

DIR/Floortime pristup u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma

Maradin, Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:424795>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-27**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA**

Ivana Maradin

**DIR/FLOORTIME PRISTUP U RADU S DJECOM S
POREMEĆAJEM IZ SPEKTRA AUTIZMA**

ZAVRŠNI RAD

Zagreb, 2020.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA**

Ivana Maradin

**DIR/FLOORTIME PRISTUP U RADU S DJECOM S
POREMEĆAJEM IZ SPEKTRA AUTIZMA**

ZAVRŠNI RAD

Mentorica: Doc. dr. sc. Ana Tokić Milaković

Zagreb, 2020.

Sadržaj

| | |
|--|----|
| 1. Uvod | 1 |
| 2. Poremećaji iz spektra autizma | 1 |
| 2.1. Povijest poremećaja iz spektra autizma | 1 |
| 2.1. Uzroci | 2 |
| 2.3. Dijagnoza | 5 |
| 3. DIR/Floortime model | 5 |
| 3.1. Povijest nastanka modela | 6 |
| 3.2. Miljokazi | 7 |
| 3.3. Floortime pristup | 9 |
| 4. Evaluacija DIR/Floortime modela u praksi | 12 |
| 4.1. Nedostaci i ograničenja u primjeni modela | 18 |
| 5. Zaključak | 20 |
| 6. Popis slika | 21 |
| 7. Literatura | 22 |

DIR/Floortime pristup u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma

Sažetak: Cilj ovog rada bio je iznijeti osnovne teorijske postavke na kojima se temelji DIR/Floortime pristup u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma (Greenspan 1979; prema Mercer, 2015) i potkrijepiti teoriju dosadašnjim nalazima istraživanja. To je razvojni, individualno diferencijalni, na odnosima utemeljen model koji se fokusira na unaprjeđenje djetetova cjelokupnog razvojnog funkcioniranja. Da bi se to postiglo, kreira se sveobuhvatni program procjene i prevencije koji se temelji na djetetovom i obiteljskom jedinstvenom profilu razvoja. Floortime je jezgra razvojnog pristupa terapiji, a za cilj ima savladavanje razvojnih kapaciteta koji se nazivaju miljokazima. To su samoregulacija i zanimanje za okolinu, intimnost i uključenost u odnose dvosmjerna komunikacija, složena komunikacija, emocionalne ideje i emocionalno razmišljanje i upućuju na zdrav razvoj djeteta (Greenspan i sur. 2004). Miljokazima se ovladava na način da se dijete i roditelj ili terapeut spuštaju na pod i u periodu između 20 i 30 minuta kroz igru rade na savladavanju istih. Dosadašnja istraživanja doprinijela su razumijevanju pristupa i ukazala na pozitivne razvojne ishode u funkcioniranju djece s poremećajem iz spektra autizma kao i prednosti uključivanja roditelja u rad s djecom (Solomona i sur. 2007, Pajareya i Nopmaneejumuruslers 2011, Lal i Chabrie, 2013, Casenheiser i sur. 2013). Međutim, ovo područje i dalje je nedovoljno istraženo i postoji potreba za daljnjim istraživanjima uz objektivnije metode operacionalizacije ishoda te s većim uzorcima sudionika pogodnijima za generalizaciju.

Ključne riječi: DIR/Floortime pristup, poremećaj iz spektra autizma

DIR/Floortime approach in working with children with autism spectrum disorder

Summary: The main purpose of this study was to present the basic theoretical findings for DIR /Floortime approach in working with children with autism spectrum disorder (Greenspan 1979; according to Mercer, 2015) and to support the theory with the review of previous research findings. It is a developmental, individual-

difference, relationship-based model that focuses on improving the child's overall developmental functioning. To achieve this, a comprehensive assessment and prevention program is created based on the child's and family's unique developmental profile. Floortime is central to the DIR/Floortime model and its main focus is to master developmental capacities called milestones. The milestones are: self-regulation and interest in the environment, intimacy and engagement in relationships, two-way communication, complex communication, emotional ideas and emotional thinking. All together they indicate healthy development of the child (Greenspan et al., 2004). In order to accomplish that, the child and parent or therapist engage in one to one session in the period between 20-30 minutes and while playing, they work towards achieving the milestones. Previous research has contributed to the understanding of the approach and indicated positive developmental outcomes in the functioning of children with autism spectrum disorder as well as the benefits of parental involvement (Solomon et al. 2007, Pajareya and Nopmaneejumruslers 2011, Lal and Chabrie, 2013, Casenheiser et al. 2013). However, this field is still quite under-researched and future studies with better – operationalized outcomes are needed, with larger sample sizes that allow generalization.

Key words: DIR/Floortime approach, autism spectrum disorder

Izjava o autorstvu rada

Ovime potvrđujem da sam osobno napisao/la rad:

i da sam njegov autor/ica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima (bilo da su u pitanju mrežni izvori, udžbenici, knjige, znanstveni, stručni ili popularni članci) u radu su jasno označeni kao takvi te adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: _____

Datum: _____

1. Uvod

Poremećaj iz spektra autizma je sveobuhvatni razvojni poremećaj koji počinje u djetinjstvu, većinom u prve 3 godine života, zahvaća gotovo sve psihičke funkcije i traje cijeli život (Bujas-Petković, 1995). Može se javiti i u dobi između 4. i 5. godine kada se govori o sekundarnom autizmu (Bujas Petković i sur., 2010). Pojavljuje se 4-5 puta češće kod dječaka nego kod djevojčica (Bujas Petković i sur., 2010). Kanner (1943; prema Bujas Petković, 2000) je autizam smatrao rijetkom pojavom uz učestalost 4-10 djece na 10 000 poroda. Prema međunarodnoj udruzi Autism Europe (2020; prema Savez udruga za autizam Hrvatske, 2020), procjenjuje se da diljem Europe ima oko 5 milijuna osoba u autističnom spektru, a poremećaj zahvaća 1 na 100 djece. U Hrvatskoj je registrirano 1096 osoba s autizmom iako se prema novim pokazateljima i omjerima ta brojka kreće oko 22,000 (Savez udruga za autizam Hrvatske, 2020). U prvom dijelu rada prikazan je povijesni pregled autizma te su ukratko opisana obilježja samog razvojnog poremećaja. Prikazana je etiologija poremećaja te prepoznatljivi simptomi koji služe kao podloga za dijagnostiku. Zatim su prikazane temeljne postavke DIR/Floortime modela rada s djecom s poremećajima iz spektra autizma. DIR/Floortime model spada u skupinu razvojnih pristupa u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma čija je svrha poticanje razvoja sposobnosti u kojima su najveća odstupanja kod djece s poremećajem iz spektra autizma (Bujas Petković i sur, 2010). Nadovezujući se na prethodni dio, u radu su prikazani rezultati istraživanja i primjene prakse DIR/Floortime modela, prednosti dobivene korištenjem ove metode, ali i njegova ograničenja.

2. Poremećaji iz spektra autizma

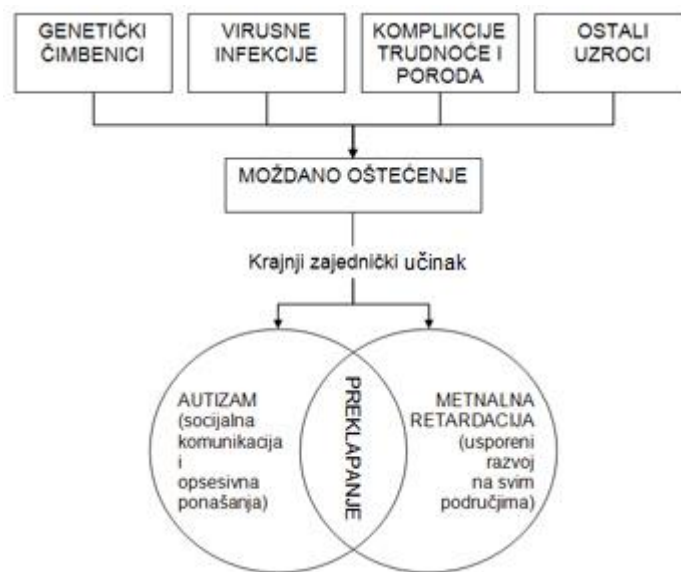
2.1. Povijest poremećaja iz spektra autizma

Prvi zabilježeni slučaj poremećaja iz spektra autizma u znanstvenoj literaturi opisao je liječnik Jean Gaspard Itard (1801; prema Bujas Petković i sur, 2010). Radilo se o dvanaestogodišnjem dječaku Victoru iz Aveyorna koji je pronađen u šumi u južnoj Francuskoj i doveden u civilizaciju. Pretpostavlja se da su dječaka roditelji odbacili

te da je imao poremećaj od rođenja (Bujas-Petković i sur, 2010). Iako je doktor Itard smatrao da bi korektnom stimulacijom okoline dječak mogao uspostaviti skladno funkcioniranje i razviti govor, dječak Viktor nikada nije progovorio (Bujas-Petković i sur, 2010). Pojam autizam prvi je upotrijebio švicarski psihijatar Eugen Bleuler (1911), a pod tim pojmom opisao je ponašanje shizofrenih bolesnika koji se misaono povlače u vlastiti svijet, postupno smanjuju socijalne interakcije s ljudima u okruženju i prepuštaju se fantastičnim mislima i zatvaraju od svijeta (Remschmidt, 2008). Nešto kasnije, američki psihijatar Kanner (1943) opisao je jedanaestero djece koja su izgledala tjelesno zdravo, ali su pokazivala specifične simptome kao što su smetnje u komunikaciji i poremećaj govora (Bujas Petković i sur., 2010). Tom je poremećaju dao ime infantilni autizam zbog simptoma i dobi u kojoj se javlja: *autizam*, jer je dominantan simptom poremećaj komunikacije (riječ autizam potječe od grčke riječi *authos* što znači "sam"), a *infantilni*, jer se pojavljuje u ranom djetinjstvu (Bujas Petković, 1995). Gotovo u isto vrijeme, Hans Asperger (1944), njemački psihijatar, ne znajući za Kanneru opisao je sindrom kojeg je nazvao autistična psihopatija koji je s obzirom na simptome veoma sličan infantilnom autizmu (Bujas Petković i sur.,2010). Sve do 1905., dječje psihoze, a i autistični poremećaji miješali su se sa stanjima intelektualnog oštećenja (mentalne retardacije) te su se ta djeca smještala u ustanove za osobe s intelektualnim teškoćama (Bujas Petković i sur., 2010). U današnje vrijeme odbačen je iz uporabe termin autizam te se za skupinu poremećaja sličnih autizmu upotrebljava naziv *pervazivni razvojni poremećaji* (DSM-V, 2015) i *poremećaji iz autističnog spektra* (Bujas-Petković i sur., 2010). Termin *poremećaja iz austističnog spektra* prva je upotrijebila engleska psihijatrica Lorna Wing (1988; prema Bujas Petković i sur. 2010). Za postavljanje dijagnoze koriste se Dijagnostički statistički priručnik V (DSM –V, 2015) i Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10, 2012), a klinička slika opisuje se u 3 bitne skupine simptoma (poremećaj komunikacije, socijalne interakcije i stereotipije), osim toga, za dijagonozu je bitna rana pojava tih simptoma (Bujas Petković i sur. 2010)

2.1. Uzroci

Etiologija poremećaja iz spektra autizma još uvijek nije potpuno razjašnjena, međutim vjeruje se da autizam uzrokuje mnogo faktora koji se najčešće isprepliću (Nikolić, 2000). Radi o kombinaciji genetskih, prirođenih, okolinskih, biokemijskih, imunoloških i psihogenih faktora (Bujas-Petković i Frey Škrinjar, 2010). Nikolić (2000) navodi kako brojna istraživanja potvrđuju da oko 28% djece s poremećajem iz autističnog spektra ima epileptične napade, koji se obično prvi puta javljaju u pubertetu, što ide u prilog organskim teorijama koje govore da se kod autizma radi o funkcionalnom i organskom oštećenju mozga. Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010) opisuju Baron-Cohenov i Boltonov model (1993) krajnjeg zajedničkog učinka prema kojem moždano oštećenje mogu uzrokovati genetski uzroci, virusne infekcije rane dobi, komplikacije trudnoće i porođaja te drugi čimbenici. Rezultat krajnjeg zajedničkog učinka svih ili nekih čimbenika, jest autizam ili intelektualno oštećenje koji se u nekim dijelovima preklapaju.



Slika: 1.1 Prikaz zajedničkog djelovanja mogućih različitih uzroka na nastanak autističnog poremećaja (prema Bujas Petković i Frey Škrinjar., 2010)

Genetska uloga u etiologiji autističnog poremećaja nije zanemariva. Prema nekim istraživanjima dokazalo se da se autizam češće javlja u nekim obiteljima te je vjerojatnost pojavljivanja autizma u obitelji koja već ima autistično dijete 2,7%. Postoji podatak da je poremećaj iz spektra autizma podudaran za jednojajčane blizance između 30 i 80% (Nikolić, 2000).

3.2. Simptomi

„Osnovni simptomi bolesti su nedostatak emocionalnih odgovora prema ljudima i stvarima, nedostatak verbalne i neverbalne komunikacije, osobito poremećaj u razvoju govora, bizarnosti u ponašanju i stereotipije“ (Bujas Petković i sur., 2010). Beck-Dvoržak (prema Bujas Petković i sur., 2010) začetnica dječje psihijatrije u Hrvatskoj, utvrđuje kako se već u prvoj godini života mogu pojaviti neki simptomi od kojih su najzastupljeniji poremećaj spavanja i hranjenja (Bujas Petković i sur., 2010). U toj dobi mogu se javiti i smetnje sisanja, izostanak privijanja djeteta uz majku, nezainteresiranost za igračke, preosjetljivost na zvukove. Govor je često u zakašnjenju ili se uopće ne razvija (Bujas Petković i sur., 2010). Kod djece s poremećajem iz spektra autizma pojavljuje se poremećaj socijalne interakcije što znači da su vrlo rezervirana i indiferentna prema drugim osobama (Bujas Petković i sur., 2010). Ne ostvaruju normalnu dječju povezanost s roditeljima, a posebice s majkom. Ne smiju se, ne gledaju u oči te ne razumiju geste anticipacije (npr. kada roditelj pruži ruku da se dijete podigne) (Remschmidt, 2009). Ne mogu prepoznati emocije drugih ljudi kao ni znakove koji govore o kojoj se emociji radi te ne odgovaraju na emocionalne znakove drugih ljudi. Nemaju razvijenu empatiju i nemaju potrebu sklapati prijateljstva (Bujas Petković i sur., 2010). Govorne teškoće su jedan od najtipičnijih pokazatelja autističnog poremećaja. Kod mnoge djece nije razvijen ekspresivni govor¹(Bujas Petković i sur., 2010). Djeca koja nauče govoriti koriste govor na mehanički način, sklona su tvorbi novih riječi koja za njih imaju posebno značenje (Remschmidt, 2009). Također, imaju ograničene interese te su grčevito povezana s poznatim situacijama i okolinom jer promjena dovodi do osjećaja straha i panike (Remschmidt, 2009). Čine ponavljajuće i stereotipne pokrete te se nerijetko vezuju uz neke objekte ili dijelove objekata (Bujas Petković i sur., 2010). Za razliku od druge djece, njihova je igra stereotipna (vrti kotačić na autiću, promatra svoje prstiće, gleda se u ogledalo) te dijete ne razvija simboličku igru i gotovo se uvijek igra samo (Rade, 2015). Imaju teškoća događaje oko sebe shvatiti na uzročno-posljedični način (Bujas Petković i sur. 2010).

¹Sposobnost jezičnog izražavanja, proizvodnja jezika, jezično kodiranje poruka što uključuje oblikovanje riječi i njihovo kombiniranje u jednostavne dvočlane izraze.

2.3. Dijagnoza

Dijagnozu postavljaju psihijatar, psiholog i defektolog, svaki sa svog stajališta, uzimajući u obzir međusobna mišljenja (Nikolić, 2000). Dijagnoza se postavlja na temelju anamneze i promatranja djeteta u različitim situacijama. Pritom se u obzir uzimaju oba klasifikacijska sustava psihičkih poremećaja koji se primjenjuju u svijetu: MKB – međunarodna klasifikacija bolesti (2012) i DSM-V - Dijagnostički statistički priručnik (2015). Dodatna pomoć kod postavljanja dijagnoze mogu biti standardizirani intervjui s roditeljima ili drugim osobama važnim za dijete i skale procjene koje omogućuju točnije zahvaćanje pojedinih osobitosti u ponašanju (Remschmidt, 2009).

3. DIR/Floortime model

DIR/Floortime model je razvojni, individualno diferencijalni, na odnosima utemeljen model koji omogućuje liječnicima, roditeljima i odgajateljima kreirati sveobuhvatan program procjene i intervencije temeljen na djetetovom i obiteljskom jedinstvenom profilu razvoja (Greenspan i sur., 2004). Model se fokusira na unaprjeđenje cjelokupnog djetetovog razvojnog funkcioniranja (Mok i Chung, 2014). Omogućuje pojedincu koji radi s djetetom ući u njegov svijet, dovesti dijete u zajednički svijet i odatle komunicirati s djetetom na načine koji grade temelje za društveni, emocionalni i intelektualni razvoj (Greenspan i sur., 2004).

Model se sastoji od tri komponente, a prva je *Djetetova funkcionalno-emocionalna razvojna razina (D-developmental)* koju je važno ustvrditi kako bi se kreirao što adekvatniji individualni plan rada (Mercer, 2015). Konačni cilj je razvoj emocionalnih, socijalnih i intelektualnih kapaciteta djeteta koji su važni za spontane i empatične odnose i za svladavanje daljnjih vještina tijekom obrazovanja (Greenspan i sur, 2004). Djetetu se pomaže da izgradi odnose i komunikaciju s bližnjima, da doživi svijet oko sebe i pri tome ostane zainteresirano i smireno (Greenspan i Wieder, 2004). Druga komponenta je *Individualne razlike u procesima obrade – I (Individual differences)*, a naglašava jedinstvene biološki uvjetovane i utemeljene

načine na koje svako dijete prima, regulira i odgovara na podražaje kao što su zvukovi, dodir, aktivnosti, ideje i sve što ga okružuje. Fokusira se na jedinstvene potrebe svakog djeteta (Mercer, 2015). Neka djeca primjerice, vrlo intenzivno reagiraju na dodir i zvuk dok kod druge djece reakcija izostaje (Greenspan i sur., 2004). Treću komponentu čine *Odnosi i interakcije - R (Relationship-based)* sa skrbnicima, roditeljima, članovima obitelji i drugima važni za djetetov rast i razvoj (Greenspan i sur. 2004).

3.1. Povijest nastanka modela

DIR/Floortime model rada ustanovio je američki dječji psihijatar Stanely Greenspan zajedno s Georgiom De Gangi, okupacijskom terapeutkinjom i Serenom Wieder, kliničkom psihijatricom i još brojnim kolegama (Mercer, 2015). Prve teorijske postavke modela objavio je Greenspan (1975; prema Mok i Chung, 2014), a prva studija koja je potkrijepila dokaze za DIR/Flortime model objavljena je 1997 (Greenspan i Wieder, 1997). Istraživanje je provedeno na 200 djece kojima je bio dijagnosticiran neki oblik poremećaja iz spektra autizma, a tijekom perioda od 8 godina njihovog života Greenspan i Wieder (1997) pratili su njihov rast i razvoj. Svih 200 djece bila su uključena u sveobuhvatan program procjene i intervencije temeljen na postavkama DIR/Floortime modela tijekom perioda od barem dvije godine. Raspon godina djece varirao je od 22 mjeseca do 4 godine (Greenspan i Wieder, 1997). Cilj rada bio je utvrditi obrasce u manifestiranju i pojavljivanju simptoma, ustanoviti osnovne poteškoće u obradi i reakcije djece na intervenciju kako bi se stvorile hipoteze za buduće studije. Na temelju ovog istraživanja, Greenspan i Wieder (1997) došli su do hipoteze prema kojoj kod djece s poremećajem iz spektra autizma različiti temeljni obrasci obrade uključuju i poteškoće pri povezivanju uzroka i posljedica te na temelju ovog nalaza sugeriraju da su problemi razumijevanja drugih i problem s intimnošću tek sekundarno obilježje pozadinskih problema. Sugeriraju da poteškoće u uključivanju u složenu, svrhovitu, komunikaciju gestama mogu biti rani pokazatelj te da značajan broj djece može relativno bolje funkcionirati u prvoj godini života s regresijom u drugoj i trećoj kada

su potrebne složenije vještine za socijalnu interakciju što je suprotno tradicionalnim vjerovanjima. Pregled rezultata ukazao je na to da su brojna djeca s dijagnozom iz spektra autizma s odgovarajućim programom intervencije sposobna empatizirati, razmišljati kreativno i imati zdrave odnose s vršnjacima. Greenspan i Wieder (1997) opisuju da je nakon dvije godine intervencije 58% djece u tretmanu pokazalo poboljšanje i da više ne udovoljavaju kriteriju poremećaja iz spektra autizma što je dovelo do zaključka je upravo ovakav pristup, koji se fokusira na individualne razlike, djetetovu funkcionalnu i emocionalnu razinu i interakciju s obitelji i stručnjacima izuzetno obećavajuć.

3.2. Miljokazi

DIR/Floortime model navodi šest razvojnih etapa tzv. miljokaza (*eng. milestone*) ključnih za adaptivno funkcioniranje i razvoj djeteta te su ujedno i temelj razvojnog pristupa u terapiji. Te etape su: samoregulacija i zanimanje za okolinu, intimnost i uključenost u odnose dvosmjerna komunikacija, složena komunikacija, emocionalne ideje i emocionalno razmišljanje (Greenspan i sur., 2004). Savladavanje tih šest etapa karakterizira djetetov zdrav razvoj te djeca koja nemaju teškoće u razvoju ovladavaju tim vještinama relativno lako (Greenspan i sur., 2004). S druge strane manjkavo ili djelomično savladavanje etapa upućuju na kašnjenje u razvoju djeteta ili simptome poremećaja u razvoju (Mok i Chung, 2014).

U najranijoj dobi dijete pokušava obraditi ono što vidi, čuje i osjeća. Instinktivno reagira i okreće se prema nas mijanom licu ili ugodnom glasu (Greenspan i sur., 2004). Etapa *Samoregulacije i zanimanja za okolinu* fokusira se na iskorištavanje svih osjetila i motoričkih sposobnosti kako bi dijete naučilo uživati te shvaćati i koristiti ugodne osjećaje da se smiri i odgovarajuće reagira na svijet oko sebe (Wieder, 2003). Dijete se već u najranijim iskustvima povezuje sa svojim roditeljima. Ono prepoznaje njihova lica i glasove, prepoznaje ih kao nekog tko ih raduje i njeguje te za njima posežu i u njih imaju povjerenja (Greenspan i sur., 2004).

Faza *intimnosti i uključenosti u odnose* iziskuje poticanje djeteta da se sa zadovoljstvom uključuje u odnose s bližnjima kako bi se potaknulo razvijanje intime

i produbili odnosi (Wieder, 2003). Sposobnost intimnosti omogućuje djetetu da postane dobro prilagođena osoba sposobna stvarati odnose pune topline i povjerenja (Greenspan i sur., 2004). Kada razvije prisan i intiman odnos s roditeljima, dijete shvaća da može na njih utjecati. Kada se smiješi, mama uzvratiti smiješak, ako pruži ručice prema majci, majka će pružiti svoju ruku prema djetetovoj. Iz tog iskustva dijete uči da roditelji mogu razumjeti i reagirati na njegove pokušaje komunikacije i osjećaje te na taj način beba i roditelji vode dijalog. Wieder i Greenspan (2004) o tim dijalozima govore kao o otvaranju i zatvaranju ciklusa komunikacije.

Faza *dvosmjerne komunikacije* uključuje praćenje djetetova vodstva istovremeno ga potičući da komunicira kroz razmjenu gesti ili emocionalnih signala vezanih uz njegove interese, potrebe ili namjere (Wieder, 2003). Primjerice, kada dijete pogledom poseže za roditeljem, ono je otvorilo ciklus komunikacije. Na to roditelj odgovara uzvraćajući pogled i time nadograđuje djetetovu radnju. Dijete zatim zauzvrat odgovara roditelju osmijehom, glasanjem, pružanjem ruku ili moguće okretanjem od njega i time zatvara ciklus. To iskustvo dijete vrlo brzo preslikava na druge situacije iz okruženja. Dvosmjerna komunikacija neophodna je za sve međuljudske odnose i temelj je emocionalne, kognitivne i motoričke lekcije.

Savladavši osnovama dvosmjerne komunikacije, broj ciklusa koje može otvarati i zatvarati raste te ona postaje *složena komunikacija* (Greenspan i sur., 2004). Dijete je u stanju povezivati geste u složene odgovore. Primjerice: kada dijete ugleda majku koje nije bilo neko vrijeme, dijete može potrčati do nje, zagrliti ju i cvičati od radosti. Reagira nizom gesta za koje u ranijoj fazi nije bilo sposobno. Dijete po prvi put razvija rječnik, rječnik gesti za izražavanje svojih želja. Ljutnju iskazuje udaranjem, guranjem, mrštenjem bez da se samo rasplače. Na isti način kad se veseli nekoj osobi, može trčkarati oko nje, ljubiti je, grliti umjesto da se samo smiješi. Porastom rječnika gesti dijete postaje kreativno jer mu omogućuje složenije načine samoizražavanja. Osim samog poimanja svojeg djelovanja, počinje shvaćati obrasce drugih (Greenspan i sur., 2004). U ovoj fazi roditelj i dijete rade na neprekidnom protoku od 30 ili više krugova komunikacije (Wieder i Greenspan, 2003).

Sljedeća je etapa *emocionalnih ideja*. Kroz igru se kod djeteta razvija sposobnost formiranja ideja. Pomoću igračaka dijete kreira priče. Mama lutka uspavljuje beb

lutku, a tata lutka je na poslu. Igra ispunjena idejama postavlja temelj za razvoj govora. To dovodi do usvajanja činjenice da predmeti mogu biti zastupljeni simbolima (Greenspan i sur, 2004) Ova faza potiče dijete da se poistovjeti s osjećajima, gestama i ponašanjima iz igri pretvaranja. (Wieder i Greenspan, 2003) Npr. kutija za cipele u kojoj kupa lutku, predstavlja kupaonicu, kupanje je simbol aktivnosti u kupaonici. U konačnici dijete je sposobno manipulirati idejama i upotrebljavati ih u svrhu zadovoljavanja svojih potreba (Greenspan i sur., 2004).

U zadnjoj etapi razvoja, ideje djeteta povezuju se u logičan slijed. U ranijoj fazi istraživanje emocija je poput nepovezanih otočića dok se u fazi *emocionalnog razmišljanja* grade mostovi između tih otočića. Igra više nije samo skup raznovrsnih događaja u kojima dijete odigrava emocije služeći se onime što mu zapne za oko, već povezuje dijelove u cjelinu. Dijete je sposobno izraziti širok raspon emocija i sposobno je razumjeti koncept vremena i prostora na osobnoj razini. Npr. razumije da je bakina kuća drugačija od njegove ili da ako uzme najdražu igračku bratu ili sestri da će mu ih on oduzeti (Greenspan i sur, 2004). U ovoj fazi govor je skroz razvijen i dijete je sposobno izraziti svoje ideje i osjećaje (Greenspan i sur., 2004). Poželjno je poticati dijete da svoje ideje poveže tražeći njegovo mišljenje, uživajući u njegovim debatama i pregovarajući o stvarima koje želi, a da pritom koristi logičke razloge (Wieder i Greenspan, 2003).

3.3. *Floortime pristup*

Floortime je jezgra razvojnog pristupa terapiji. Glavni princip mu je da se pridruži djetetu na njegovom razvojnom nivou te na taj način gradi njegove prirodne interese (Mok i Chung, 2014). Svrha floortimea je pomoći djetetu da postupno ovlada emocionalnim miljokazima, da spozna sebe kao cjelovitu osobu, razvija jezik i socijalne kapacitete (Greenspan i Wieder, 1999). On odvodi dijete natrag prema onom prvom miljokazu koji je propustio i dijete počinje razvojni napredak iznova (Greenspan i sur., 2004). Ponekad se javlja izazov i iskušenje roditelja da sukladno dobi djeteta rade na vještinama koje prosječno dijete savlada u tom periodu: npr. s djetetom od dvije godine rade na jezičnim vještinama. Međutim, za djecu s teškoćama u razvoju to nije efikasan pristup jer svaki miljokaz predstavlja temelj za

sljedeći te ukoliko dijete nije savladalo prvi miljokaz neće biti u stanju efikasno savladati kompleksnije vještine. Miljokaz se smatra u potpunosti savladanim kada je dijete u stanju upotrebljavati vještinu čak i kada je pod utjecajima snažnih emocija. (Greenspan i sur., 2004.). Iako postoji šest miljokaza kao šest zasebnih vještina koje dijete mora savladati kako bi komuniciralo, razmišljalo i formiralo osjećaj sebe, u floortimeu se radi na četiri cilja (Greenspan i sur., 2004)

Prvi cilj je *poticanje pažnje i intimnosti*. Dok savladava vještinu da ostane mirno prilikom istraživanja okoline, dijete usporedno razvija interes prema roditelju. Na taj način i dijete i roditelj rade na održavanju uzajamne pažnje i zaokupljenosti. Cilj roditelja je da dijete uživa u njegovoj prisutnosti. Ovaj cilj pridonosi 1. i 2. miljokazu.

Drugi cilj je postići *dvosmjernu komunikaciju*. Roditelj pomaže djetetu u učenju i otvaranja i zatvaranja ciklusa komunikacije. Isprva to čini neverbalnim dijalogom, pr. pogledom u oči, čime se izgrađuje interakcija, logika i sposobnost rješavanja problema. Zadatak roditelja je da potiče dijalog te pomagati djetetu da osjećajima, emocijama ili gestama iskazuje želje, potrebe i namjere. S vremenom se radi na otvaranju i zatvaranju mnoštva ciklusa u složenom komunikacijskom dijalogu. Ovo postignuće odgovara 3. i 4. miljokazu.

Treći cilj je potaknuti *izražavanje i upotrebu osjećaja i ideja*. U ovom stadiju, dijete je u stanju započeti učenje izražavanja osjećaja i namjera govorom i igrom pretvaranja. Cilj roditelja je poticati dramatizacije i prividne situacije u kojima dijete iskazuje svoje potrebe, osjećaje i želje te mu postepeno pomagati da ih izrazi govorom. Ovo postignuće odgovara miljokazu broj 5.

Zadnji cilj je poticati dijete da *logički povezuje misli* i pomoći mu u povezivanju ideja i osjećaja kako bi došlo do logičkog povezivanja okoline. Ova sposobnost odgovara 6. miljokazu (Greenspan i sur., 2004).

Spomenuti ciljevi postižu se tako da se dijete i roditelj ili terapeut spuštaju na pod i u periodu između 20 i 30 minuta kroz igru rade na savladavanju razvojnih kapaciteta i izgradnji vještina (Greenspan i sur., 2004). Ova metoda naglašava pristup u kojem je dijete vođa aktivnosti, a uloga roditelja ili terapeuta je da se djetetu pridruži u

njegovom vodstvu putem kojeg ono razvija svoje vještine umjesto da usmjerava dijete da pažnju usmjeri na ono što on želi (Estabillo i Matson, 2017). Zadatak roditelja/terapeuta je slijediti djetetovo vodstvo i igrati se svega što ga zanima, ali na takav način da ga to potiče na interakciju s njima. Cilj toga je podržati djetetove aktivnosti i inicijative i kroz to ga dovesti na viši nivo emocionalnog funkcioniranja. Kako vrijeme prolazi, roditelj nadograđuje djetetove inicijative tijekom igre. Počinje povezivati iskustva iz svakodnevnog života s iskustvima iz igre. Primjerice, roditelj može reći „okupaj lutku, kao što mama kupuje tebe“. Ovaj planiran dodatak dječjoj igri pomaže razvitku emocionalnih ideja. Konačni cilj je postići „zatvoreni krug komunikacije“ ili interakcija u kojima odrasli pristupaju a dijete odgovori govorom, gestama ili pokretima. Tijekom vremena provedenog u igri krugovi mogu brzo otvarati i zatvarati dok odrasla osoba komunicira s djetetom. Ovaj proces vodi do dvosmjerne komunikacije (Greenspan i sur., 2004). Greenspan i sur. (2004) preporučuju da se seanse od 20-30 minuta provode svakodnevno. Uz to je preporučljivo dvije tjedne sesije s radnim terapeutom, savjetovanje roditelja dva puta tjedno i četiri individualne psihoterapije tjedno. Za mnogu djecu, osobito za onu s velikim teškoćama u razvoju optimalno je provoditi 6 do 10 seansi floortimea dnevno jer jedna ili dvije često nisu dovoljne.

Kao sveobuhvatni okvir, DIR/Floortime model obično uključuje interdisciplinarni timski pristup koji uz individualni rad s roditeljima kod kuće uključuje govorno-jezičnu i radnu terapiju, stručnjake poput psihologa, dječjeg psihijatra, socijalnog radnika, obrazovni program i prema potrebi i biomedicinska intervencija. Poželjna praksa je da nakon pažljive procjene djetetove funkcionalne razine razvoja, individualnih razlika i izazova, kao i odnosa s njegovateljima i vršnjacima, tim stručnjaka zajedno s roditeljima razvije individualizirani funkcionalni profil koji oslikava jedinstvena razvojna obilježja djeteta. Taj profil također služi kao osnova za izradu individualno prilagođenog programa intervencija (Greenspan i Lewis., 2004). Obuku za stručnjake provodi ICDL (2020). Interdisciplinarno vijeće o poremećajima u razvoju i učenju (ICDL, 2020) je neprofitna organizacija koju su osnovali Stanley Greenspan i dr. Serena Wieder. Misija organizacije je razvijati, provoditi, podržavati i širiti programe, istraživanja, seminare i publikacije o prevenciji i liječenju emocionalnih i razvojnih poremećaja u dojenačkoj i dječjoj dobi (ICDL, 2020).

Kako bi dobili certifikat i postali profesionalni Floortime terapeuti, stručnjaci moraju završiti 4 stupnja profesionalnog DIR/Floortime programa. Kako bi se mogao dobiti certifikat najvišeg stupnja, potrebno je imati završen barem prvi stupanj radne terapije, psihologije, socijalnog rada, medicine i srodnih zanimanja. Terapeut licenciran za trening roditelja zatim podučava roditelje kako raditi s djetetom kod kuće, a postoje i programi podrške i edukacije koje provodi sama organizacija (ICDL, 2020). Šogolj (2018) navodi kako u Hrvatskoj ima nekoliko licenciranih terapeuta za drugi stupanj (terapijski rad) i manje od deset za treći stupanj (savjetovanje roditelja/suradnika). Ti terapeuti djeluju unutar raznih institucija, a nekolicina djeluje kroz privatne prakse ili Udruge koje provode isključivo DIR/Floortime.

4. Evaluacija DIR/Floortime modela u praksi

Solomon i sur. (2007) objavili su evaluaciju pilot istraživanja edukacije roditelja za djecu s poremećajem iz autističnog spektra: PLAY (Project Home Consultation program). To je program koji poučava roditelje djece s poremećajem iz spektra autizma primjeni DIR/Floortime modela. U programu je sudjelovalo 68 djece u dobi od 2-6 godina. Program je trajao 8-12 mjeseci u kojem su roditelji poticani da na tjednoj bazi rade s djetetom interakcije jedan na jedan u ukupnom trajanju od 15 sati tjedno. Kako bi se mjerili rezultati korištena je funkcionalna skala emocionalne procjene FEAS skala (Greenspan 2001; prema Solomon i sur., 2007). Ona mjeri promjene u skrbnikovom ponašanju i djetetovom funkcionalnom razvoju. Što je veće postignuće na skali znači da je dijete na višem razvojnem nivou. Kako bi se osigurala nepristranost, postignuća su ocjenjivala dva ocjenjivača koja nisu bila upućena u djetetov ili skrbnikov klinički status. Rezultati istraživanja pokazali su da je 45.5% djece ostvarilo jako dobar ili dobar funkcionalni razvoj, a 90% roditelja je izjavilo da je zadovoljno tretmanom (Solomon i sur., 2007).

Pilot istraživanje koje su proveli Pajareya i Nopmaneejumurslers (2011) nadovezuje se na istraživanje Solomona i sur. (2007). Istraživanje je provedeno s ciljem da se

ispita učinkovitost provođenja DIR/Floortime modela u obiteljima djece s poremećajima iz spektra autizma kao dodatak ustaljenim intervencijama provođenima u predškolskim ustanovama. Istraživanje se provodilo na 28 djece predškolske dobi koja su već bila uključena u različite intervencije u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma (npr. ABA, govorna terapija, okupacijska terapija i sl.). Polovici tih obitelji uz ustaljenu praksu intervencija u svakodnevnu rutinu uključen je i Dir/floortime pristup. Intervenciju su u potpunosti provodili roditelji u prosjeku 15 sati tjedno tijekom tri mjeseca. Terapijska grupa roditelja imala je statistički značajno bolje rezultate od kontrolne. Zanimljivo je da, iako je postojao trend nešto boljih rezultat onih obitelji koje su više sati tjedno posvetile DIR/Floortime-u, ove razlike se nisu bile statistički značajne (Pajareya i Nopmaneejumruslers, 2011).

Lal i Chabria (2013) također su proveli eksperimentalno istraživanje koristeći kontrolnu grupu i eksperimentalnu grupu djece uspoređujući rezultate prije i poslije. Cilj istraživanja bio je utvrditi učinkovitost Dir/Floortime pristupa u razvoju socijalnog ponašanja djece predškolske dobi te usporediti razinu postignuća socijalnih vještina djece koja su bila podvrgnuta intervenciji s onima koji nisu. Istraživanje je provedeno u Mumbaiju (Bombay, Indija), a u njemu su sudjelovala djeca s poremećajem iz autističnog spektra u dobi između 3 i 6 godina koja su bila nasumično odabrana iz 5 vrtića i klinika koje provode intervencije u Mumbai-ju. Sveukupno je sudjelovalo 26 djece te se nasumično odredilo koje dijete će pripasti u kontrolnu, a koje u tretmansku grupu (u svaku grupu po 13-ero djece). Za procjenu rezultata prije i poslije koristila se BSFS skala (Bihevioralna ljestvica za socijalne vještine) razvijena u svrhu istraživanja, a mjeri socijalno ponašanje podijeljeno u 4 glavne domene: preuzimanje inicijative, dvosmjerna komunikacija, razumijevanje uzroka i posljedica i emocionalno razmišljanje. Na početku eksperimenta prema načelima Floortime pristupa prvo su opažali dijete i ustvrdili njegov trenutni emocionalni stadij prije nego se odredila intervencija. Svako dijete u eksperimentalnoj grupi sudjelovalo je u 20 seansi u trajanju 30 minuta. Seanse su provodili stručnjaci, a roditelji su mogli nadgledati. Rezultati eksperimenta idu u prilog učinkovitosti Floortime pristupa u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma i u svakoj od 4 domene zamijećeno je poboljšanje u odnosu na početnu

procjenu. Što se tiče usporedbe s djecom iz kontrolne grupe, pokazalo se da imala nešto bolje rezultate u razvoju socijalnog ponašanja (Lal i Chabria, 2013).

Želeći pridodati općem razumijevanju učinkovitosti socijalno razvojnih programa intervencija, Casenheiser i sur. (2013) istraživali su rezultate intervencije temeljene na DIR/Floortime modelu: program liječenja Milton i Ethel Harris Research Initiative (MEHRIT) u Torontu (Kanada). U radu su prikazani preliminarni rezultati 51 djeteta u dobi od 2 godine do 4 godine i 11 mjeseci. Istraživači su do obitelji došli preko liječnika, javnih službi i oglašavanja u novinama. Nakon iskazivanja interesa za istraživanje, provjeravalo se ispunjava li obitelj uvjete za sudjelovanje. Ukoliko je dijete uz ASD imalo i neke druge neurološke ili razvojne dijagnoze, nisu mogli sudjelovati u istraživanju. Drugi uvjet bio je da obitelj može izdvojiti 2 sata vremena tjedno za terapiju sa stručnjacima i približno 3 sata dnevno u interakciji s djetetom. Nakon toga, djeca su bila stratificirana po dobi i jezičnim sposobnostima i nasumice podijeljena u program liječenja MEHRIT ili u kontrolnu grupu koja je za to vrijeme pohađala klasične terapije u prosječnom trajanju 3.9 sati tjedno (kombinacija govornih terapija, ABA-e, okupacijske terapije i sl.). Primarni cilj nakon provođenja intervencija u trajanju od 12 mjeseci bio je utvrditi promjene u socijalnoj interakciji i komunikaciji. Pored toga provedena je regresijska analiza kako bi se utvrdilo jesu li promjene u vještinama socijalne interakcije povezane s jezičnim razvojem. Uz praćenje razvoja djeteta tijekom intervencije, naglasak je bio i na praćenju pojedinih vještina roditelja primjerice, pridruživanje, kojim se procjenjuje koliko dobro se roditelj pridružuje djetetovom fokusu pozornosti u odnosu na to da on usmjerava dijete da se fokusira na ono što on želi. Terapeuti koji su tjedno 2 sata radili s roditeljima i djecom bili su educirani za provođenje DIR/Floortime intervencija od strane stručnjaka na tom području. U ta 2 sata radilo se na procjeni individualnih snaga i izazova djeteta u području govora i komunikacije, osjetilnih, kognitivnih i motoričkih sposobnosti te podučavati roditelje o snagama i izazovima svog djeteta te osmisliti skup strategija primjerenih djetetu i obitelji. Uz to, roditelji i terapeuti nalazili su se otprilike svakih 8 mjeseci kako bi diskutirali o napretku. Tada bi zajednički pregledavali snimljene sesije igre djeteta i roditelja te razgovarali o potencijalnim izazovima i pitanjima s kojima su se susreli za vrijeme neke od sesija. Sve snimljene intervencije ocijenio je tim od 4 educirana i nepristrana ocjenjivača.

Rezultati sugeriraju da su djeca u tretmanskoj skupini postigla značajno veći napredak u vještinama socijalne interakcije u odnosu na kontrolnu. Pokazala su znatno veće uživanje u interakcijama s roditeljima, bila su značajno pažljivija i uključena u interakcije s roditeljima te pokrenula više zajedničkih interakcija. Rezultati koji se odnose na jezični razvoj bili su manje značajni. Omjer rezultata djetetove jezične ekvivalencije prema njihovoj kronološkoj dobi na testiranju značajno se poboljšao i u jednoj i u drugoj skupini, što sugerira da djeca u obje skupine dostižu svoje vršnjake. Konačno, utvrđeno je da su vještine njegovatelja usmjerene intervencijom značajno povezane s promjenama u dječjim vještinama interakcije. Rezultati su pokazali da su i mala poboljšanja koja su ostvarili njegovatelji napravila značajnu razliku u razvoju djeteta (Casenheiser i sur., 2013).

Liao i sur. (2014) također su prepoznali važnost interakcije djeteta i roditelja i ulogu igre u razvoju djeteta s poremećajem iz spektra autizma. U ovom pilot istraživanju provedenom u Kini, sudjelovalo je 11 djece u prosječnoj dobi od 4 i pol godine zajedno sa svojim majkama. Svrha je bila istražiti utjecaj primjene DIR/Floortime modela na povećanje socijalnih interakcija i adaptivnih ponašanja kod djece s poremećajem iz spektra autizma te uvidjeti smanjuje li ovaj pristup razinu stresa majki. Prije primjene same metode, kroz 3 tjedna, svaka majka imala je „1 na 1“ savjetovanje i obuku o DIR/Floortime modelu gdje je učila osnovne principe i metode i strategije igre. Također, na individualiziranim sesijama postavljali su se i individualizirani ciljevi i program rada za svako dijete koji su bili utvrđeni na temelju evaluacije djeteta i njegove dobi. Program intervencija kod kuće provodio se 10 tjedana po 10 ili više sati tjedno. Svaka dva tjedna, terapeut se nalazio s majkama kako bi raspravili teškoće i brige uz provođenje metode. Također, uz primjenu DIR/Floortime pristupa, svako dijete je nastavilo s dotadašnjim rutinama kao što su, predškolsko obrazovanje, govorna terapija ili radna terapija. Rezultati istraživanja pokazali su kako su djeca pokazala značajno poboljšanje u smisljenoj dvosmjernoj komunikaciji, rješavanju problema te da se generalno poboljšalo njihovo adaptibilno funkcioniranje i svakodnevne životne vještine. Važno je napomenuti kako su majke uočile pozitivne promjene u interakcijama s djetetom nakon primjene DIR/Floortime metode. U odnosu na ostala istraživanja te pozitivne interakcije imaju dodatan značaj jer je za kinesku kulturu karakterističan strogo hijerarhijski odnos roditelja koji

podrazumijeva nadzor i upravljanje nad djetetom što je u potpunosti suprotno temeljnim postavkama DIR/Floortime pristupa što upućuje da i sama kultura može imati ulogu u razvoju djeteta (Wu, 2013; prema Liao i sur. 2014).

Mok i Chung (2014) naveli su prednosti primjene DIR/Floortime modela u psihijatrijskoj skrbi. Primijetili su da u praksi postoje nedostaci kao što su prekasno utvrđivanje dijagnoze i započinjanje s intervencijom te da su planovi intervencije nedovoljno prilagođeni individualnom razvojnom profilu djeteta. Također su uvidjeli da roditelji nisu kvalitetno uključeni u intervenciju s djetetom. Kako bi se radilo na što efikasnijem utvrđivanju dijagnoze djece ispod 4 godine, ustanovili su tim stručnjaka koji zajedno s roditeljima na tjednoj bazi radi na promatranju djeteta u interakciji s roditeljima i stručnjacima te se promatraju različiti aspekti funkcioniranja djeteta. Time se pridonosi da cjelokupni plan bude prilagođen svakom individualnom djetetu i njegovom razvojnom profilu. Što se tiče same uključenosti roditelja, osim njihove uključenosti u kreiranje samog programa intervencija, također ih se upućuje na Floortime trening za roditelje gdje dobivaju savjete i povratne informacije na njihove interakcije s djetetom snimljene putem videozapisa. Iako ima prostora za napredak, ovakva praksa pokazala se korisna, a posebno se ističe beneficija uključivanja roditelja u cjelokupan proces dijagnoze i intervencije, posebice beneficije rada s djetetom kod kuće i uključenost obitelji što su dotadašnje metode rada s djetetom isključivale (Mok i Chung, 2014).

Za razliku od ostalih radova koji su provedeni na manjem uzorku, rad Dionne i Martini (2011) prati slučaj dječaka starog 3 godine i 6 mjeseci kojemu je dijagnosticiran poremećaj iz spektra autizma. Prema ranijim medicinskim podacima, dječak je savladao motoričke vještine, puzanje i hodanje kao i hranjenje i korištenje toaleta sukladno dobi koja ukazuju na normalan razvoj djeteta, međutim nema razvijen govor, već koristi svega nekoliko riječi te mu se igra sastojala od nekoliko interakcija, a odgovarajuća upotreba igračaka bila ograničena. S obzirom na to da su krugovi komunikacije te njihova duljina i složenost fokus Floortime metode, izabrani su kao objektivna mjera promjene ponašanja za potrebe ove studije slučaja. Intervencije su bile podijeljene u dvije faze i provodile su se u privatnoj klinici. Prva faza, faza opservacije sastojala se od 8 sesija po 45 minuta u 2 tjedna tijekom koje su

promatrane interakcije majke i djeteta za vrijeme igre koristeći FEAS skalu (Greenspan 2001; prema Dionne i Martini, 2011). Druga faza sastojala se od 28 sesija od 45 minuta tijekom 7 tjedana. Sesiju je provodio radni terapeut koji je završio obuku za provođenje Floortime pristupa te je majku podučavao tehnikama Floortime pristupa. Također, majka je za vrijeme druge faze vodila dnevnik u kojem je opisivala Floortime intervencije kod kuće. Rezultati su pokazali da se koristeći Floortime pristup značajno povećao broj krugova komunikacije u drugoj fazi u odnosu na prvu fazu. Dionne i Martini (2011) rezultate smatraju vrlo obećavajućima iz razloga što je period za vrijeme kojeg su se provodile Floortime intervencije (7 tjedana) značajno kraći i manje intenzivan (3-4 dnevne sesije) u odnosu na one spominjane u literaturi (6-10) (Greenspan & Wieder, 1998; prema Dionne i Martini, 2011). Prednost ove studije smatraju i dnevnik koji je majka vodila jer prikazuje majčin doživljaj djetetova napretka tijekom provođenja Floortime metoda kod kuće.

Zwaigenbaum i sur. (2009) u svom radu posvećenom pitanju dijagnostike poremećaja iz spektra autizma navode kako se javlja sve veća potreba za istraživanjima efikasnosti pristupa vrlo rane intervencije sukladno sve boljim i bržim dijagnozama kod djece mlađe od dvije godine. Navode kako u odnosu na predškolsku i školsku djecu, dojenčad ovisi o promatračkom i iskustvenom učenju u svom prirodnom socijalnom okruženju. Temelj za učenje predstavljaju interakcije vezane uz društvenu igru i one interakcije usko vezane uz skrb. Kvaliteta responzivnosti i odazivnosti ključnih članova obitelji kao što prisustvovanje i pridruživanje djetetovom trenutačnom fokusu interesa mogu imati ogroman utjecaj na učenje i razvoj dojenčadi i male djece s i bez teškoća u razvoju (Zwaigenbaum i sur., 2009).

Nažalost, u Hrvatskoj gotovo da i nema objavljenih znanstvenih radova koji evaluiraju učinkovitost DIR/Floortime pristupa. Studija koju su provele Vrljičak i sur. (2016) prikazuje rezultate provođenja individualiziranih edukacijsko-rehabilitacijskih programa za 5 dječaka s poremećajem iz spektra autizma predškolske dobi. Program se provodio u okviru tranzicijske skupine redovnog vrtića gdje se pripremaju za inkluziju. Osim DIR/Floortime modela, program je obuhvaćao i vizualno okolinsku podršku, metode i tehnike primijenjene analize ponašanja te

potpomognute komunikacije – PECS. Djeca su u programu provela godinu dana, a analiza rezultata pokazala da je kod svih 5 dječaka postignuta određena razina napretka na područjima vještina i sposobnosti koja su se ovim programima poticala: komunikacije, socijalnih vještina i igre. Iako se program nije zasnivao isključivo na DIR/Floortime modelu rada, ovakav program primjer je dobre prakse za podršku djeci s poremećajem iz spektra autizma i posredno ukazuje na korisnosti i učinkovitost DIR/Floortime modela. Nadalje, valja spomenuti rad koji prati slučaj dječaka s teškoćama iz autističnog spektra (Šogolj, 2018). U radu je prikazan tijek djetetovog razvoja do sedme godine na temelju uvida u medicinsku dokumentaciju te razgovora s DIR/Floortime terapeutkinjom i majkom dječaka. Dječak je četiri godine bio uključen u intenzivni program rane intervencije temeljene na DIR/Floortime modelu i ostvario značajan napredak. Napredak je najznačajniji u sposobnosti apstrahiranja, logičkog promišljanja i kreativnosti u rješavanju problemskih zadataka te je na tim područjima dosegao razinu vršnjaka. Unatoč napretku, dalje pokazuje zaostajanje u vještinama koje traže dobro ovladavanje vizualno-prostornim odnosima i motoričkim planiranjem. Floortime kod kuće je primarno provodila majka, a uz ranu intervenciju baziranu na Floortime modelu dječak je bio uključen i u stručne programe u okviru institucija, specijalizirani vrtić te alternativne terapije u vidu posebne prehrane i bazena (Šogolj, 2018).

4.1. Nedostaci i ograničenja u primjeni modela

Iako opisana istraživanja generalno ukazuju na korisnost DIR/Floortime metode u poticanju razvoja djece s poremećajem iz spektra autizma, ova istraživanja imaju i brojna ograničenja. Kao glavni nedostatak istraživanja koja su ispitivala učinkovitost DIR/Floortime terapijske metode, Mercer (2015) smatra to da nisu sustavno i prikladno usporedila učinke DIR/Floortime modela s modelima za koju postoji jasna dokazana podrška primjene (prvenstveno s ABA-om). S takvom izjavom slažu se i Estabillo i Matson (2017) koji govore kako, iako nekolicina spomenutih studija pokazuje rezultate, oni nisu na istoj razini kao rezultati bihevioralnih tretmana, poput ABA-e (Tarbox i sur, 2014; prema Estabillo i Matson 2017). Također i sami autori ovih istraživanja i studija navode neka metodološka ograničenja, a prije svega,

navode potrebu za objektivnijim i detaljnijim mjerama koje prate ishod i napredak kod djece (Solomon i sur., 2007, Pajareya i Nopmaneejumruslers, 2011). Pajareya i Nopmaneejumruslers (2011) navode kako FEAS skala koja je specifično kreirana za DIR model, ne obuhvaća druge važne ishode kao što su kognitivne sposobnosti, socijalno funkcioniranje i uspjeh i funkcioniranje u školi. Solomon i sur. (2007) također navode potrebu za preciznijim i detaljnijim mjerama razvoja djeteta, ali i to da bi kako bi se precizirali rezultati, poželjno bilo mjeriti i razinu stresa i utjecaj zahtjevne metode intervencije na roditelje (Bristol 1985; Shorten, 1996; prema Solomon i sur. 2007). S time se slažu i Mok i Chung (2014) koji navode kako roditeljima djece kojima je dijagnosticiran poremećaj iz spektra autizma treba period prilagodbe u suočavanju s krizom koju može prouzrokovati ovo saznanje. Uz navedeno, problematičnim se smatra i činjenica da su djeca koja su bila dio kontrolnih grupa mnogo više sati tjedno sudjelovala u tretmanu u odnosu na kontrolnu grupu (Mercer, 2015.). Iako Casenheiser i sur. (2013) navode kako su djeca u tretmanskoj grupi 2 sata tjedno provela u radu sa stručnjacima, a ona u kontrolnoj 3,9 sati terapije u zajednici, to i dalje ne mijenja činjenicu da su djeca u tretmanskoj grupi svakodnevno određeni broj sati radila terapiju kod kuće. Upravo i ta činjenica da se veliki dio intervencije provodi kod kuće je otegotna okolnost kod praćenja rezultata. Na to se nadovezuje i zaključak koji su izveli Solomon i sur. (2007), a to je da postoji mogućnost da su neki roditelji bili nekonzistentni u praćenju dnevnih rezultata te da su njihove procjene približne, ali i mogućnost lažiranja rezultata kako bi ostavili dojam da su više vremena provodili sa svojim djetetom. S druge strane, intervencije s djetetom provođene od strane roditelja u istraživanju provedenog od strane Casenheiser i sur. (2013) snimana su te je stoga vjerodostojnost ipak na višoj razini. Imajući to na umu, upravo se vrijeme koje roditelji trebaju posvetiti u radu s djetetom na tjednoj bazi smatra kao otegotna okolnost DIR/Floortime pristupa jer roditelji koji rade puno radno vrijeme, uglavnom nemaju na raspolaganju toliko vremena posvetiti se radu s djetetom (Mok i Chung, 2014). Subjektivnim u pojedinim istraživanjima se smatra i način odabira i dolaženje do sudionika. Pa su tako Pajareya i (2011) došli do obitelji putem oglasa u kojem su oglasili ovakav tip intervencije te stoga postoji mogućnost da su se odazvale samo one obitelji koje su bile posebno zainteresirane za ovu novu intervenciju. S druge

strane, Casenheiser i sur. (2013) imali su zahtjeve poput toga da dijete ne smije imati druge teškoće ili bolesti te da mogu sudjelovati isključivo one obitelji koje mogu određeni broj sati dnevno provesti radeći DIR/Floortime s djetetom. S obzirom na navedeno, kako bi se sa sigurnošću moglo govoriti o učinkovitosti primjene DIR/Floortime metode, Estabillo i Matson (2017) ističu potrebu za provođenjem novih istraživanja zbog toga što se ovom tematikom bavi vrlo ograničen broj studija. Također, navode potrebu za boljom operacionalizacijom metoda kao i potrebu za većim uzorcima koji će omogućiti bolju generalizaciju.

5. Zaključak

Poremećaj iz spektra autizma je sveobuhvatni razvojni poremećaj koji počinje u djetinjstvu, većinom u prve 3 godine života, zahvaća gotovo sve psihičke funkcije i traje cijeli život (Bujas Petković, 1995). DIR/Floortime model je razvojni, individualno diferencijalni, na odnosima utemeljen model (Greenspan i sur., 2004). U fokusu mu je unaprjeđenje djetetova cjelokupnog razvojnog funkcioniranja. Svrha Floortime-a je pomoći djetetu da postupno ovlada emocionalnim miljkazima ključnim za adaptivno funkcioniranje i razvoj djeteta (Greenspan i sur, 2004). Djetetu se pridružuje na njegovom razvojnem nivou te se na taj način grade njegove prirodne interesie (Mok i Chung, 2014). To se postiže na način da se dijete i roditelj ili terapeut spuštaju na pod i u periodu između 20 i 30 minuta kroz igru rade na savladavanju razvojnih kapaciteta. Dijete je vođa aktivnosti, a roditelj ili terapeuta slijede njegovo vodstvo i igraju se sve što ga zanima, na način da ga to potiče na interakciju kako bi ga se na taj način dovelo na viši emocionalni nivo funkcioniranja. Prva studija koja je potkrijepila dokaze za DIR/Flortime Model objavljena je 1997 (Greenspan i Wieder, 1997). Na tu studiju nadovezale su se druge studije od kojih su u ovom radu spomenute Solomona i sur. (2007), Pajareya i Nopmaneejumurslers (2011), Lal i Chabrie (2013), Casenheiser i sur. (2013), Liao i sur. (2014). Uključen prikaz primjene modela u psihijatrijskoj praksi u Hong Kongu (Mok i Chung, 2014), kao i rad Zweigenbaum i sur. (2009) koji ukazuje na važnost prisustvovanja i pridruživanja obitelji djetetovom trenutačnom fokusu interesa kao i studija slučaja

Dionne i Martini (2011). Zajedničko ovim studijama je da su rezultati svake ukazali na pozitivne pomake u razvojnom funkcioniranju djece i socijalnoj interakciji te beneficijama uključivanja roditelja u rad s djecom na njihov razvoj. U Hrvatskoj gotovo da i ne postoje radovi koji se bave ovom tematikom, već svega jedna studija slučaja (Šogolj, 2018) te studija koja prati razvoj 5 dječaka koji su bili u individualiziranom edukacijsko-rehabilitacijskom programu gdje se između ostalog primjenjivao i DIR/Floortime pristup (Vrljićak i sur., 2015). Elswick i sur. (2019) navode upravo kako je za uspješnost u radu s djetetom s poremećajem iz spektra autizma važan interdisciplinarni rad koji između ostalih stručnjaka uključuje i socijalne radnike. U Hrvatskoj, socijalni radnici pružaju podršku djeci s poremećajem iz spektra autizma na različite načine. U Centrima za socijalnu skrb koordiniraju postupak stjecanja određenih novčanih prava i usluga kao što je primjerice usluga rane intervencije. Osim u Centru, djeluju u udrugama, Centrima za pružanje usluga u zajednici, centrima za odgoj i obrazovanje te centrima za rehabilitaciju gdje sudjeluju u osiguranju kvalitete života djece i njihovih obitelji. (Leutar i Buljevac, 2020). Dir/Floortime metoda nije dio stručnog obrazovanja socijalnog radnika, međutim, znanjem o ovom modelu mogu pružiti dobre smjernice obiteljima djece s poremećajem iz spektra autizma glede izbora najbolje metode rada za njihovo djeteta. Također, socijalni radnici mogu završiti obuku za Floortime terapeuta (Mercer, 2015). Kako bi se potaknulo veću edukaciju stručnjaka za provođenje DIR/Floortime pristupa u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma potrebno je stvoriti bolju empirijsku podlogu koja će upućivati na efikasnost modela. Da bi se to postiglo, potrebno je provođenje novih istraživanja, s većim uzorcima i objektivnijim mjerama kako bi se vrijedne postavke ovog modela nadalje mogle prenijeti na roditelje i obitelj djeteta što je zapravo cilj DIR/Floortime pristupa – mogućnost provođenja kod kuće, kroz igru s djetetom.

6. Popis slika

Slika: 1.1 Prikaz zajedničkog djelovanja mogućih različitih uzroka na nastanak autističnog poremećaja (prema Bujas Petković i Frey Škrinjar., 2010)

7. Literatura

1. Bujas-Petković, Z. (1995). *Autistični poremećaj*. Zagreb: Školska knjiga.
2. Bujas Petković, Z., Frey Škrinjar, J., Hranilović, D., Divčić, B. i Stošić, J. (2010). *Poremećaji autističnog spektra: značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška*. Zagreb: Školska knjiga
3. Bujas Petković Z., Frey Škrinjar, J. (2010). Pervazivni razvojni poremećaji – poremećaji iz autističnog spektra. *Pediatrics Croatica*, 54(14), 151-158
4. Casenhiser, D. M., Shanker, S. G. i Stieben, J. (2013). Learning through interaction in children with autism: Preliminary data from a social-communication-based intervention. *Autism*, 17(2), 220–241
5. Dionne, M., i Martini, R. (2011). Floor Time Play with a child with autism: A single-subject study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78, 196–203.
6. DSM-V, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. (2015) Peto izdanje. Naklada Slap. Jastrebarsko
7. Elswick S., Neely-Barnes S., Casey L., i Rudd, L i (2019). Social Work U R. D. Rieske (ur.) *Handbook of Interdisciplinary Treatments for Autism Spectrum Disorder* (str 405-422), Los Angeles: Springer
8. Estabillo J. A. i Matson, J. L. (2017). Sensory Integration Therapy and DIR/Floortime U J. L. Matson (ur.) *Handbook of treatments for Autism Spectrum Disorder* (str. 331-341), Los Angeles: Springer
9. Greenspan, S. I. i Lewis, D. (2004). *Program emocionalnog poticanja govornog jezičnog razvoja: Intenzivni proram za obitelj, terapeute i edukatore*. Lekenik: Ostvarenje
10. Greenspan, S. I., Wieder, S. (1997). Developmental Patterns and Outcomes in Infants and Children with Disorders in Relating and Communicating: A Chart Review of 200 Cases of Children with Autistic Spectrum Diagnoses. *The Journal of Developmental and Learning Disorders*, 1(1), 1-38
11. Greenspan, S. I., Wieder, S., Simons, R. (2004). *Dijete s posebnim potrebama: Poticanje intelektualnog i emocionalnog razvoja*. Lekenik: Ostvarenje.

12. Interdisciplinary Council on Development and Learning - ICDL Posjećeno 20.08.2020 na mrežnoj stranici: <https://www.icdl.com/>
13. Leutar Z., i Buljevac. M. 2020. *Osobe s invaliditetom u društvu*. Zagreb: Biblioteka socijalnog rada
14. Liao, S.-T., Hwang, Y.-S., Chen, Y.-J., Lee, P., Chen S.-J., i Lin, L.-Y. (2014). Home-based DIR/Floortime™ Intervention Program for Preschool Children with Autism Spectrum Disorders: Preliminary Findings. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 1-12
15. Lal, R., Chhabria, R. (2013). Early intervention of autism: A case for Floor Time approach. *Recent Advances in Autism Spectrum Disorders, 1*, 691-717
16. Mok, J. W. S., Chung K. H. (2014). Application of DIR/Floortime Model in the Psychiatric Service for Very Young Children with Autism in Hong Kong. *Hong Kong Journal of Mental Health*, 40(1), 23-30
17. Mercer, J. (2015) Examining DIR/Floortime™ as a Treatment for Children With Autism Spectrum Disorders: A Review of Research and Theory. *Research on Social Work Practice*. 27(5), 1-11
18. MKB – 10, *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema*. (2012) Deseta revizija. Svjetska zdravstvena organizacija 2004. Medicinska naklada. Zagreb
19. Nikolić, S. (2000). *Autistično dijete: kako razumjeti dječji autizam*. Zagreb: Prosvjeta.
20. Pajaraya, K., & Nopmaneejumrulers, K. (2011). A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism*, 15(5), 563–577.
21. Rade, R. (2015). *Mala djeca s komunikacijskim teškoćama*. Zagreb: FOMA
22. Remschmidt, H. (2009). *Autizam: pojavni oblici, uzroci, pomoć*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
23. Savez udruga za autizam Hrvatske (2020) *Autizam* Posjećeno 30.06.2020 na mrežnoj stranici Saveza: <https://www.autizam-suzah.hr/autizam/>
24. Solomon, R., Necheles, J., Ferch, C., Bruckman, D. (2007). Pilot study of a parent training program for young children with autism. *Autism*, 11(3), 205–224.

25. Šogolj, E. (2018) Autizam s aspekta DIR modela. Završni rad. Pula: Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti, Stručni studij Predškolski odgoj
26. Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Lord, C., Rogers, S., Carter, A., Carver, L., Chawarska, K., Constantino, J., Dawson, G., Dobkins, K., Fein, D., Iverson, J., Klin, A., Landa, R., Messinger, D., Ozonoff, S., Sigman, M., Stone, W., TagerFlusberg, H., i Yirmiya, N. (2009). Clinical assessment and management of toddlers with suspected autism spectrum disorder: Insights from studies of high-risk infants. *Pediatrics*, *123*, 1383-1391
27. Wieder, S., Greenspan, S. I. (2003). Climbing the symbolic ladder in the DIR model through floor time/interactive play. *Autism*, *7*(4), 425–435.