

Važnost rane intervencije kod djece s poremećajem iz spektra autizma

Bračun, Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

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:199:954524>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-01**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Marija Bračun

**VAŽNOST RANE INTERVENCIJE KOD DJECE S
POREMEĆAJEM IZ SPEKTRA AUTIZMA**

ZAVRŠNI RAD

Zagreb, 2022.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Marija Bračun

**VAŽNOST RANE INTERVENCIJE KOD DJECE S
POREMEĆAJEM IZ SPEKTRA AUTIZMA**

ZAVRŠNI RAD

Mentorica: Izv. prof. dr. sc. Marina Milić Babić

Zagreb, 2022.

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Rana intervencija	2
2.1. Sudionici rane intervencije.....	6
2.1.1. Obitelj.....	6
2.1.2. Stručni tim	8
2. 2. Rana intervencija u Republici Hrvatskoj	12
4. Poremećaj iz spektra autizma	17
4.1. Znakovi poremećaja iz spektra autizma	18
5. Izazovi rane intervencije kod poremećaja iz spektra autizma	20
6. Zaključak.....	23
7. Literatura.....	25

Važnost rane intervencije kod djece s poremećajem iz spektra autizma

Sažetak: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-5) definira poremećaj iz spektra autizma (PSA) kao neurorazvojni poremećaj kojeg određuju deficiti u socijalnoj komunikaciji i socijalnoj interakciji te ograničeni, ponavljajući obrasci ponašanja, interesa i aktivnosti (American Psychiatric Association, 2013.). Iako se PSA najčešće dijagnosticira oko 4. godine života djeteta (Centar za kontrolu i prevenciju bolesti, 2012.), ipak se uočava trend sve ranijeg prepoznavanja znakova koji upućuju na PSA, a samim time ističe se i važnost rane intervencije i njezinog utjecaja na razvoj komunikacije, jezika i govora. Osim važnosti same rane intervencije, posebno se naglašava i važnost djetetovih roditelja, koji u suradnji sa stručnjacima različitog profila mogu uvelike doprinijeti budućem razvoju djeteta s poremećajem iz spektra autizma. Ovim će se radom nastojati prikazati značajke poremećaja iz spektra autizma, njegov utjecaj na dijete, ali i na obitelj, kao sustava podrške i pomoći, a prikazat će se i važnost rane intervencije adekvatnog tima stručnjaka, sa svrhom što kvalitetnijeg daljnjeg razvoja i napretka djeteta s poremećajem iz spektra autizma.

Ključne riječi: rana intervencija, djeca, poremećaj iz spektra autizma

The importance of early intervention in children with autism spectrum disorder

Abstract: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) defines autism spectrum disorder (ASD) as a neurodevelopmental disorder characterized by deficit in social communication and social interaction as well as limited, repetitive patterns of behavior, interests and activities (American Psychiatric Association, 2013.). Although ASD is most often diagnosed around the age of 4 (Center for disease control and prevention, 2012.), there is still a trend towards earlier recognition of signs that point to ASD and thus the importance of early intervention and its impact on the development of communication, language, and speech. In addition to the importance of early intervention itself, the importance of the child's parents, who in cooperation with experts of different profiles, can greatly contribute to the future development of a child with an autism spectrum disorder, is also emphasized. This paper will try to show the features of autism spectrum disorder, its impact on the child, but also on the family as a system of support and help and the importance of early intervention by an adequate team of experts, with the aim for the best possible further development and progress of the child with this disorder.

Key words: early intervention, child, autism spectrum disorder

Izjava o izvornosti

Ja, Marija Bračun pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Marija Bračun

Datum: 22. 8. 2022.

1. Uvod

Rana intervencija kao jedan od oblika podrške djetetu u najranijim godinama života ima za svrhu unaprjeđenje razvoja djeteta. Osim podrške djetetu, podrška se pruža i roditeljima te drugim članovima obitelji (Milić Babić i sur., 2013.). Kao usluga, rana se intervencija u Hrvatskoj prvi put spominje Zakonom o socijalnom skrbi iz 2011. godine (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 57/2011., čl. 104, st. 1). Poznato je kako se prve tri godine djetetova života izdvajaju kao najznačajnije za ranu intervenciju, no sam proces rane intervencije ne završava tada, već traje sve do djetetova polaska u školu (Košček i sur., 2009.). U skladu s time i sam Zakon, putem rane intervencije, osigurava sustav podrške djetetu, kao i njegovim roditeljima, sve do 7. godine djetetova života (Milić Babić i sur., 2013.). Sustav podrške rane intervencije u Republici Hrvatskoj suočen je s brojnim nedostatcima, od kojih se posebno ističu centraliziranost same usluge rane intervencije te nedostatan broj terapeuta (Matijaš i sur., 2019.). Međutim, ono što uvelike doprinosi uspješnom provođenju rane intervencije je interdisciplinarna suradnja stručnjaka različitih profila, kao i suradnja s roditeljima i djetetom. Naime, unutar sustava rane intervencije roditelji čine partnere stručnjacima, a samu interdisciplinarnost i transdisciplinarnost stručnjaka nadopunjuju roditeljskom brigom i svakodnevnom skrbi o djetetu (Milić Babić i sur., 2013.). Nadalje, mnogi stručnjaci ističu kako do boljih razvojnih ishoda djeteta dolazi ukoliko se teškoće u razvoju primijete ranije. Preduvjet tome je, prije svega, rano otkrivanje bilo kakvog poremećaja kod djeteta, pa tako i poremećaja iz spektra autizma (Cepanec i sur., 2015.), o kojemu će u ovome radu biti riječ. Kako bismo mogli bolje razumjeti poremećaj iz spektra autizma, od izuzetne je važnosti biti upoznat s njegovim glavnim karakteristikama. Naime, poremećaj iz spektra autizma moguće je prepoznati obzirom na sljedeće tri skupine simptoma: poremećaj u komunikaciji, poremećaj socijalne interakcije i ponavljajuća ponašanja; kao i rana pojava tih simptoma te nepoznati uzroci samog poremećaja (Bujas Petković i sur., 2010.).

2. Rana intervencija

Iako je rana intervencija kao pojam prisutna već neko vrijeme, ona se prvotno započinje provoditi u SAD-u, i to sedamdesetih godina prošlog stoljeća (Ljubešić, 2003.). Rana intervencija u djetinjstvu sastoji se od velikog broja postupaka koje osiguravaju različiti stručnjaci, od djetetova rođenja pa sve do navršene šeste godine njegova života, da bi se poboljšalo zdravlje i dobrobit djeteta, no i umanjile djetetove teškoće u razvoju, ublažile potencijalne teškoće, prevenirala moguća pogoršanja, promoviralo adaptivno roditeljstvo te unaprijedilo cjelokupno funkcioniranje obitelji (Pinjatela i Joković Oreb, 2010.). U zakonski okvir Republike Hrvatske rana intervencija prvi je put uvedena 2011. godine, a utvrđena je kao stručna poticajna pomoć djeci, njihovim roditeljima, drugim članovima obitelji te udomiteljima kod određenog razvojnog rizika ili teškoće djeteta (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 33/2012., čl. 91, st. 1). Nadalje, rana se intervencija pruža djeci i roditeljima, kao i udomiteljima za djecu, ponajprije sa svrhom uključivanja djeteta u socijalnu mrežu, posebno ako se takva usluga ne predviđa u okviru zdravstvene djelatnosti, no i djetetu kod kojeg se uviđa odstupanje u razvoju, rizik ili teškoće, obično do navršene 3. godine života, a iznimno do navršene 7. godine života djeteta. Kako bi se uopće rješenjem centra za socijalnu skrb omogućilo pravo na pružanje rane intervencije, nužno je pribaviti mišljenje liječnika specijalista neonatologa ili pedijatra. Rana se intervencija može pružati u različitim ustanovama, kao što su dom socijalne skrbi i centar za pružanje usluga u zajednici, no može se osiguravati i u obitelji korisnika te udomiteljskoj obitelji u ograničenom trajanju do pet (5) sati tjedno. Ovdje je, također, važno napomenuti kako korisnik koji koristi uslugu rane intervencije ne smije ujedno koristiti i uslugu psihosocijalne podrške (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 157/2013., čl. 84, st 2, 3, 4, 5, 6, 7). Novim Zakonom o socijalnoj skrbi, koji je u Republici Hrvatskoj stupio na snagu 17. 2. 2022. godine, usluga rane intervencije preimenovana je u uslugu rane razvojne podrške, sadržaj njezinih usluga nešto proširen, dok su njezini korisnici, trajanje i pružatelji uglavnom ostali isti (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 18/2022., čl. 97, 98). Kao ključna načela rane intervencije ističu se: djeca u djetinjstvu najviše uče iz iskustava i komunikacije s drugim ljudima., uz pravodobnu podršku i pomoć obitelj može poboljšati djetetov razvitak i učenje; ključna uloga stručnjaka rane intervencije je osiguravanje adekvatne potpore i podrške obitelji; proces rane intervencije, dakle od prvog „dodira“ s obitelji, pa

nadalje, mora biti dinamičan, individualiziran te u skladu s interesima i kulturološkim uvjerenjima obitelji, a sami ishodi individualiziranog plana podrške obitelji moraju biti funkcionalni; najpoželjnije je da se za obiteljske prioritete i potrebe zaduži jedan stručnjak koji će biti predstavnik cijelog tima i upravitelj koordinacije; te da su intervencije koje se pokreću prema obiteljima i njihovoj djeci jasne, provjerene i znanstveno utemeljene (Košiček i sur., 2009.). Wrightslaw (2008.) pak navodi kako se rana intervencija sastoji od sljedećih dijelova: informiranja, savjetovanja, edukacije te podrške djeci i roditeljima u djetinjstvu, kada je kod djeteta utvrđeno moguće odstupanje u razvoju, s visokim rizikom za djetetov daljnji razvoj. Dakle, sam proces rane intervencije uključuje i djecu kod koje je tek vidljiv određeni faktor rizik za odstupanje u razvoju, koje bi potencijalno moglo utjecati na djetetov budući razvoj i školovanje. U skladu s time, Blackman (2002.) ističe kako je prvotni cilj rane intervencije spriječiti ili umanjiti fizička, emocionalna, kognitivna i druga odstupanja djece, bilo da su ona biološki ograničena, ili pak pod utjecajem rizičnih čimbenika u okolini. Kao takva, prevencija može biti primarna, sekundarna ili tercijarna. U svom radu, terapeuti se uglavnom susreću s onom sekundarnom i tercijarnom prevencijom. Dok je sekundarnoj cilj prekinuti ili zakočiti teškoću prije postizanja vrhunca, tercijarnoj je cilj zaustaviti dodatne, potencijalne komplikacija te unaprijediti kvalitetu života djeteta (De Moor i sur., 1993.). Nadalje, De Moor i suradnici (1993.) razlikuju pet postupka procesa rane intervencije: identifikaciju, probir, procjenu, trening i vođenje. Prvenstveno, identifikacija uključuje uočavanje odstupanja od urednog razvoja od strane pedijatra, koji, potom, svoja opažanja prenosi djetetovim roditeljima i ukazuju im na daljnje radnje. Ovdje se, isto tako, naglašava važnost vremena zamjećivanja odstupanja. Naime, ranim uočavanjem moguće je prevenirati daljnja napredovanja stanja djeteta, dok se roditeljima pruža mogućnost pravovremene reakcije, kao i ostvarivanja kontakata s adekvatnim stručnjacima (Alliston, 2007.). Završetkom identifikacije kreće probir, to jest detaljna procjena djeteta koju obavlja stručnjak iz pojedinog područja, poput edukacijskog rehabilitatora, logopeda, i slično. Procjenom se nastoji doznati kakvo je djetetovo funkcioniranje, no i uputiti roditelje u djetetovu procjenu, predložiti im daljnje postupke te kreirati individualizirani plan terapije za određeno dijete. Kako bi se terapijski individualizirani plan uopće mogao osmisliti i realizirati, stručnjaci moraju biti upućeni u cjelokupnu sliku djetetova svakodnevnog funkcioniranja, kao i

njegovog okruženja. Slijedi trening, odnosno korištenje mnogobrojnih aktivnosti sa svrhom poboljšanja djetetovo funkcioniranje. Posljednjim postupkom rane intervencije, vođenjem, posve se nastoji uključiti roditelje u proces rane intervencije, savjetovati ih te, ono najvažnije, uvježbati za rad s djetetom (Demarin, 2019.). U skladu s posljednje navedenim, poželjnim ishodima programa rane intervencije, Bailey i suradnici smatraju sljedeće: obitelj može uvidjeti i shvatiti djetetovu snagu, mogućnosti i potrebe; obitelj prepoznaje i zalaže se za svoja i djetetova prava; obitelj osigurava pomoć i podršku djetetovu razvoju i napretku; uz pomoć stručnjaka, obitelji se osigurava pristup sustavu formalne i neformalne podrške te dostupnim uslugama i aktivnostima u zajednici (Košiček i sur., 2009.). Za provođenje rane intervencije kod djece s teškoćama u razvoju, kao i njihovih obitelji ističu se četiri glavna razloga: etički, razvojni, ekonomski i empirijski (Bailey, 1998., prema Mihaljević, 2013.). Etički, odnosno moralni razlozi odnose se na prava djeteta i obitelji na učinkovitu praksu usluge rane intervencije. Razvojni razlozi ističu pozitivne ishode rane intervencije na sam razvoj, učenje i napredak djeteta. Ekonomski razlozi odnose se, uglavnom, na činjenicu da su usluge rane intervencije u ranom djetinjstvu priuštivije, obzirom na mnogobrojne, različite terapije u kasnijem životu, dok su empirijski razlozi povezani s rezultatima brojnim istraživanja koja su ukazala na dugotrajnu djelotvornost procesa rane intervencije na djetetov razvitak te na prilagodbu djetetove obitelji (Bailey, 1998., prema Mihaljević, 2013.). Nadalje, već je poznato kako je rano djetinjstvo, posebice zbog njegove važnosti za stjecanje ranog iskustva i razvoja mozga u cijelosti, najosjetljivije razdoblje djetetova razvoja (Joković-Turalija i Pajca, 1999.). Naime, proces djetetova učenja započinje već u prenatalnom razdoblju, no najsnažniji je u djetinjstvu (Ljubešić, 2012.). U djetinjstvu, odnosno od rođenja do treće godine, a intenzivno u prvoj godini života, dijete usvaja prve pokrete, korake, izgovara prve riječi i rečenice te im pridaje pojedino značenje. Također, dijete uči kako razumjeti raspoloženja i emocije ljudi koji ga okružuju, a i ono postaje svjesno vlastitih emocija te nastoji ovladavati njima (Košiček i sur., 2009.). Može se, stoga, zaključiti kako se upravo u ranoj dobi djeteta javljaju najveće promjene, i to u obliku razvoja i migracija moždanih stanica, kao i razvoja novih aksona te povezivanja stanica sinapsama (Shonkoff i Phillips, 2000.). Upravo je mozak, odnosno plasticitet mozga glavni razlog zbog kojeg se ističe važnost ranog djelovanja i uključivanja djeteta u tretman.

Plasticitet mozga je sposobnost moždanog tkiva djece da se održi funkcionalni kapacitet, na način da se oštećeno tkivo zamijeni nekim drugim živčanim tkivom (Joković-Turalija i Pajca, 1999.). Dakle, fenomen zvan plasticitet mozga podupire sam koncept rane intervencije, kao zaštitne strategije, koja stimulira razvoj mozga tijekom tog kritičnog perioda razvoja djeteta. Pritom, kritično razdoblje je razdoblje posebne osjetljivosti djeteta na utjecaje i stimulacije iz okoline, u odnosu na druga životna razdoblja. Sam plasticitet mozga razlikuje se ovisno o dobi, a, isto tako, postoje i određena razdoblja kada se pojedine funkcije razvijaju. Mozak čiji je razvitak tek u početku ima veću fleksibilnost i potencijal u učenju, nego li onaj koji je već razvijen (Bonnier, 2008.). Dječji je mozak, stoga, plastičniji od već razvijenog mozga odrasle osobe, što omogućuje djeci da brže usvoje nove vještine, kao i da se oporave od ozljede mozga (Johnston i sur., 2009.). U skladu s time, uključivanjem djece s teškoćama u razvoju u edukacijsko-rehabilitacijske programe tijekom spomenutih osjetljivih razdoblja, iskorištavaju se pozitivni utjecaji plasticiteta mozga, čime se mozak potiče na reorganizaciju, što posljedično dovodi učenju novih vještina djeteta (Košiček i sur., 2009.). Naime, odgovarajući integracijski programi trebali bi rezultirati što preciznijim definiranjem procjene za svako dijete. Dakle, što je kraće vrijeme ranog otkrivanja poteškoća, a plasticitet mozga veći, mogućnost razvijanja teškoća je manja (Joković-Turalija i sur., 2003.). Međutim, ishod intervencije prvotno ovisi o sposobnosti živčanog sustava da se, ovisno o iskustvu, modificira, a također, sam je plasticitet mozga, zbog postojanja takozvanih prozora mogućnosti, odnosno kritičnih perioda u kojima postoji mogućnost za mijenjanje neurološke funkcije djeteta, nerijetko ograničen vremenom (Košiček i sur., 2009.). Važno je, stoga, da se s tretmanom započne što ranije, odnosno prije stvaranja patoloških obrazaca pokreta i ponašanja (Zukunft-Huber, 1996., prema Joković-Turalija i sur., 2002.). Sličnog razmišljanja je i autorica Ljubešić (2012.), koja ističe kako je bitno da se s procesom stimulacija, učenja, rehabilitacije i terapije započne odmah, odnosno čim se uoči postojanje rizika od nastanka teškoće ili dobije saznanje o postojanju teškoće (Ljubešić, 2012.). Naime, sam proces rane intervencije započinje rođenjem djeteta i traje sve do njegova polaska u školu (Košiček i sur., 2009.), a brojni su se stručnjaci usuglasili kako su upravo prve tri godine života djeteta najvažnije za ranu intervenciju (Spiker i sur., 2005.). Međutim, iako se sve češće naglašava razdoblje prve tri godine života djeteta, Nelson (1999.) pak ističe

kako ne treba izostaviti niti period nakon navršene treće godine života, naročito zbog činjenice kako su neurorazvojna plastičnost i učinkovite mogućnosti utjecaja na kvalitetu razvoja tada i dalje prisutne. Dakle, s ranom intervencijom treba započeti što ranije, no bez opterećenja da uključivanje u istu, nakon navršene treće godine života djeteta, neće imati svrhu (Ljubešić, 2006.). Iako se program rane intervencije može pružati u različitim okruženjima, najpoželjnijim se ističe prirodno okruženje djeteta (Wrightslaw, 2008.). Ranom intervencijom, odnosno, kroz prava i usluge koja ista nudi, nastoje se povećati kapaciteti obitelji za pružanjem adekvatne podrške djetetovu razvoju, kao i, općenito, kvaliteta života čitave obitelji (Epley i sur., 2011., prema Milić Babić i sur., 2013.). Sve navedeno predstavlja ono što proces rane intervencije u suštini i jest, a to je što ranije uključivanje djeteta u proces rehabilitacije, bez obzira je li oštećenje nastalo tijekom prenatalnog, perinatalnog ili postnatalnog razdoblja, kao i rad s, i pružanje podrške njegovim roditeljima. Pojam rehabilitacije se prije svega odnosi na osposobljavanje djeteta s teškoćama u razvoju do pune fizičke, emocionalne, društvene, radne i ekonomske samostalnosti (Stojčević-Polovina, 1998.). Ranom se intervencijom, dakle, nastoji potaknuti optimalan rast i razvoj djeteta, a sve s ciljem postizanja maksimalnog potencijala na emocionalnom, socijalnom i kognitivnom području (Sabolič, 2006.).

2.1. Sudionici rane intervencije

2.1.1. Obitelj

Danas, u sve većoj mjeri, rana intervencija uključuje cjelovit i konzistentan pristup tima stručnjaka usmjerenog na potrebe djeteta, no i njegove obitelji (Ramey i sur., 2007.). Naime, u procesu rane intervencije, upravo obitelj/roditelji, zajedno s djetetom, čine drugog značajnog sudionika samog procesa. Bitnost obitelji u razvoju djeteta posebno se ogleda u činjenici kako je obitelj primarno okruženju u kojem, i od kojeg dijete usvaja znanja (Joković-Turalija i Pajca, 1999.). U skladu s time, suvremeni se koncepti rane intervencije sve više usmjeravaju postupcima koji uključuju obitelj, kao i na njihovu prilagodbu na postojeće stanje, i načine na koje će članovi obitelji biti u mogućnosti poticati djetetov razvoj (Milić Babić i sur., 2013.). Dakle, rana intervencija, uz rad s djetetom, odnosi se i na rad s obitelji, u smislu osiguravanja podrške, pomoći i edukacije (Joković-Turalija i Pajca, 1999.). Unutar

postojećeg sustava koji se nerijetko usmjerava na teškoću djeteta, te u kojem se roditelji/obitelj ne osjeća kompetentno, od iznimne je važnosti usmjeriti se na potrebe i snage obitelji (McWilliam, 2010.). Pri suočavanju sa saznanjem o teškoći njihova djeteta, roditeljima je nužna podrška i pomoć različitih stručnjaka, kako bi što brže i uspješnije prevladali postojeću emocionalnu krizu, te kako bi se, samim time, što prije uključili u proces rehabilitacije svog djeteta (Joković-Turalija i Pajca, 1999.). Mnogobrojni stručnjaci uključeni u proces rane intervencije ističu kako se ne smije zanemariti značaj vremena provedenog u obitelji kao mogućnost djeteta za usvajanje novih znanja. Također, navode kako su prirodna okolina i svakodnevne rutine, poput razgovora s djetetom, čitanja djetetu, igranja s djetetom te način nošenja s djetetovim ponašanjem ključne za djetetov razvoj (McWilliam, 2015.). Nužno je, stoga, upoznati roditelje sa značajem konzistentnog rada s djetetom, kao jednoj od najznačajnijih dopuna rehabilitaciji (Joković-Turalija i Pajca, 1999.). Nadalje, koncept rane intervencije usmjeren na obitelj uključuje tri čimbenika: isticanje djetetovih mogućnosti, poticanje obiteljskog izbora i kontrola odabranih sredstava te stvaranje suradnje između stručnjaka i roditelja (Espe-Sherwindt, 2008.). Možemo, dakle, zaključiti kako je model usmjeren prema obitelji, zapravo, način stvaranja odnosa između obitelji i stručnjaka (Dunst, 2007.). Nadalje, Holm i McCartin (1978.) napominju kako tijekom cjelokupnog procesa rane intervencije, a naročito u procesu evaluacije i kreiranja programa, treba slušati, analizirati i uzimati u obzir povratne informacije roditelja o tome što bi mogao biti problem kod njihova djeteta te kako mu se može pomoći. Naime, već pri samom otkrivanju razvojnih teškoća, vrlo važan dijagnostički oslonac su opažanja roditelja (Joković-Turalija i sur., 2002.). U slučaju da se takvo nešto zanemari, kod roditelja djeteta s teškoćama u razvoju nastat će rana negativna iskustva, koja će posljedično imati utjecaj i na stvaranje negativnih stavova prema stručnjacima, ali i ranoj intervenciji, općenito (Hintermair i Lang, 2013., prema Milić Babić i sur., 2013.). Mogli bismo, dakle, kazati kako su mišljenja i ideje roditelja nužna za postizanje suradničkog načina rada, kao i pružanje što kvalitetnije usluge djetetu. Bez suradnje s roditeljima, neće se postići djelotvorna rana intervencija (McWilliam, 2010.).

2.1.2. *Stručni tim*

Složenost kliničke slike djeteta zahtijeva kvalitetan i adekvatan pristup različitih stručnjaka educiranih u području rane edukacije i razvojne rehabilitacije, odnosno cjelokupnom području rane intervencije. Naime, ukoliko je kod djeteta prisutna teškoća u samo jednom području razvoja, ona u vezi s drugim razvojnim područjima može dovesti do većih komplikacija i odstupanja u cjelokupnom razvoju (Alimović, 2013.). Upravo iz tog razloga u proces rane intervencije uključuje se velik broj stručnjaka različitih profesija (Chen, 2014.). Kod djece rođene s neurorizikom nužan je stručan tim koji će svojim znanjem i suradnjom s drugim članovima tima omogućiti djetetu odgovarajuću skrb i podršku (Validžić Požgaj, 2018.). Liječnički tim koji se može sastojati od neonatologa, neuropedijatra, fizijatra, medicinskih sestara, i slično, prvi dolazi u kontakt s djecom s neurorazvojnim rizicima i teškoćama u razvoju te njihovim obiteljima, a, također, prvi i procjenjuje te prati djetetovo zdravlje i razvoj, postavlja dijagnozu, i daje roditeljima smjernice za daljnje korake (Matijaš i sur., 2019.). Osim liječničkog tima, važna uloga pridaje se i timu stručnjaka koji dolaze iz područja re/habilitacije, poput edukacijsko-rehabilitacijskih stručnjaka (Validžić Požgaj, 2018.). Iako postoji velik broj stručnjaka različitih profila koji mogu biti uključeni u proces rane intervencije, ipak postoje neke sličnosti koje ih međusobno povezuju. Naime, članovi tima za ranu intervenciju surađuju u području procjene razvojnog statusa djeteta, izrade i provedbe programskog plana za dijete s teškoćama u razvoju, a procjenjuju i potrebe djeteta i njegove obitelji (Woodruff i McGonigel, 1988.). Prema modelu Košičeka i suradnika (2009.), stručni timovi uključeni u proces rane intervencije mogu se sastojati od edukacijsko-rehabilitacijskog stručnjaka, liječnika, psihologa, socijalnog radnika i medicinske sestre. Svaki od tih članova ima vlastitu, posebnu ulogu unutar tima. Tako je, primjerice, edukacijsko-rehabilitacijski stručnjak zadužen za ranu procjenu djetetovog razvoja, provođenje razvojnih programa i praćenje njihovog tijeka te suradnju s medicinskim osobljem, a uključen je i u dnevnu njegu djeteta. Liječnik, pak, prvi postavlja dijagnozu djeteta, upućuje dijete i njegovu obitelj na specijalne zdravstvene ustanove, medicinski prati dijete, a povezan je i sa zdravstvenom službom. Zatim, uloga psihologa odnosi se na procjenu djetetovog razvoja, pedagoške smjernice, psihološku i socijalnu podršku, te na njegovu povezanost sa socijalnom službom i resursima koji se nude u zajednici, dok bi uloga

medicinske sestre, prvenstveno bila povezana sa skrbi i zdravstvenom prevencijom te informiranjem djetetove obitelji o zdravstvenim pitanjima. Posljednja uloga, uloga socijalnog radnika tiče se pružanja socijalne podrške, informiranja, upućivanja na ostale relevantne aktere, povezivanja s ostalim strukama i pomoći u rješavanju socijalno rizičnih situacija. Između ostalog, socijalni radnici su i ti koji su ponajbolje upućeni u usluge koje postoje u lokalnoj zajednici, koji se zalažu za prava djeteta i njegove obitelji, i koji, samim time, i mogu poboljšati koordinaciju usluga u zajednici, a sve s ciljem što pravodobnijeg informiranja roditelja, reguliranja prava te planiranja raznih aktivnosti iz spektra rane intervencije (Milić Babić i sur., 2013.). Ovdje je nužno naglasiti kako spomenuti model nije univerzalan, već se isti uvijek formira na osnovi potreba samog djeteta (Milić Babić i sur., 2013.). Nadalje, područje rane intervencije zahtijeva izrazito strukturirane oblike timske suradnje, kao i učinkovitu koordinaciju usluga i profesionalaca koja često može biti zahtjevna. Različiti stručnjaci, bilo medicinskog, terapijskog, obrazovnog ili rehabilitacijskog tima raspoložu i različitim profesionalnim disciplinama, a koriste i drugačiji filozofski model pružanja usluga (Bruder, 2010.). Upravo je to ono što najčešće razlikuje članove timova za ranu intervenciju jedne od drugih. U području rane intervencije postoje tri modela timske suradnje: multidisciplinarni, interdisciplinarni i transdisciplinarni, koji se međusobno razlikuju prema stručnosti i educiranosti članova tima, no i načinu te količini suradnje između stručnjaka uključenih u rad s djecom s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima (Validžić Požgaj, 2018.). Jednu od prvih podjela modela timske suradnje ponudili su Woodruff i Hanson, navodeći među njima sličnosti i razlike, obzirom na sljedeće komponente programa rane intervencije: procjena, sudjelovanje roditelja, plan razvoja usluga, plan odgovornosti prema uslugama, plan provedbe usluga, način komunikacije, vodeća filozofija i razvoj osoblja, što je i moguće uočiti u tablici 2.1.

Tablica 2. 1.

Tri modela rane intervencije.

	Multidisciplinarni	Interdisciplinarni	Transdisciplinarni
Procjena	Individualna procjena članova tima	Individualna procjena članova tima	Članovi tima i obitelj zajedno provode sveobuhvatnu

			procjenu djetetova razvoja
Sudjelovanje roditelja	Roditelji se sastaju pojedinačno sa članovima tima	Roditelji se sastaju s timom stručnjaka ili s predstavnikom tima	Roditelji su ravnopravni i aktivno uključeni članovi tima
Plan razvoja usluga	Članovi tima razvijaju zasebne planove za svoje primarno područje rada	Članovi time dijele svoje zasebne planove jedni s drugima	Članovi tima i obitelj razvijaju plan razvoja usluga zasnovan na prioritetima, potrebama i resursima obitelji
Plan odgovornosti prema uslugama	Članovi tima odgovorni su za provođenje njihova dijela plana	Članovima tima odgovorni su za dijeljenje informacija jedni s drugima, kao i za provođenje njihova dijela plana	Članovi tima odgovorni su za način na koji primarni pružatelj usluge izvršava plan
Plan provedbe usluga	Članovi tima provode dio plana razvoja usluge za svoje primarno područje rada	Članovi tima provode svoj dio plan, a gdje je moguće uključuju i ostale dijelove plana	Primarni pružatelj usluge provodi plan u suradnji s obitelji
Način komunikacije	Neformalna komunikacija	Tim se povremeno sastaje kod pojedinačnih slučajeva	Članovima tima redovno se sastaju te izmjenjuju informacije, znanja i vještine
Vodeća filozofija	Članovi tima prepoznaju važnost doprinosa iz ostalih disciplina unutar tima	Članovi tima voljni su i sposobni razvijati, dijeliti i preuzeti odgovor za pružanje usluga koje su dio sveukupnog plana	Članovi tima podučavaju, uče te rade zajedno i izvan granica vlastite discipline s ciljem provođenja plana razvoja usluga djeteta
Razvoj stručnjaka	Nezavisnost te djelovanje unutar vlastitog područja rada	Nezavisnost unutar i izvan vlastitog područja rada	Članovi tima sastaju se kako bi učili i razvijali se kroz više disciplina

Izvor: Woodruff, G, i Hanson, C. (1987). *Three models for early intervention*. Project KAI, US Department of Education, Handicapped Children's Early Education Program.

Moglo bi se, dakle, zaključiti kako je multidisciplinarni model najjednostavniji model timskog rada, a, također, posebno je zastupljen u procesu dijagnostike i terapijske intervencije djeteta kod kojeg je utvrđen visok faktor rizika za neurorazvojna odstupanja. Kao takav, zasniva se na usporednom, no nezavisnom djelovanju stručnjaka u područjima procjene, izrade plana i programa terapije. Dakle, u rad s istim djetetom uključeno je više terapeuta, no na individualnoj bazi, što znači da svaki od njih prati i potiče samo svoje primarno područje rada. Dominira formalna timska suradnja, koja se uglavnom svodi na jednotjedne ili jednomjesečne sastanke na kojima, potom, svaki član tima daje podatke o razvoju djeteta te planira terapijski plan, no kao što je prethodno spomenuto, samo za svoje područje rada. Možemo, stoga, ustvrditi kako je glavna značajka multidisciplinarnog modela timske suradnje upravo samostalnost u djelovanju stručnjaka u okviru vlastite stručne spreme (Validžić Požgaj, 2018.) . Za razliku od multidisciplinarnog pristupa, gdje različiti stručnjaci djeluju zasebno, te kod kojeg se članovima djetetove obitelji prepušta koordinacija pojedinačnim, nerijetko kotradiktornim informacijama koje im daju stručnjaci, interdisciplinarni i transdisciplinarni pristup izbjegavaju fragmentaciju informacija i usluga te osiguravaju višu razinu suradnje. Kod interdisciplinarnog pristupa postoji zajednička suradnja i komunikacija stručnjaka različitih profesija sa svrhom međusobnog izmjenjivanja informacija, donošenja zajedničkih zaključaka kao i zajedničkog praćenja rezultata djetetovog napretka. Milić Babić i sur. (2013.) ističu veliku važnost interdisciplinarne suradnje različitih stručnjaka zbog pretpostavke da integracija i koordinacija raznih usluga dovodi do boljih ishoda rane intervencije. Naime, dobra suradnja stručnjaka različitih profesija sa sobom nosi i bolju dostupnost usluga roditeljima, bolji protok informacija upućenih roditeljima, poboljšanu kvalitetu pruženih usluga, a pozitivno doprinosi i odnosima roditelja i stručnjaka te kvaliteti života obitelji. Transdisciplinarnim se pristupom pak nastoje pomaknuti granice pojedinih disciplina kako bi se mogao oformirati tim koji prelazi granice pojedine struke, a samim time i unaprjeđuje komunikaciju, međusobno djelovanje i suradnju članova stručnog tima. Unutar takvog modela timske suradnje

članovi se tima ponašaju kao kohezivna jedinica, dijele vlastite vještine i znanja s drugima, te je kod njih razvijen osjećaj zajedničke odgovornosti za sve aktivnosti i funkcije tima. Uz stručnjake, kao dio tima, transdisciplinarnost podrazumijeva i obitelj kojoj se omogućuje ravnopravno i aktivno sudjelovanje u donošenju odluka za dijete (Matijaš i sur., 2019.). Unatoč postojanju triju različitih modela timske suradnje, možemo zaključiti, kako suvremeni pristup ranoj intervenciji, uz tim stručnjaka, uključuje organizaciju rada, koja prvenstveno počiva na modelima interdisciplinarnosti i transdisciplinarnosti suradnje stručnjaka (Milić Babić i sur., 2013.).

2. 2. Rana intervencija u Republici Hrvatskoj

Iako u različitim državama svijeta i dalje nisu uspostavljena jednaka načela u provođenju rane intervencije, kao ni jednaka dostupnost za svako dijete, ono što ih povezuje je činjenica kako se proces rane intervencije provodi od djetetova rođenja pa sve do njegova polaska u školu, točnije do 6., odnosno 7. godine djetetova života (Košiček i sur., 2009.). Ipak, neke od pozitivnih primjera u provođenju rane intervencije moguće je uočiti u modelima rane intervencije prisutnima u Norveškoj te Njemačkoj, točnije Bavarskoj. Norveški model zagovara pravo svakog djeteta s teškoćama u razvoju na individualan plan i program koji se planira i izrađuje uz stalnu suradnju s roditeljima. Pritom, lokalna vlast ima dužnost djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima pružiti profesionalnu i ekonomsku pomoć, kao i koordinirati njome. Ono što se, također, omogućava djetetu je i pravo na edukacijsko-rehabilitacijskog stručnjaka. Njegov se zadatak sastoji u praćenju razvoja djeteta i davanju preporuka za provođenje razvojnog programa, na koji roditelji, ukoliko se ne slažu s provođenjem istog, mogu uložiti žalbu. Uz to, djetetu se pruža i pravo na osobnog asistenta (European Agency for Development in Special Needs Education, 2005.). U Bavarskoj se, pak, kao pozitivne značajke provođenja rane intervencije ističu: izuzetno dostupna podrška i potpora djetetovoj obitelji, visoka razina stručnosti stručnjaka uključenih u proces rane intervencije, kao i dobra povezanost među njima, no i, općenito, u svim ustanovama kojima se osigurava podrška djetetu s teškoćama u razvoju i njegovoj obitelji (Early Childhood Intervention 2005.). Osvrnemo li se pak na Republiku Hrvatsku, vrijedi spomenuti godinu 1995., kada je po prvi put započeo s radom „Kabinet za ranu komunikaciju“. U njemu se su provodile prve interdisciplinarnosti procjene djece rane dobi, a kao

rezultat tog rada, u suradnji s tadašnjim Državnim zavodom za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži, godine 2000., počinje se provoditi prvi interdisciplinarni pilot - projekt pod nazivom Biti roditelj - Model dijagnostičko-savjetodavnog praćenja ranoga dječjega razvoja i podrške obitelji s malom djecom, što ujedno smatramo i začetkom uvođenja suvremenog pristupa rane intervencije u RH. Unutar spomenutog projekta provodila se „Roditeljska škola“, kojom se nastojala pružiti podrška roditeljima djece s komunikacijskim i jezično-govornim poremećajima, pri što boljem shvaćanju njihovog djeteta i njegove teškoće. Do nešto intenzivnijeg napretka u području suvremenog pristupa rane intervencije u Republici Hrvatskoj dolazi organizacijom prvog sveučilišnog poslijediplomskog specijalističkog studija „Rana intervencija u edukacijskoj rehabilitaciji“. Tim su studijem dobiveni prvi specijalisti rane intervencije u djetinjstvu, koji su i počeli osnivati prve organizacije civilnog društva za ranu intervenciju. Spomenuto je dovelo do brojnih pozitivnih pomaka u područje rane intervencije na teritoriju RH, a isto je bilo posebno vidljivo kroz povećanje broja mjesta na kojima se pružaju usluge rane intervencije, primjerice na udruge, privatne pružatelje, i slično, a tu su i veći broj educiranih pružatelja usluga, to jest specijalista rane intervencije, te postupno smanjenja dobi djeteta pri uključivanju u program rane intervencije (Blaži, 2018.). Danas, sve je veći naglasak na važnosti same rane intervencije, no, pritom, upućuje se i na mnogobrojne prepreke koje koče njezino potpuno i sustavno provođenje u RH (Košiček i sur., 2009.). Roditelji djece s teškoćama u razvoju koji se nalaze u sustavu rane intervencije nailaze na pozitivna, ali i negativna iskustva tijekom provođenja iste. Pozitivne stvari uglavnom se vežu uz pristup pojedinaca ili pak organizaciju ustanova s kojima su roditelji ostvarili kontakt. Nažalost, veći je broj negativnih dojmova roditelja, koji se pretežito odnose na sam sustav ili stručnjake kojima se roditelji obraćaju. Jedan od njih je, svakako, neusklađenost samog sustava. Naime, roditelji se nerijetko obraćaju većem broju stručnjaka u različitim ustanovama kako bi svom djetetu osigurali što više različitih terapija i pristupa. U takvim situacijama s jednim djetetom radi više različitih stručnjaka iz različitih sustava, koji, samim time, nisu međusobno povezani, što posljedično dovodi do toga da se roditeljima djeteta pružaju različite informacije. Ovdje je prisutna i kritika vezana uz neprikladno informiranje roditelja o stanju djeteta pri dijagnosticiranju i davanju određene dijagnoze. Također, uočava se i nedostatak timske suradnje te nesigurnost pojedinaca koji postavljaju dijagnozu,

zbog čega se nerijetko roditelje i dijete upućuje na timsku obradu u neki veći centar u RH. Timska je obrada uglavnom dostupna u glavnom gradu, što ukazuje na centraliziranost usluga, a samim time i potrebu za povećanim brojem stručnjaka u različitim dijelovima RH (Matijaš i sur., 2014.). Uz to, mnoštvo roditelja iskazuje veliko nezadovoljstvo duljinom čekanja dijagnostike, terapije, kao i brojem tjednih terapija. Naime, diljem RH postoji nedostatak terapeuta, zbog čega se terapije pretežno odvijaju jedanput na tjedan, što roditelji smatraju nedostatnim. Posljedično, sve je češći odlazak roditelja i djeteta s teškoćama u razvoju izvan RH, a posebno u slučajevima poremećaja iz spektra autizma. Također, Blaži (2018.) u svome radu navodi nekoliko različitih barijera koje sprječavaju uspostavljanje suvremenog sustava rane intervencije na području naše zemlje. Između ostalog, spominje se vrlo kasno uočavanje znakova, koji upućuju na potrebu za uključivanjem djece i njihovih roditelja u programe rane intervencije, nepridavanje pažnje roditeljskoj zabrinutosti za budući razvoj njihova djeteta te nedostatna zakonska regulativa rane intervencije, koja nije dovoljno precizno definirana, već se smatra dijelom opće rehabilitacije djece. Kao najznačajniju barijeru, Blaži ističe priuštivost samih usluga rane intervencije. Naime, iako država pokriva trošak javnog sektora, on je nedostatan, a samim time i nedosežan potrebama brojne djece diljem Hrvatske. Također, dok civilni sektor koji pruža usluge rane intervencije ovisi o financiranju različitim projektima, privatni sektor financira se isključivo sredstvima roditelja djeteta. Postavlja se, stoga, pitanje koliko su uopće usluge rane intervencije priuštive roditeljima djece s teškoćama u razvoju na području RH. Svi navedeni problemi dovode do toga da roditelji djece s teškoćama u razvoju prihvaćaju usluge rane intervencije koje su, nerijetko, nedostatne kvalitete (Blaži, 2018.). Nadalje, Košiček i suradnici (2009.) navode kako na nezadovoljstvo roditelja djece s teškoćama u razvoju utječe i nepravovremenost te nedovoljna kvaliteta informiranja o mogućim tretmanima i rehabilitaciji djeteta, kao i loša suradnjom među stručnjacima. Uočava se i neinformiranost roditelja o važnosti što ranijeg uključivanja u rehabilitacijski tretman, o mjestima gdje mogu potražiti podršku i pomoć, no i savjet u slučaju da primijete određena odstupanja u razvoju svog djeteta. Nužno je, stoga, informirati javnost, buduće i sadašnje roditelje o važnosti samog procesa rane intervencije, kao i o važnosti što bolje međusobne povezanosti i timskog rada stručnjaka različitih profila.

3. Rana intervencija i poremećaj iz spektra autizma

Da bismo uopće mogli djelovati i intervenirati na području poremećaja iz spektra autizma (PSA), od izuzetne je važnosti poznavati pravilno funkcioniranje obrasca razvoja komunikacije i jezika. To doprinosi izglednijim mogućnostima stručnjaka za pravovremenim i pravovaljanim reagiranjem i djelovanjem u okvirima rane intervencije. U skladu s time, Američka akademija pedijatara (Lindgren i Doobay, 2011.) objedinjuje ključne značajke o osnovnim načelima rane intervencije kod djece s PSA-om od kojih se izdvajaju: integriranje djeteta u proces rane intervencije odmah pri uočavanju sumnje na PSA, a prije postavljanja konačne dijagnoze; mogućnost pristupa programima uz sustavno i razvojno primjerene aktivnosti poticanja, kojima se nastoji potaknuti razvoj funkcionalne komunikacije, socijalnih vještina, igre, funkcionalnih akademskih vještina, kao i umanjiti nepoželjna ponašanja; individualni rad, te izučavanje djece u manjim grupama, gdje svako dijete postiže individualizirane ciljeve; uključivanje roditelja u proces rane intervencije; integriranje roditelja u grupe za poticanje djeteta s PSA-om; stvaranje mogućnosti za interakciju s vršnjacima urednog razvoja do one granice do koje su takve interakcije svrsishodne; kontinuirano opažanje i bilježenje djetetova napretka uz mogućnost odabira drugog programa; smanjenje utjecaja ometajućih čimbenika kroz pružanje visoke razine strukture kroz rutine i što jasniju fizičku prilagodbu prostora; generalizacija, to jest korištenje prethodno naučenih vještina u nepoznatim situacijama, kao i očuvanje naučenih vještina. Nadalje, već je poznato kako se ranom intervencijom nastoji pružiti podrška onim obiteljskim obrascima interakcije koji će ponajviše utjecati na razvoj djeteta, na način da se omogući podrška roditeljima u poticanju djetetovog razvoja, kao i da se potakne napredak djeteta na određenim područjima te preveniraju potencijalne, daljnje teškoće djeteta (Guralnick, 1997.). Dakle, primarni cilj programa rane intervencije kod djece s poremećajem iz spektra autizma ostaje pojačati vještine djeteta, kognitivne, komunikacijske i socijalne, nastojeći, pritom, smanjiti ili barem ublažiti simptome poremećaja iz spektra autizma i druga nepoželjna ponašanja (Reichow i Volkmar, 2010.). Mnogobrojne spoznaje i iskustva iz područja rane intervencije upućuju na bolje razvojne ishode djeteta ukoliko se razvojne teškoće uoče što prije, dakle u najranijoj dobi, te ako se djetetu i obitelji pruži stručna i adekvatna potpora. Značajan uvjet tome je rano otkrivanje poremećaja kod djeteta (Cepanec i sur., 2015.). Uzmemo li, pritom, u obzir činjenicu

kako su simptomi autizma vidljivi već u djetinjstvu, neophodno je progovarati o nužnosti rane intervencije od najranije dobi. Rezultati mnogobrojnih istraživanja, koji su dobiveni naknadnim snimanjem djetetova mozga, pokazali su kako djelotvoran program rane intervencije može potaknuti brojne pozitivne neuronske promjene. (Losardo i sur., 2016.). Primjerice, u istraživanju autorice Dawson i suradnika iz 2012. godine u kojem su bila uključena djeca s PSA, različite dobi, uvidjelo se kako razvojna bihevioralna intervencija (usluga rane intervencije) uvelike doprinosi većem IQ-u, te unaprjeđenju jezika i adaptivnog ponašanja kod djece s PSA. Također, 2015. godine, autorica Bradshaw nastojala je istražiti intervencije za djecu kod koje je utvrđen PSA, odnosno za djecu kod koje tek postoji rizik za isto. Uz tradicionalan ESDM-a (Early start denver model) čija je glavna svrha unaprijediti razvojne rezultate djeteta kroz intenzivan program, Bradshaw navodi kako autor Rogers u svom istraživanju spominje i ESDM koji se, za razliku od onog tradicionalnog, usmjerio na uvježbavanje roditelja strategijama za uključivanje u interakcije u središtu djeteta (Rogers i sur., 2012., prema Bradshaw, 2015.). Obje intervencije, dakle, tradicionalni ESDM te ESDM koji se fokusirao na poučavanje roditelja, imali su značajan utjecaj na vještinu pažnje, motivaciju, komunikacije te oponašanje kod djece s PSA (Bradshaw, 2015.). Isto tako, u području rane intervencije i autizma zanimljivo su istraživanje proveli autori Itzhak i Zachor želeći uvidjeti koji su dobitci rane intervencije u području poremećaja iz spektra autizma. Istraživanjem se nastojalo otkriti koje karakteristike djeteta i majke, u startu, mogu predvidjeti bolje ishode u adaptivnim vještinama i stjecanju kognitivnih dobitaka kod djece s poremećajem iz spektra autizma. Do ishoda u adaptivnim vještinama vodile su početna verbalna sposobnost i dob majke, dok su na stjecanje kognitivnih dobitaka ponajviše utjecali vrsta ozbiljnosti samog PSA-a, dob djeteta te dob i stupanj obrazovanja majke. Naime, bolja verbalna sposobnost majke, posebice kod djece s težim simptomima PSA, te starija dob majke predviđaju bolje adaptivne vještine djeteta, a lakši simptomi PSA, mlađa dob djeteta na početku procesa rane intervencije, starija dob majke i viša razina obrazovanja majke predviđaju i veće kognitivne dobitke (Itzhak i Zachor, 2010.). Ovim se istraživanjem, još jednom, pokazalo kako je nužno da se poremećaj iz spektra autizma dijagnosticira što ranije, da bi se dijete što prije uključilo u proces rane intervencije, a samim time i postiglo što bolje razvojne ishode.

4. Poremećaj iz spektra autizma

U psihijatriju, termin autizam, prvi uvodi Eugen Bleuler 1911. godine, a njime opisuje ključne simptome shizofrenije, točnije, nekomunikativnost, zatvaranje u vlastiti svijet i osamljivanje (Remschmidt, 2009., prema Kirin 2016.). Pojam autizam, pritom se, nerijetko, koristi kao sinonim za poremećaj iz spektra autizma (PSA), koji se definira kao pervazivni, neurorazvojni poremećaj koji se može javiti već kod dojenčadi ili pak u ranom djetinjstvu. Obilježava ga kvalitativno oštećenje društvenih interakcija, kvalitativni poremećaj komunikacije te repetitivno, stereotipno ponašanje i aktivnosti (Bujas Petković i sur., 2010.). Nadalje, Friščić (2016.) pak navodi kako je poremećaj iz spektra autizma razvojni poremećaj koji se javlja u djetinjstvu, i to najčešće tijekom prve tri godine, te da, pritom, utječe na mnogobrojne psihičke funkcije i traje tijekom cijelog život. Dakle, poremećaj iz spektra autizma je poremećaj koji traje kroz cijeli život, a ne stanje koja se može izliječiti. No, moguće je i potrebno provoditi raznovrsne terapije kako bi se djetetu s PSA omogućila što viša razina funkcionalnosti i produktivnosti. Nadalje, prethodno je spomenuto kako se poremećaj iz spektra autizma najčešće otkriva već u ranom djetinjstvu. Iako se njegovi simptomi najčešće prepoznaju u razdoblju od 2. do 3. godine, znakove PSA moguće je uvidjeti već tijekom 18. mjeseca djetetova života. Ranije otkrivanje poremećaja iz spektra autizma, kao i pravovremena intervencija uvelike povećavaju djetetovo funkcioniranje u kasnijoj odrasloj dobi (Američka psihijatrijska udruga, 2013.). Iako uzroci autizma do danas nisu potpuno otkriveni i objašnjeni, Remschmidt (2009., prema Hrgović, 2015.) navodi ključne uzročnike za nastanak poremećaja iz spektra autizma: utjecaj naslijeđa, oštećenja mozga i moždanih funkcija, biokemijske osobitosti, poremećaji kognitivnih procesa i govorno-jezičnog razvoja, poremećaji emocionalnog razvoja te interakcija navedenih činitelja. Dakle, sama etiologija poremećaja iz spektra autizma još nije poznata, no prevladava mišljenje o multikauzalnosti etiologije i kombinaciji genetskih, kongenitalnih, okolinskih, biokemijskih, imunoloških i psihogenih faktora (Bujas Petković i sur., 2010.). Prema posljednjim podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo iz rujna 2021. godine, na području Republike Hrvatske registrirano je 3648 osoba s poremećajem iz spektra autizma, što čini 0,6 % ukupnog broja osoba s invaliditetom u Republici Hrvatskoj (HZJZ, 2021.). Možemo, stoga, zaključiti kako je poremećaj iz spektra autizma (PSA) sve učestaliji poremećaj koji dobiva značaj

društvenog pitanja, posebice pitanja probira, dijagnostike i intervencije kod PSA, koje se pokušava riješiti, ne samo na nacionalnoj, već i na lokalnoj razini. Sustav prepoznavanja samog poremećaja postaje sve učinkovitiji, dok sami roditelji, kao i stručnjaci, ranije nego li u prošlosti uviđaju znakove koji upućuju na PSA. Shodno tome, sve je više djeca koju je potrebno uključiti u programe rane intervencije. Prvenstveno, PSA je poremećaj kod kojeg su u velikoj mjeri narušene sociokognitivne sposobnosti djeteta što se, ponajprije, odražava u djetetovim komunikacijskim i interakcijskim obilježjima te ponašanju (Popčević i sur., 2016.).

4.1. Znakovi poremećaja iz spektra autizma

Obzirom na velik broj različitih autora koji se bave temom autizma kod djece, postoje i različite skupine znakova autizma. Bujas Petković (1992., prema Leutar i Buljevac, 2020.) kao znakove autizma u dojenačkoj dobi ističe: izostanak prvog smješka u trećem mjesecu djetetova života, nepokazivanje emocija, neodgovaranje na majčine emocije, bezrazložan i dugotrajan plač, bezrazložan i dugotrajan strah te poremećaj sna ili ishrane. Zwaigenbaum i suradnici (2005., prema Leutar i Buljevac, 2020.), kao znakove autizma u dojenačkoj dobi pak navode sljedeće: odbijanje hranjenja, izostanak smješka i facijalne ekspresije, nemirne nesanice, nereagirane na imena kada se izgovaraju, izostanak gledanja drugih osoba u lice i oslabljen tonus mišića. Sama dijagnoza poremećaja iz spektra autizma postavlja se uz pomoć priručnika, slijedeći dijagnostičke kriterije. Sukladno petom izdanju priručnika DSM-V (Američka psihijatrijska udruga, 2013.), pojam poremećaja iz spektra autizma (PSA) odnosi se na veći broj poremećaja koji se javljaju u djetinjstvu. Prema navedenom priručniku, PSA se, stoga, više ne definira kao odvojeni entitet, već kao spektar poremećaja, budući da se smatra kako je ovdje riječ o jednom stanju, no s različitim stupnjevima težine. Sukladno DSM-V, poremećaji iz spektra autizma opisuju se kroz nekoliko značajnih kriterija, od koji se izdvajaju stalni deficiti u socijalnoj komunikaciji i interakciji, što uključuje deficite u socio-emotivnoj uzajamnosti (reciprocitetu, dijeljenju osjećaja, i slično), deficite u neverbalnoj komunikaciji (loša neverbalna komunikacija, uporaba gesta i facijalnih ekspresija) i deficite u uspostavljanju i razumijevanju svih međuljudskih odnosa (teškoće u razvijanju, ali i održavanju odnosa te smanjeno zanimanje za vršnjake), te restriktivni i repetitivni, odnosno ponavljajući oblici ponašanja, što se primarno odnosi na

stereotipne ili repetitivne motoričke pokrete, uporabu objekata i govora na stereotipan i ponavljajući način, inzistiranje na ritualima i nefleksibilnim rutinama (nefleksibilnost pri promjeni rutine, ritualni obrasci verbalnog i neverbalnog ponašanja), ograničene interese (fiksirani interesi za neobične objekte, teme), kao i na osjetljivost na, i interes za senzoričke aspekte u okruženju, poput zvukova i teksture. Također, da bi se uopće postavila dijagnoza poremećaja iz spektra autizma, simptomi poremećaja moraju biti prisutni tijekom ranog djetetovog razvoja te dovesti do značajnih pogoršanja na različitim područjima funkcioniranja, poput onih profesionalnih ili društvenih. Zaključno, pri promatranju poremećaja iz spektra autizma važno je znati kako je riječ o širokom rasponu poremećaja u razvoju, a ne o jedinstvenom poremećaju. Svaka dijagnoza, iako se nama na prvi pogled čini sličnom, drugačija je, te svaka osoba s poremećajem iz spektra autizma ima različite simptome i potrebe (Američka psihijatrijska udruga, 2013.). Dakle, djeca koja imaju PSA su djeca koja su ovim poremećajem pogođena na vrlo različite načine, i u različitim stupnjevima. Međutim, iako su sva djeca kojima je dijagnosticiran poremećaj iz spektra autizma, jedinstvena i posebna na svoj način, ona, ipak, u nekoj mjeri, imaju zajednička obilježja. Ta obilježja posebno su vidljiva na područjima komunikacije (govor i mišljenje), socijalnih interakcija, problema s učenjem te stereotipnih i ograničenih interesa i aktivnosti. Naime, govor i mišljenje kao ključni i sastavni dijelovi procesa međuljudske komunikacije posebno su slabo razvijeni kod djece s poremećajem iz spektra autizma (Nikolić, 2000.). Takva djeca nerijetko imaju snižene intelektualne sposobnosti, što dovodi do velikih poteškoća u razumijevanju, a, također, pridonosi i zahtjevnijem razumijevanju pojmova kojima je nužna generalizacija (Remschmidt, 2005.). Velik broj njih, od pete godine pa nadalje, uopće nema razvijen ekspresivni govor, prvenstveno vokalizaciju i gestikulaciju, dok kod manjeg broja djece s poremećajem iz spektra autizma takav govor, u određenoj mjeri ipak postoji, no on je tada najčešće sveden na eholaličan ili specifičan govor. Dijete, primjerice, ponavlja riječi ili rečenice koje je, prethodno, netko drugi izgovorio, no izvan konteksta i bez smisla. Pritom, dijete s PSA nemaju usvojeno znanje, zbog čega su i područja o kojima ona razgovaraju obično obilježena ograničenim sadržajem i načinom (Bujas Petković i sur., 2010.). Spontani govor ne postoji, a ako i postoji, neprimjeren je i nezreo dobi samog djeteta. Emocije su oskudne, a i ne igraju se kao druga djeca, što je primarno posljedica nerazumijevanja

verbalne i neverbalne komunikacije kod djece s PSA. Govorne teškoće kod djece s poremećajem iz spektra autizma svrstavaju se u najbrojnije i najučestalije za tu vrstu poremećaja (Radetić Paić, 2013.). Nadalje, područje u kojem djeca s poremećajem iz spektra autizma imaju velikih teškoća je socijalna interakcija s drugim ljudima. Štoviše, ona ne mogu uspostaviti normalan odnos sa svojom okolinom. Kod te su djece posebno oštećeni neverbalni načini ponašanja, naročito kontakt očima, a, isto tako, ne razvijaju se vršnjački odnosi, nedostaje empatije, ali i interesa prema drugima te socijalne i emocionalne uzajamnosti. Razlog zbog kojeg djeca s poremećajem iz spektra autizma najčešće ne uspostavljaju kontakt očima, jest taj, što to jednostavno nije u njihovom interesu. Također, prilagodba promjenama za njih obično predstavlja problem i nelagodu, koja do izražaja dolazi frustracijom djece s poremećajem iz spektra autizma (Bujas Petković i sur., 2010.) Jedno od poznatijih obilježja poremećaja iz spektra autizma jest i jednoličnost. Djeca s PSA predmete slažu u besmisleni niz, a kod njih je i otežano oblikovanje mišljenja, apstraktnog zaključivanja, kao i nemogućnost planiranja, teškoće u govoru prilikom učenja te smanjeno obraćanje pažnje na pružene informacije i upute (Radetić - Paić, 2013.). Posljednje područje koje se usko veže uz djecu s poremećajem iz spektra autizma jesu stereotipni i repetitivni motorički manirizmi, što u prvom redu uključuje lupanje rukama, guranje palca u usta, udaranje tabanima i ljuljanje. Naime, djeca s PSA nerijetko pokazuju nefunkcionalnost, zaokupljenost pojedinim predmetima te jedinstvene i neobične reakcije na senzorni poremećaj (Bujas Petković i sur., 2010.).

5. Izazovi rane intervencije kod poremećaja iz spektra autizma

Kao jedan od najvažnijih ciljeva rane intervencije kod djece s poremećajem iz spektra autizma ističe se smanjenje težine osnovnih simptoma samog poremećaja. Naime, smanjenje stereotipnog ponašanja, a uz to i unaprjeđenje sociokomunikacijskih vještina djeteta pružit će djeci s poremećajem iz spektra autizma mogućnost da maksimiziraju svoj razvojni potencijal (Zachor i Itzhak, 2017.). Iako programi rane intervencije imaju brojne dobrobiti na budući rast i razvoj djece s poremećajem iz spektra autizma, oni, isto tako, nerijetko predstavljaju značajan izvor stresa za njihove roditelje. Naime, djeca s poremećajem iz spektra autizma nerijetko su uključena u brojne programe rane intervencije koji od njihovih

roditelja zahtijevaju značajnu količinu vremena, energije i novaca, a iziskuju i suradnju s više različitih pružatelja usluga. Nadalje, doživljaj djetetovih roditelja o djelotvornosti rane intervencije određuje i njihov izbor pojedinih programa, kao i redovitost pohađanja istih. Dakle, način na koji roditelji djece s teškoćama u razvoju sagledavaju korisnost i učinkovitost rane intervencije u velikoj mjeri utječe i na sam proces rane intervencije u koji je dijete uključeno, no i na istrajnost roditelja u borbi s brojnim preprekama i izazovima na koje će naići tijekom provođenja istog procesa (Mackintosh, Goin-Kochel i Myers, 2012.). Iz analize stanja rane intervencije u djetinjstvu u Republici Hrvatskoj, koju je 2020. godine proveo UNICEF, moguće je uočiti kako se roditelji djece s teškoćama u razvoju, uključujući i roditelji djece s poremećajem iz spektra autizma, u Republici Hrvatskoj najčešće suočavaju sa sljedećim preprekama: nedostatna koordinacija između različitih sustava u RH, u prvom redu zdravstva, obrazovanja i socijalne skrbi, izostanak kapaciteta u postojećim sustavima, kao i nedovoljan broj stručnjaka i informacija koja se pružaju roditeljima, nedostatan pristup roditelja djece informacijama o zakonima i propisima, nedostatan broj pedijatra, zemljopisna nejednakost, odnosno, prvenstveno, orijentiranost usluga rane intervencije u većim gradovima, nedostatan pristup podacima, manjak programa rane intervencije koji se mogu pružati u djetinjstvu, diskriminacija djece s teškoćama u razvoju, poteškoće s uključivanjem djece u brojne programe rane intervencije, izuzetno duge liste čekanja na javne usluge, prevelik iznos naknada za privatne usluge, zahtjevna papirologija, kao i svakodnevna borba s postojećim sustavom pri potrazi i nabavi različitih usluga za djecu s teškoćama u razvoju (UNICEF, 2020.). Također, jedan od najznačajnijih izazova tijekom procesa rane intervencije predstavlja i razočarenje roditelja, koje se javlja kao posljedica nesklada između njihovih očekivanja i rezultata djetetova napretka (Mackintosh, Goin-Kochel i Myers, 2012.). Roditelji djece s poremećajem iz spektra autizma često su uključeni u niz tretmana i terapija za svoju djecu, poput onih farmakoloških, bihevioralnih i obrazovnih (Goin - Kochel, Myers i Mackintosh, 2007.). Neki od tretmana provode se u školi, pojedini kod kuće, dok drugi pak zahtijevaju odlazak roditelja i djeteta u ordinacije i klinike određenih pružatelja usluga. Što se tiče troškova samih terapija, pojedini tretmani osiguravaju se unutar lokalne zajednice ili ih pokriva osiguranje, što znači da su besplatni, dok za osiguravanje ostalih tretmana roditelji djece s PSA moraju izdvajati izdašne novčane svote. Možemo, dakle,

zaključiti kako je pristup željenim terapijama rane intervencije za roditelje djece s PSA izuzetno teško ostvariv, pa gotovo i nemoguć, u situacijama kada one nisu dostupne u njihovoj zajednici te kada su cijene terapija takve da ih obitelj djetetu jednostavno ne može priuštiti. Također, ovdje je važno napomenuti kako su simptomi i ponašanja djece s poremećajem iz spektra autizma izuzetno heterogeni, a njihovi ishodi neizvjesni. Niti jedan program rane intervencije, stoga, nije primjeren za svu djecu s poremećajem iz spektra autizma (O'Brien i Daggett, 2006.). U današnje vrijeme, dakle, i dalje nije poznato koji će tretmani i terapije rane intervencije ponajbolje odgovarati pojedinom djetetu s PSA (Lord i sur., 2005.). Ne čudi, stoga, činjenica kako su djeca s poremećajem iz spektra autizma nerijetko istovremeno uključena u više različitih terapija i tretmana rane intervencije. Vrijedno istraživanje u ovom području proveli su Mackintosh, Goin-Kochel i Myers nastojeći razotkriti što se roditeljima djece s poremećajem iz spektra autizma sviđa, odnosno ne sviđa u odnosu na tretmane koje njihova djeca trenutačno pohađaju. Analizom odgovora roditelja dobiveno je nekoliko tema: učinkovitost tretmana u koja su pojedina djeca uključena, odnos sa stručnjacima koji rade s njihovom djecom, mogućnost pristupa željenim tretmanima i troškovi pohađanih tretmana. Što se tiče učinkovitosti pohađanih programa rane intervencije, roditelji su u ovom istraživanju isticali kako su programi i učinkoviti, i neučinkoviti, iz razloga što su postojale neke terapije koje su smatrali djelotvornima, dok su za druge smatrali da nisu učinkovite. O odnosu sa stručnjacima, većina roditelja prikazala je taj odnos negativnim, osvrćući se pritom na nedostatnu edukaciju i lošu organizaciju samih stručnjaka, kao i na česte promjene stručnjaka koji rade s njihovom djecom. Nadalje, obzirom na pristupačnost i troškove određenih tretmana, roditelji navode teškoće oko pristupa željenim tretmanima, no i uslugama te ustanovama, a žale se i na velika novčana davanja za iste (Mackintosh, Goin-Kochel i Myers, 2012.). Shodno svemu navedenom, uviđa se kako sustav rane intervencije za djecu s poremećajem iz spektra autizma ima brojne dobrobiti, no i da se suočava s izazovima koji uvelike sputavaju njegovo potpuno ostvarenje, a samim time i napredak te mogućnost za optimalan razvojni ishod djece s PSA.

6. Zaključak

Poremećaj iz spektra autizma javlja se u ranom djetinjstvu, a odnosi se na poremećaje u razvoju socijalnih interakcija i komunikacija, izostanak emocionalnih odgovora, te repetitivne radnje. S druge strane, rana intervencija predstavlja niz mjera usmjerenih potrebama djeteta i njegove obitelji. Kao takva, pruža se od prvih dana djetetova života. Ovim se radom nastojalo ukazati na nužnost ranog uključivanja djeteta s PSA u sustav rane intervencije. Naime, što se ranije započne s programom rane intervencije, iskorištavajući plasticitet djetetova mozga, vjerojatnije je da će dijete s PSA razviti vještine komuniciranja i socijalnog uključivanja. Međutim, sustav rane intervencije u RH koji je trenutno na snazi, nije funkcionalan. Ne iznenađuje, stoga, činjenica kako mnogi roditelji djece s teškoćama u razvoju iskazuju veliko nezadovoljstvo njime. Kroz niz istraživanja iskustava roditelja s procesom rane intervencije, posebno je moguće uočiti sljedeće probleme sustava rane intervencije: nedostatak stručnih timova za ranu intervenciju, posebice u udaljenim, manjim i ruralnim mjestima, neinformiranost roditelja o važnosti rane intervencije, nedovoljna povezanost različitih sustava, nedostatna zastupljenost transdisciplinarnosti u radu s djetetom, kao i česte promjene stručnjaka te otežana financijska priuštivost različitih tretmana. Moguće rješenje u svemu ovome vidim u snažnijem povezivanju različitih sustava koji dolaze u doticaj s djetetom i njegovom obitelji te u uspostavljanju sustava koji će pratiti i kontrolirati kvalitetu usluga rane intervencije diljem RH. Povezivanjem različitih sustava, osigurat će se sveobuhvatnost, čime će stručnjaci biti jasnije upućeni u rad drugih stručnjaka koji rade s djecom, a potencijalno će moći i zajedno osmisliti program rane intervencije koji će ponajbolje odgovarati pojedinom djetetu s PSA. Uspostavljanje sustava nadzora kvalitete rane intervencije omogućit će uviđanje prepreka koje koče ranu intervenciju na pojedinom području, što će olakšati stručnjacima da nađu način kako prevladati iste, a time i osigurati jednako kvalitetan i pristupačan sustav rane intervencije u svim dijelovima naše zemlje, s ciljem postizanja što boljeg razvojnog ishoda svakog djeteta s poremećajem iz spektra autizma.

Popis tablica

Tablica 2. 1. 9

7. Literatura

1. Američka psihijatrijska udruga. (2013). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition: DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association.
3. Alliston, L. (2007). *Principles and practices in early intervention: A literature review for the Ministry of Education*. New Zealand: The Ministry of Education.
4. Alimović, S., Katušić, A. i Jurić, N. (2013). Ishod rane habilitacije funkcionalnog vida u djece s perinatalnim ozljedama mozga. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49(Supplement), 1-9.
5. Blackman, J. A. (2002). Early Intervention: A Global Perspective. *Infants and young children*, 15(2), 11-19.
6. Blaži, D. (2018). Uspostavljanje modela rane intervencije kod djece s neurorizikom i razvojnim odstupanjima. *Epoha zdravlja: glasilo Hrvatske mreže zdravih gradova*, 10(1), 13-15.
7. Bonnier, C. (2008). Evaluation of early stimulation programs for enhancing brain development. *Acta Paediatrica*, 97(7), 853-858.
8. Božić, A. (2016). *Grupna podrška u ranoj intervenciji u djetinjstvu*. Postdiplomski specijalistički rad. Zagreb: Edukacijsko - rehabilitacijski fakultet, odsjek za logopediju.
9. Bradshaw, J., Steiner A. M., Gengoux, G. i Koegel L. K. (2015). Feasibility and effectiveness of very early intervention for infants at-risk for autism spectrum disorder: a systematic review. *J Autism Dev Disord*, 45(3), 778-794.
10. Bruder, M. B. (2010). Early childhood intervention: A promise to children and families for their future. *Exceptional Children*, 76(3), 339-355.
11. Bujas Petković, Z., Frey Škrinjar, J. i suradnici (2010). *Poremećaji autističnog spektra*. Zagreb: Školska knjiga.
12. Centar za kontrolu i prevenciju bolesti (2012). *Autism and developmental disabilities monitoring (ADDM) network*. Posjećeno 3. 7. 2022. na mrežnoj

stranici Centra za kontrolu i prevenciju bolesti:
<https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/addm.html>.

13. Capanec, M., Šimleša, S., IvšacPavliša, J., Slavinić, I. i Mejaški-Bošnjak, V. (2015). Probir na poremećaj iz autističnog spektra u ranoj dobi. *Paediatrica Croatica*, 59, 23-30.
14. Chen, D. (2014). *Essential elements in early intervention: Visual impairment and multiple disabilities*. New York: AFB Press.
15. Dawson, G. i sur. (2012). Early behavioral intervention is associated with normalized brain activity in young children with autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(11), 1150-1159.
16. De Moor, J. M. H., Van Waesberghe, B. T. M., Hosman, J. B. L., Jaeken, D. i Miedema, S. (1993). Early intervention for children with developmental disabilities: manifesto of the Eurlyaid working party. *International Journal of Rehabilitation Research*, 16, 23-31.
17. Demarin, I. M. (2019). Rana intervencija nekad i sad. *Logopedija*, 9(1), 23-27.
18. Dunst, C.J. (2007). Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(4), 370-378.
19. Early childhood intervention (2005). Analysis of situations in Europe, key aspects and recommendations, summary report. Posjećeno 3. 7. 2022. na mrežnoj stranici Early childhood intervention: <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>
20. European agency for development in special needs education (2005). *Early childhood intervention, analysis of situation in Europe, key aspects and recommendations, summary report*. Brussels: Soriano, V.
21. Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*, 23(3), 136–143.
22. Friščić, D. (2016). *Terapijski postupci i edukacijske strategije za djecu s autizmom*. Završni rad. Varaždin: Sveučilište Sjever.
23. Guralick, M. J. (1997). Second-generation research in the field of early intervention. The effectiveness of early intervention. *Brookes*, 3–22.

24. Goin-Kochel, R. P., Myers, B. J. i Mackintosh, V. H. (2007). Parental reports on the use of treatments and therapies for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1, 195–209.
25. Holm, V., McCartin, R. (1978). Interdisciplinary child development team: team issues and training in interdisciplinarity, Early intervention - A team approach. U E. Allen, V. Holm, R. Schiefelbusch (ur.), (str. 97-122). Baltimore: University Park Press.
26. Hrgovčić, D. (2015). *Prvi znakovi autizma*. Završni rad. Pula: Sveučilište Jurja Dobrile u Puli.
27. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2022). *Hrvatski registar osoba s invaliditetom*. Posjećeno 3. 5. 2022. na mrežnoj stranici Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo: <https://www.hzjz.hr/>
28. Itzhak, E. B., Zachor, D. A. (2010). Who benefits from early intervention in autism spectrum disorders? *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 345-350.
29. Johnston, M. V., Ishida, A., Ishida, W. N., Matsushita, H. B., Nishimura, A. i Tsuji, M. (2009). Plasticity and injury in the developing brain. *Brain and Development*, 31(1), 1-10.
30. Joković-Turalija, I., Horvat, D. i Štefanec, M. (2003). Utjecaj neurorazvojnog tretmana i senzoričke integracije za dijete s oštećenjem središnjeg živčanog sustava. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 39(2), 203-210.
31. Joković-Turalija, I., Ivkić, D. i Oberman-Babić, M. (2002). Neki aspekti dijagnostike i terapije djece s cerebralnom paralizom. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 38(1), 121-126.
32. Joković-Turalija, I., Pajca, G. (1999). Edukacija roditelja u procesu re/habilitacije djeteta s cerebralnom paralizom. U M. Pospis (ur.), *Cerebralna paraliza – multidisciplinarni pristup* (str. 55-58). Varaždinske Toplice: Tonimir.
33. Kirnin, A. M. (2016). *Autizam kod djece i mladih*. Diplomski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet.
34. Košiček, T., Kobetić, D., Stančić, Z. i Joković Oreb, I. (2009). Istraživanje nekih aspekata rane intervencije u djetinjstvu. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 45(1), 1-14.

35. Leutar, Z., Buljevac, M. (2020). *Osobe s invaliditetom u društvu*. Zagreb: Biblioteka socijalnog rada.
36. Lindgren, S., Doobay, A . (2011). Evidence-based interventions for autism spectrum disorders, University of Iowa Children's Hospital, Center for disabilities and development oowa, Department of human services.
37. Losardo, A., McCullough, K. C. i Lakey, E. R. (2016). Neuroplasticity and young children with autism: A tutorial. *Anat Physiol*, 6, 209.
38. Lord, C., Wagner, A., Rogers, S., Szatmari, P., Aman, M., Charman, T. i Yoder, P. (2005). Challenges in evaluating psychosocial interventions for autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 695–708.
39. Ljubešić, M. (2003). *Biti roditelj*. Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži.
40. Ljubešić, M. (2006). Rana intervencija: Kada, tko, kako i zašto. U Međunarodni znanstveni i stručni skup Rehabilitacija - stanje i perspektive djece s teškoćama u razvoju i osobama s invaliditetom (ur.), *Knjiga sažetaka* (str. 8-13). Rijeka: Centar za rehabilitaciju Rijeka.
41. Ljubešić, M., Rogić, M. (2006). *Psihološke metode procjene djeteta koje ne progovara u očekivano vrijeme*. Zagreb: Edukacijsko - rehabilitacijski fakultet.
42. Ljubešić, M. (2012). Rana intervencija kod komunikacijskih i jezično-govornih odstupanja. *Paediatrica Croatica*, 56, 202-206.
43. Mackintosh, V. H., Goin-Kochel, R. P. i Myers, B. J. (2012). What do you like/ dislike about the treatments you're currently using? A qualitative study of parents of children with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 27, 51-60.
44. Matijaš, T., Ivšac Pavliša, J. i Ljubešić, M. (2014). Sustav zdravlja u području rane intervencije u djetinjstvu. *Paediatrica Croatica*, 58, 303-309.
45. Matijaš, T., Bulić, D. i Kralj, T. (2019). Timski pristup u ranoj intervenciji u djetinjstvu. *Medicina Fluminensis*, 55(1), 16-23.
46. McWilliam, R. A., Ed. (2010). *Working with families of young children with special needs*. New York: Guilford Press.

47. McWilliam, R. A. (2015). Future of early intervention with infants and toddlers for whom typical experiences are not effective. *Remedial and Special Education*, 36(1), 33-38.
48. Mihaljević, A. (2013). *Prikaz suvremenog modela rane intervencije*. Diplomski rad. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
49. Milić Babić, M., Franc, I. i Leutar, Z. (2013). Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju. *Ljetopis socijalnog rada*, 20(3), 453 - 480.
50. Nikolić, S. (2000). *Autistično dijete: kako razumjeti dječji autizam*. Zagreb: Naklada Prosvjeta.
51. O'Brien, M., Daggett, J. A. (2006). *Beyond the autism diagnosis: A professional's guide to helping families*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
52. Pinjatela, R., Joković Oreb, I. (2010). Rana intervencija kod djece visokorizične za odstupanja u motoričkom razvoju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 46(1), 80-102.
53. Radetić – Paić, M. (2013). *Prilagodbe u radu s djecom s teškoćama u razvoju u odgojno obrazovnim ustanovama*. Pula: Sveučilište Jurja Dobrile u Puli.
54. Ramey, S. L., Ramey, C. T. i Lanzi, R. G. (2007). Early intervention: background, research findings and future directions. U J. W. Jacobson, J. A. Mulick i J. Rojahn (ur.), *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities* (str. 445-463). New York: Springer.
55. Reichow, B., Volkmar, F. R. (2010). Social skills interventions for individuals with autism: evaluation for evidence-based practices within a best evidence synthesis framework. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 149-166.
56. Remschmidt, H. (2005). *Autizam – pojavni oblici, uzroci, pomoć*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
57. Sabolić, E. (2006). Rana intervencija rizične djece ili djece koja su se rodila kao rizična. U Međunarodni znanstveni i stručni skup Rehabilitacija- stanje i perspektive djece s teškoćama u razvoju i osobama s invaliditetom (ur.), *Knjiga sažetaka* (str. 82-84). Rijeka: Centar za rehabilitaciju Rijeka.
58. Shonkoff, J. P., Phillips, D. A. (2000). The developing brain. U J. P. Shonkoff, D. A. Phillips (ur.), *From Neurons to Neighborhoods: The Science*

- of Early Childhood Development* (str. 182-218). Washington: National Academy Press.
59. Smith, J. D. (2010). An interdisciplinary approach to preparing early intervention professionals: A university and community collaborative initiative. *The Journal of the Teacher Education Division of the Council for Exceptional Children*, 33 (2), 131-142.
 60. Spiker, D., Hebbeler, K. i Mallik, S. (2005). Developing and implementing early intervention programs for children with established disabilities. U M. J. Guralnick (ur.), *The developmental systems approach to early intervention* (str. 305-349). Baltimore: Paul H. Brookes.
 61. Stojčević-Polovina, M. (1998). *Mogućnosti sprečavanja razvoja cerebralne paralize u djece s oštećenjem središnjeg živčanog sustava*. Zagreb: Hrvatski savez udruga cerebralne paralize i dječje paralize.
 62. Stošić, J. (2010). Rana intervencija i poremećaji iz autističnog spektra. U Z. Bujas Petković, J. Frey Škrinjar (ur.), *Poremećaji autističnog spektra, značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška* (str. 250-260). Zagreb: Školska knjiga.
 63. UNICEF (2020). *Rana intervencija u djetinjstvu - analiza stanja u Republici Hrvatskoj*. Zagreb: UNICEF - Ured za Hrvatsku.
 64. Validžić Požgaj, A. (2018). *Rana intervencija usmjerena na obitelj: Kako ju vide stručnjaci, a kako roditelji*. Specijalistički rad. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
 65. Wrightslaw (2008). *Early intervention (Part C of IDEA)*. Posjećeno 3. 7. 2022. na mrežnoj stranici Wrightslaw: <https://www.wrightslaw.com/info/ei.index.htm>
 66. Woodruff, G., McGonigel, M. J. (1988). *Early intervention team approaches: The transdisciplinary model*. Reston, VA: Council for Exceptional Children.
 67. Zachor, D. A., Ben-Itzhak, E. (2017). Variables affecting outcome of early intervention in autism spectrum disorder. *Journal of Pediatric Neurology*, 15(3), 129-133.
 68. Zakon o socijalnoj skrbi. *Narodne novine*, br. 57/2011.
 69. Zakon o socijalnoj skrbi. *Narodne novine*, br. 33/2012.
 70. Zakon o socijalnoj skrbi. *Narodne novine*, br. 157/2013.

71. Zakon o socijalnoj skrbi. *Narodne novine*, br. 18/2022.