1 (1), 689–715.
14. Landesman Ramey, S., Ramey, C. T., & Lanzi, R. G. (2007). Early Intervention - Background, Research Findings, and Future Directions, in: J. W., Jacobson, J. A., Mulick, J. Rojahn (Eds.), *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 445–463). New York: Springer.
15. Lord, C., & McGee, J. P. (2001). *Educating young children with autism*. Committee on Educational Interventions for Children with Autism. Division of Behavioral, Social Sciences and Education, National Research Council. National Academies Press, Inc., Washington DC.
16. Løvaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (1), 3–9.
17. Masten, A., & Gewirtz, A. H. (2006). Vulnerability and Resilience in Early Child Development, in: M., McCartney, D., Phillips (Eds.), *Blackwell Handbook of Early Childhood Development* (pp. 22–43). Oxford: Blackwell Publishing.
18. McCollum, J. A. (2002). Influencing the Development of Young Children with Disabilities: Current Themes in Early Intervention. *Child and Adolescent Mental Health*, 7 (1), 4–9.
19. McEachin, J. J., Smith, T., & Løvaas, O. I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive

- behavioural treatment. *American Journal on Mental Retardation*, 97 (4), 359–372.
20. Pajareya, K., & Nopmaneejumruslers, K. (2013). A one-year prospective follow-up study of a DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95 (9), 1184–1193.
21. Reichow, B., & Wolery, M. (2009). Comprehensive synthesis of early intensive behavioral interventions for young children with autism based on the UCLA Young Autism Project model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39 (1), 23–41.
22. Remington, B., Hastings, R., Kovshoff, H., degli Espinosa, F., Jahr, E., Brown, T., Alsford, P., Lemaic, M., & Ward, N. (2007). Early intensive behavioural intervention: outcomes for children with autism and their parents after two years. *American Journal on Mental Retardation*, 112 (6), 418–438.
23. Rogers, S., Hayden, H., Hepburn, S., Charlifue-Smith, R., Hall, T., & Hayes, A. (2006). Teaching young nonverbal children with autism useful speech: A pilot study of the Denver model and prompt interventions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36 (8), 1007–1024.
24. Rogers, S. J., & Vismara, L. A. (2008). Evidence-based comprehensive treatments for early autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (1), 8–38.
25. Sallows, G. O., & Graupner, T. D. (2005). Intensive behavioural treatment of children with autism: Four-year outcomes and predictors. *Journal of Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 110 (6), 417–438.
26. Schopler, E., Short, A., & Mesibov, G. (1989). Relation of behavioural treatment to “normal functioning”: comment on Løvaas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (1), 162–164.
27. Schreck, K. A., & Mazur, A. (2008). Behavior analyst use of and beliefs in treatments for people with autism. *Behavioral Interventions*, 23 (3), 201–212.

28. Sheinkopf, S. J., & Siegel, B. (1998). Home based behavioural treatment of young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28 (1), 15–23.
29. Smith, T., Groen, A. D., & Wynn, J. W. (2000). Randomized trial of intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *American Journal on Mental Retardation*, 105 (4), 269–285.
30. Thompson, T. (2013). Autism research and services for young children: History, progress and challenges. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26 (2), 81–107.
31. Vivanti, G., Hudry, K., Trembath, D., Barbaro, J., Richdale, A., & Dissanayake, C. (2013). Towards the DMS-5 criteria for autism: Clinical, cultural, and research implications. *Australian Psychologist*, 48, 1–4.
32. Wieder, S., & Greenspan, S. I. (2003). Climbing the symbolic ladder in the DIR Model through Floor Time/interactive play. *Autism*, 7 (4), 425–435.
33. Wood, H., Glaser, B., & Eliez, S. (2013). L'autisme – les nouveaux programmes thérapeutiques. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 164 (1), 13–19.

EARLY INTERVENTION IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Nenad Glumbić, Branislav Brojčin, Mirjana Đorđević
University of Belgrade – Faculty of special education and rehabilitation

Summary

Autistic symptoms are usually present in early childhood, although, in some cases they may not be fully manifested until much later. Recognition of the early signs of autism is a necessary prerequisite for early intervention programs, which should promote positive outcomes for children with autism spectrum disorders. The purpose of this article is to present evidence-based programs and intervention strategies. According to the research results the most promising intervention models are behavioural programs, applied as focused intervention practices or included in comprehensive treatment models. Developmental interventions, although promising, do not have empirical support yet.

Key words: behavioral programs, autism, developmental approaches

Primljeno:13.03.2013.

Prihvaćeno:12.04.2013.