

"Socijalno-psihijatrijski aspekti autizma"

Sanea Nađ¹

Elvira Koić¹

Jelka Jukić²

¹Odjel za duševne bolesti, Opća bolnica Virovitica,

Virovitica, Gajeva 21, 33000, Hrvatska

(Psychiatric department, General Hospital Virovitica)

²Zavod za pedodonciju, Stomatološki fakultet, KBC Stomatološka klinika,

Ambulanta za djecu sa smetnjama u razvoju, Nazorova 49, 10000

Zagreb, Hrvatska

(Department of Pedodontics, School of Dental Medicine, Clinic of Dental

Medicine for Children with Developmental Disturbances)

Ime i adresa autora za dopisivanje:

Sanea Nađ, Elvira Koić, Psihijatrijski odjel, Opća bolnica Virovitica

The name and address of the corresponding author: (Author's address)

Sanea Nađ, e-mail: sanea.nadj@vt.htnet.hr, tel: +385 91 541 65 62

Elvira Koić, e-mail: elvira.koic1@vt.htnet.hr, tel: +385 98 313 865

Psychiatric department, General Hospital Virovitica, Virovitica, Gajeva 21,

33000, Croatia, Tel. +385 33 725 444, Fax: +385 33 725 323

"Socijalno-psihijatrijski aspekti autizma"

Autori: Sanea Nađ, Elvira Koić, Jelka Jukić

Sažetak

Prikazan je slučaj autističnog dječaka koji je neliječen i neprepoznat do svoje šesnaeste godine živio u centru maloga grada sa svojom majkom oboljelom od shizofrene psihoze.

Autori diskutiraju o brojnim multidisciplinarnim socijalno-psihijatrijskim aspektima autizma s kojima se susreću psihijatri, liječnici obiteljske medicine, stomatolozi, psiholozi, socijalni radnici, defektolozi, roditelji autistične djece i svi koji su uključeni u rješavanje problema.

Razmatraju se aktualna pitanja o osposobljenosti stručnjaka i drugih profesionalaca za ovu problematiku, upitnost kvalitete dijagnostike, problem procjene broja osoba s poremećajima iz autističnog spektra kod nas i nepostojanja zasebnog registra za ovu populaciju.

Ključne riječi: autizam, autistički spektar, inkluzija, rehabilitacija, tretman,

"Social-psychiatric aspects of autism"

Authors: Sanea Nađ, Elvira Koić, Jelka Jukić

Abstract

This is a case report of an autistic boy who was not recognized nor treated until he was sixteen years old. He lived in a centre of a small town with his mother who suffered from schizophrenic psychosis.

The authors discuss numerous social-psychiatric and other multidisciplinary aspects of autism the psychiatrists, family practice physicians, stomatologists, psychologists, social workers, special teachers and parents of autistic children have encountered while attempting to deal with the problem.

Topical issues are considered, such as specialists' and other professionals' qualifications regarding the subject, quality of diagnostics, non-existence of a register for this particular population and the difficulty to estimate the number of persons with the disorder.

Key words: autism, autistic spectrum, treatment, inclusion, rehabilitation

Uvod

Prikazom ovog slučaja autističnog dječaka autori žele potaknuti diskusiju o brojnim socijalno-psihijatrijskim problemima, objektivnim okolnostima i preprekama s kojima se susreću svi koji bi željeli pomoći autističnim bolesnicima i njihovim obiteljima.

Prema podacima Medical Reseach Centra, poremećaji autističkog spektra pojavljuju se u oko 10-30 na 10 000 djece do osam godina, četiri puta češće u muškog spola nego u ženskog (1). Autizam je neurorazvojni poremećaj koji oštećuje glavna područja ljudskog djelovanja: društvene interakcije, komunikaciju, kogniciju, način ponašanja, interese i aktivnosti. Jedno dijete od njih dvadeset nauči govoriti i čak može pokazati izuzetnu nadarenost za motoričke, matematičke i druge vještine ("Rain man", Dustin Hoffman). No tijekom puberteta moguće je i pogoršanje (2). Prema važećim klasifikacijama bolesti "Autistički spektar poremećaja" obuhvaća: autizam, Aspergerov sindrom i pervazivni razvojni poremećaj drugdje nespecificiran (PDD-NOS). Svi oni zajedno spadaju u pervazivne razvojne poremećaje zajedno s dezintegrativnim poremećajem i Rettovim sindromom (3,4). Autizam je doživotno stanje, pa autistično dijete i njegova obitelj zahtijevaju stalno psihijatrijsko praćenje, pomoć i podršku jer su izloženi visokom negativnom stresu. Suočavaju se s teškoćama, a ponekad i odbijanjem uključivanja njihove djece u postojeći sustav specijalnog odgoja i obrazovanja populacije s mentalnom retardacijom te s tretmanom u sustavu zdravstvene zaštite (5). Rehabilitacija, skrb i tretman zahtijevaju stručnost, multidisciplinarnost i koordinaciju pedijataru, defektologa,

psihologa, liječnika obiteljske medicine, psihijatara, socijalnih radnika, stomatologa, ginekologa i drugih službi (6). Neizostavna je uloga liazonskog psihijatra u psihoterapijskoj podršci osoblju koje radi s autističnom populacijom. Potreban im je izvor društvene podrške, dobro poznavanje tehnika liječenja i vjerovanje u efikasnost intervencija (7).

Prikaz bolesnika

Dječak R. K. rođen je 1986. kao izvanbračno, drugo dijete tridesetogodišnje majke, poznate glumice gradskog kazališta. Sin iz prvog braka tada je imao 15 godina. Otac je bolesnog dječaka nepoznat. Trudnoća je protekla uredno, a tijekom poroda R. došlo je do komplikacija u obliku asfiksije, pa je zadržan na neonatološkom liječenju tri mjeseca. Nakon stabilizacije stanja preporučeno je daljnje kućno, tj. ambulantno liječenje i nadzor. Majka postepeno znatno mijenja ponašanje, zatvara se u kuću, zapušta vanjski izgled, prestaje komunicirati sa susjedima, rođacima, ne odlazi na posao i dobiva otkaz. Dječaka nije prijavila, tako da nitko zapravo za njega formalno nije znao, osim rođaka koji su ih neko vrijeme obilazili i pomagali, a postepeno su i oni odustali. Izolacija te obitelji trajala je 16 godina.

Tek 2002. anonimni susjed prijavljuje slučaj Centru za socijalnu skrb. Djelatnica centra ulazi u kuću i zatiče izuzetno lošu situaciju, zaključuje da je dječak bolestan i nalazi im obiteljskog liječnika. To je teško provesti polovinom godine, jer su potrebna posebna odobrenja. Odabrana je liječnica pokušala realizirati kućnu posjetu, ali je majka dječaka to agresivno onemogućila. Osigurana je

novčana pomoć za uzdržavanje obitelji. Međutim, kako nakon godinu dana i nakon nekoliko upozorenja majka dječaka nije podigla novac, Centar za socijalnu skrb tada imenuje nadzor nad lošim roditeljstvom koji je trebala provoditi viša medicinska patronažna sestra, koju je majka dječaka poznavala i prihvaćala kontakt s njom. Ona već tijekom prvog posjeta intervenira organizirajući kućnu posjetu psihijatra tijekom koje je majka dječaka bila sumnjičava i nepovjerljiva, odgovarala je tek povremeno na direktna, ali i na nepostavljena pitanja, odnosno na slušna halucinatorna doživljavanja. Na pitanje socijalne radnice zašto uporno ne podiže dani joj novac za uzdržavanje, majka dječaka odgovorila je: "Kako da uzmem te novce, kad on nije moj sin. Moj je sin umro prije 16 godina. O ovome dječaku brinem, jer nema tko drugi brinuti..." Izgledala je kao starica, obučena u pohabanu odjeću, različitih čarapa i papuča, nepočešljana. U jednom dijelu kuće povremeno je boravio stariji sin, koji u vrijeme tog posjeta nije bio kod kuće. O njemu smo saznali da je "čudan", ne govori ništa ni s kim, niti ima prijatelje, nikamo ne izlazi. Redovito odlazi na posao i dolazi kući. Namještaj i drvene dijelove prozora jednom je prilikom zapalio na dvorištu.

Dječak se nalazio u prostoriji u kojoj je bio samo kauč na kojem je sjedio u udubljenju gotovo do poda, koje se stvorilo dugogodišnjim natapanjem urinom što se neugodnim mirisom osjetilo nadaleko. Njihao se naprijed-nazad, čupkajući spužvu iz kauča koju je potom žvakao. Iz male je posude uzimao vodu koju je stavljao u usta i potom je pljuvao na sve strane. Nije mogao samostalno hodati, nego samo uz pomoć. Visokog je rasta, slabe uhranjenosti,

izrazito blijed. Upadljiv je i divergentni strabizam oba oka. Na samu pojavu nepoznatih mu osoba počeo je neartikulirano urlati, pljuvati i mašući rukama pokušao je ozlijediti prisutne. Nije mu se moglo prići kako bi se učinio osnovni pregled. Majka je strpljivo trpjela takvo ponašanje, prilazila mu i hranila ga. Tijekom jednog posjeta socijalna je radnica vidjela kako ga vuče po kući dok je on udara i grebe dugim noktima, zbog čega su joj ruke, lice i vrat izbrazdani inficiranim ogrebotinama i krastama.

S obzirom na neliječeno kronično psihotično stanje majke, trebalo je započeti njezino hospitalno liječenje. Evidentna duboka duševna zaostalost i autizam u dječaka također su zahtijevali hitnu intervenciju. Specijalna bolnica za djecu i mladež nije mogla prihvatiti takvog pacijenta, kao ni mali odjel psihijatrije lokalne opće bolnice. Odlučeno je odmah smjestiti ga u adekvatnu ustanovu za zaštitu osoba s duševnim smetnjama.

Socijalna radnica pronašla je smještaj za koji je uvjet za prijem bila rendgenska snimka pluća, što se usprkos potpune nesuradljivosti dječaka ipak uspjelo realizirati uz pomoć djelatnika Hitne medicinske pomoći, sedacijom i fiksacijom. Tako je i transportiran u ustanovu, Zavod u Vrlici, gdje se i danas nalazi. Majka je nakon liječenja smještena u Zavod za duševno bolesne osobe u Bjelovaru.

Rasprava

Caspar Hauser ime je dano misterioznom nesretnom mladiću u dobi od 16 godina, kojeg nitko nije ranije vidio ni poznao, a koji se pojavio u gradu Nurembergu u proljeće 1828. Kada je naučio govoriti, ispričao je da je boravio u

tamnom podrumu cijelog života, jeo crni kruh i vodu, depriviran od mnogih podražaja (8,9). Njegov život, kao i prije (1799.) opisan slučaj "divljeg dječaka Viktora", svojevrsni je eksperiment senzorne deprivacije i njezinih posljedica nakon uspostave kontakta s vanjskim svijetom (10).

Prikazani slučaj pokazuje da se skoro dvije stotine godina mogu dogoditi slične situacije i u središtu maloga gradića u kojem svatko svakog poznaje, "svi sve znaju", ali se "ne žele miješati u tuđe poslove".

Stanja koja danas prepoznamo u autističnom spektru opisao je psihijatar Madsley 1867., a poslije je sindrom opisivao kao "rani infantilni autizam" (L. Kaner, 1943.), "autistička psihopatija" (Asperger), "atipično dijete" (Rank, 1955.) (11). Rane simptome ponekad je teško razlučiti od normalnog raspona različitih razvojnih oblika ponašanja, a dijagnoza se uobičajeno postavlja nakon druge godine života, dakle kad se uobičajeno razvijaju jezične sposobnosti djeteta (12). Autizam nije povezan s lošim roditeljstvom (13), što moramo naglasiti i zbog događanja u prikazanom slučaju, gdje se majci dječaka, oboljeloj od postpartalne psihoze s mizidentifikacijskim poremećajem (14), izriče mjera nadzora nad lošim roditeljstvom.

Smatra se da je uzrok ovog poremećaja najvjerojatnije rezultat niza izvanjskih i unutarnjih čimbenika. Etiološke hipoteze razmatraju izlaganje virusnoj infekciji u perinatalno doba, utjecaj nekih preparata koje je majka eventualno uzimala za vrijeme trudnoće, MMR cjepivo (mumps, morbili i rubeola) (15, 16), traume mozga ili moždane abnormalnosti koje se pojavljuju za vrijeme intrauterinog razvoja ili u najranijem djetinjstvu (17), abnormalnu razinu neurotransmitera,

posebice serotonina i dopamina (18). Prikazani je dječak u vrijeme poroda bio izložen asfiksiji, bez traume mozga i podataka o izloženosti majke rizičnim faktorima. Aktualno se najveći naglasak stavlja na genetske čimbenike i nasljednost autističnih poremećaja. To se dokazuje visokom učestalošću autizma u jednojajčanih blizanaca (60-80%), manjom u dvojajčanih blizanaca (0-10%), dok je incidencija među braćom unutar autistične skupine djece 3-5%, što je 30 do 100 puta više nego u općoj populaciji (19).

Postupak je dijagnosticiranja opsežna, multidisciplinarna procjena koja se sastoji od razvojne i obiteljske anamneze, promatranja razvoja djeteta i testiranja. U procjeni su važne liste koje ispunjavaju roditelji i učitelji, te psihologijski dijagnostički instrumenti koji procjenjuju jezične sposobnosti, motoričku koordinaciju, sluh, vid i govor. Psihijatru su važni dijagnostički kriteriji važećih klasifikacijskih sustava (2). Neki od preporučenih medicinskih testova uključuju kromosomske analize, određivanje nivoa serotonina, imunološka testiranja, provjere funkcija jetre, štitne žlijezde, organske kiseline, aminokiseline, prisutnosti teških metala u organizmu, audiogram, preosjetljivosti na hranu, neurološke pretrage kao što su elektroencefalografija (EEG), magnetna rezonanca (MR), kompjuterizirana tomografija (CT) (20). Odgađanje ili postavljanje nedovoljno precizne dijagnoze odgađa ili krivo usmjerava početak tretmana (21). Upravo se to dogodilo u prikazanom slučaju: poremećaj nije dijagnosticiran i dječak nije na vrijeme uključen u tretman. U trenutku kada je otkriven, bilo je kasno za uključenje u rehabilitacijske programe. Preostalo je samo konačno rješenje, smještaj u ustanovu za trajnu skrb duševno bolesnih

osoba. Slučaj nam daje uvid i kako je teško rješavati i druge zdravstvene probleme autističnih osoba. Naime, uvjet za prijem u ustanovu za trajni smještaj bila je banalna snimka pluća. To se moglo učiniti samo u dubokoj sedaciji, gotovo anesteziji bolesnika.

Događa se da se takve osobe površno testiraju zbog nesuradnje pa se proglase netestabilnim i dijagnosticiraju se kao duševno zaostale, te se tako i tretiraju bez primjene specijaliziranih programa. Zato je za obavljanje dijagnostike u Republici Hrvatskoj deklarativno od strane Ministarstva zdravstva određena Specijalna bolnica za psihijatriju djece i mladeži u Zagrebu, Dječji psihoterapijski odjel na Klinici za psihološku medicinu KBC "Rebro" u Zagrebu, Dječja klinika u Klaićevoj u Zagrebu, te dječji vrtić "Nad Lipom" u Zagrebu (21). Često i druge pretrage i zahvate (npr. stomatološke ili ginekološke) nije moguće obaviti zbog agresivnosti, autoagresivnosti i psihomotornog nemira autističnih osoba (22).

Naš bolesnik odgovara definiciji prema dijagnostičkim kriterijima MKB 10 (23). On nije razvio verbalni govor, oskudne je mimike i stereotipne gestikulacije. Smanjeno je reagirao na bol, pretjerano reagirao na svjetlost, tražio je samo vodu koju je dirao, stavljao u usta i pljuvao. Nije uspostavljao kontakt pogledom oči u oči, zabavljao se samim sobom, dugo vremena ponavljao istu igru jedenja spužve iz kauča, bio je auto i heteroagresivan.

Precizna dijagnoza određuje plan intervencije i tretman, uvažavajući sposobnosti i afinitete djeteta. Nakon obiteljskog liječnika i pedijatra, te subspecijalista u specijalnim ustanovama za djecu s neurorazvojnim

poremećajima, u Republici Hrvatskoj sva skrb počinje i organizira se preko nadležnih centara za socijalnu skrb (24). Trenutno jedini stacionarni smještaj specijaliziran za osobe s autizmom u Hrvatskoj je u Centru za autizam u Zagrebu, koji je osnovan 1983. kao prosvjetna ustanova, a stacionar se vodi kao đачki dom. U njemu je smješteno 59 osoba s poremećajima iz autističnog spektra, od toga su 22 osobe osnovnoškolske dobi (do 21. godine života), a 37 odrasle dobi (od 21. do 40. godine). Osim toga, ustanove u kojima se autistična djeca mogu smjestiti na području Republike Hrvatske su Jaškovo u Ozlju i Zavod za smještaj i rehabilitaciju djece i mladih u Vrlici, koje nisu specijalizirane. Kod nas djeluje i Udruga za autizam u Zagrebu, koja okuplja roditelje oboljele djece (25). Na republičkoj razini nije uspio pokušaj formiranja registra autizma (kakav je, npr., izrađen pri HZZJZ za shizofreniju, AIDS, ovisnosti, rak), tako da postoji ogromna "siva brojka" o učestalosti poremećaja. Prijavljeno je svega 270 slučajeva. Prema tim rezultatima pokušali smo grafikonom prikazati distribuciju po županijama Republike Hrvatske.

Grafikon 1.

U većini europskih zemalja i u SAD-u terapija autistične djece ravna se prema principima Schoplerova TEACCH programa (Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children), koji podrazumijeva i adekvatnu edukaciju osoblja (26). Najefektivnija metoda rehabilitacije rani je intenzivni bihejvioralni tretman u dobi od četvrte do sedme godine po Lovaasu (27). Takav način tretmana može se uspješno uključiti i u školsko okruženje, tj. zdravu okolinu u okviru inkluzije, što je važno za njihov

pravilan društveni razvoj (28). U Yokohami okosnicu terapijskog rada s autističnom djecom čini poseban program nazvan "DISCOVERY" koji se zasniva na ranoj detekciji i ranoj intervenciji, uz što je neizostavna podrška majci da razvije što bolji odnos sa svojim autističnim djetetom, uključenoje djeteta u dnevnu skrb za djecu te edukacija u školama za djecu s posebnim potrebama (29). Od ukupne populacije autističnih 43,9% sudjeluju u TEACCH tretmanu, 10,2% u tretmanu po Lovaasu i 30,5% u tretmanu po Portageu. Sve više bihevioralni tretman provode kod kuće roditelji autistične djece (30).

Velik broj autistične djece, često već od dječje dobi, u vrijeme puberteta ili u kriznim stanjima, zbog naglašene hetero ili autoagresije i psihomotornog nemira, simptomatski dobiva različite psihofarmake, premda nema jedinstvenog psihofarmaka koji efikasno rješava sve simptome autizma. Starija dob, teža klinička slika autizma te mentalna retardacija i loši uvjeti stanovanja često su povezani s povećanim potrebama za psihoaktivnim tvarima (31). Istraživanje Langworthy-Lam iz 2002. u Sjevernoj Karolini pokazalo je da 53,1% autista koristi lijekove i to psihotropne lijekove (45,7%), antiepileptike (12,4%) ili vitaminske nadomjestke (5,7%). Najčešće propisivani psihotropni lijekovi su antidepresivi (21,7%) (fluoksetin, klomipramin, paroxetin) kojima se liječi depresija i obuzeto-prisilno ponašanje, zatim antipsihotici (16,8%) (kao, npr., risperidon, olanzapin, quetiapin, clozapin) koji mogu reducirati simptome agresije, iritabilnost i repetitivno ponašanje. Psihostimulansi se koriste u 13,9% slučajeva, kao, npr., metilfenidat kod hiperaktivnih i impulzivnih ponašanja (32). Anksiolitici kao, npr., lorazepam koriste se u anksioznim stanjima. Dodatni su problem nuspojave medikamentozne terapije, koje treba stalno nadzirati (33).

Zaključak

Ovaj neuobičajeni slučaj navodi na razmišljanja o sličnim situacijama koje u manjoj sredini nisu tako česte, ali su specifične i zahtjevne i iskustvom obogaćuju spoznajama kojima se kvalitetnije informiraju roditelji, odgajatelji, obiteljskih liječnici i druge osobe koje dolaze u kontakt s oboljelima od autizma. Autori se nadaju da će se uskoro smanjiti "siva brojka" neprepoznatih i neprijavljenih slučajeva, te da će većina oboljelih osoba na vrijeme biti uključena u adekvatne rehabilitacijske programe.

Literatura:

1. Medical Research Council: MRC Review of autism research. Epidemiology and Causes. London, England, Medical Research Council. www.mrc.ac.uk (2001).
2. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb AJ. Comprehensive textbook of Psychiatry (VII). Baltimore: Williams & Wilkins; 1995, 606-611.
3. Američka psihijatrijska udruga: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, četvrto izdanje, međunarodna verzija. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1996, 67-80.
4. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision (ICD-10). Geneva: World Health Organization; 1992.
5. Kidd MP, Autism, An Extreme Challenge to Integrative Medicine. Part II: Medical Management. Altern Med Rev 2002;7(6):472-499.

6. Fombonne E., Heavey L, Smeeth L, Rodrigues CL, Cook C, Smith GP, Meng L, Hall JA. Validation of the diagnosis of autism in general practitioner records. BMC Public Health. 2004;4(1):5.
7. Kidd MP, Autism, An Extreme Challenge to Integrative Medicine. Part I: The Knowledge Base. Altern Med Rev 2002;7(4):292-316.
8. Clarke HJ. Sensitives. The case of Casper Hauser. Homsopathy explained. Médi-T 2002.
<http://www.homeoint.org/books5/clarkehomeo/sensitives.htm>.
9. Wassermann J. Caspar Hauser: Enigma of a Century. Paperback, NY, 1990.
10. Nikolić, S., Begovac, B., Begovac, I., Bujas - Petković, Z., Matačić, S., Mitrović, M. Autistično dijete. Kako razumjeti dječji autizam. Drugo revidirano izdanje. Zagreb, Prosvjeta, 2000. 13-39.
11. Nikolić, S. Povijesni osvrt na razvoj spoznaja o dječjem autizmu. Psihoterapija. 1991. 1(21):105-112.
12. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb AJ. Autistic disorder. Synopsis of psychiatry (VII). Baltimore: Williams & Wilkins; 1995, str. 1052-1058.
13. Autism Society of America. <http://www.autism.com/>.
14. Koic E, Hotujac Lj. Delusional misidentification syndromes. Lijec. Vjesn. 1998;120(7-8): 236-9.
15. Manev R, Manev H. Aminoglycoside antibiotics and autism: a speculative hypothesis. BMC Psychiatry. 2001;1 (1): 5.
16. Kaye AJ, del Mar Melero-Montes M, Jick H. Mumps, measles, and rubella vaccine and the incidence of autism recorded by general

- practitioners: a time trend analysis. *BMJ*.2001; February 24;322 (7284): 460-463.
- 17.Zilbovicius M, Boddaert N, Belin P, Poline JP, Remy P, Mangin JF, Thivard L, Barthélémy C, Samson Y, Temporal Lobe Dysfunction in Childhood Autism: A PET Study *Am J Psychiatry* 2000;157:1988-1993, 2000.
- 18.Berney TP, Autism – an evolving concept. *The British Journal of Psychiatry*. 2000. 176:20-25.
- 19.Constantino NJ, Todd DR. Genetic structure of Reciprocal Social Behavior. *Am J Psychiatry* 2000; 157:2043-2045.
- 20.Steiner CE, Guerreiro MM, Marques de Faria AP. Genetic and neurological evaluation in a sample of individuals with pervasive developmental disorders. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2003; 61:2.
- 21.Bujas Petković Z., Dokleja I., Vragović R.: "Zdravstvena zaštita djece, mladeži i odraslih osoba s poremećajima iz autističnog spektra u Republici Hrvatskoj", Nacionalni sastanak o kreiranju politike zdravstva i akcijama za promicanje pravednosti u dostupnosti usluga zdravstvene zaštite vulnerabilnim skupinama, Ministarstvo zdravstva, 5.-6. prosinca 2000.
- 22.Black C, Kaye AJ. Relation of childhood gastrointestinal disorders to autism: nested case-control study using data from the UK General Practice Research Database. *BMJ*. 200; 325 (7361): 419-421.

23. Autizam: Dijagnostika i diferencijalna dijagnostika. Medicinska akademija Zbora liječnika Hrvatske. Centar za autizam. Dani autizma – Simpozij o autizmu, Zagreb, 5.-6. prosinca 1986.
24. Vragović R. Rehabilitacijsko usluživanje osoba s poremećajima iz autističnog spektra kod nas. *Autizam*. 2000;1/2: 23-27.
25. Dujmović S. Dvadeset godina Centra za autizam. *Autizam*. 2003;1(23):5-10.
26. Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children (TEACCH). <http://www.teacch.com/>.
27. Lovaas OI, Smith T. A comprehensive behavioral theory of autistic children: paradigm for research and treatment. *J Behav Ther Exp Psychaitry*. 1989 Mar;20(1):17-29.
28. Dokleja I. Školski sustav, lokalna zajednica i proces uključivanja djece s teškoćama u razvoju. *Autizam*. 2000;1/2:7-9.
29. Honda H, Shimizu Y. Early intervention system for preschool children with autism in the community: the DISCOVERY approach in Yokohama, Japan. *Autism*. 2002 Sep;6(3):239-57.
30. Technical Report: The Pediatrician's Role in the Diagnosis and Management of Autistic Spectrum Disorder in Children. American Academy of Pediatrics. Committee on Children With Disabilities. *Pediatrics* 2001;107(5).
31. Grgić M, Knežević MZ, Laufer D, Degmečić D. Risperidon u terapiji djece i adolescenata s autizmom. *Soc. Psihijat.*, 31(2003) 33-38.

32.Langworthy-Lam KS, Aman MG, Van Bourgondien ME. Prevalence and patterns of use of psychoactive medicines in individuals with autism in the Autism Society of North Carolina. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2002 Winter;12(4):311-21.

33.Birger, S. Neću više biti zarobljen u sebi, poruke iz jednog autističnog zatvora. Udruga za autizam Zagreb, Zagreb 1998.

Grafikon 1. Pokušaj formiranja registra za autizam u Republici Hrvatskoj 2001. godine. (N=270).

Grafikon 1. Pokušaj formiranja registra za autizam u Republici Hrvatskoj 2001. godine, po županijama (N=270).

Figure 1. Attempt to form a register of autism in Republic of Croatia in 2001, County by County (N=270).

