

Dijete predškolske dobi u spektru autizma

Šćukanec, Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:454803>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International/Imenovanje-Nekomercijalno-Bez prerada 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2023-03-27**

Repository / Repozitorij:

[University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

IVANA ŠĆUKANEC
ZAVRŠNI RAD

DIJETE PREDŠKOLSKE DOBI U SPEKTRU AUTIZMA

Petrinja, srpanj 2021.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ
(Petrinja)

IVANA ŠĆUKANEC
DIJETE PREDŠKOLSKE DOBI U SPEKTRU AUTIZMA

MENTOR: prof.dr.sc. Siniša Opić

SUMENTOR: dr.sc. Tihana Kokanović

Petrinja, srpanj 2021.

SADRŽAJ

SAŽETAK.....	3
1. UVOD.....	5
2. POVIJEST AUTIZMA.....	6
3. DEFINICIJA AUTISTIČNOG POREMEĆAJA.....	7
4. ETIOLOGIJA-UZROCI AUTIZMA.....	9
4.1. OBITELJSKI UZROCI.....	9
4.2. MOŽDANA OŠTEĆENJA I POREMEĆAJI MOŽDANE FUNKCIJE.....	10
4.3. POREMEĆAJI AFEKTIVNOG RAZVOJA I KOGNITIVNIH PROCESA.....	11
4.4. INTERAKCIJA.....	12
5. DIJAGNOSTIKA.....	12
6. DIJAGNOZA.....	14
7. VRSTE AUTISTIČNOG POREMEĆAJA.....	15
8. TERAPIJA.....	17
8.1. TERAPIJA LIJEKOVIMA.....	17
8.2. TERAPIJA IGROM.....	18
8.3. LIKOVNA TERAPIJA.....	18
8.4. GLAZBENA TERAPIJA.....	18
8.5. KINEZITERAPIJA.....	19
8.6. PSIHOANALITIČKI PRISTUP.....	19
8.7. BIHEVIORALNI PRISTUP.....	19
9. OBILJEŽJA AUTISTIČNE DJECE.....	20
9.1. SOCIJALNO PONAŠANJE.....	21
9.2. GOVOR I MIŠLJENJE.....	21
9.3. STEREOTIPIJE, INTERESI I PONAŠANJE.....	22
9.4. PSIHOMOTORIKA I POREMEĆAJI PERCEPCIJE.....	22
9.5. POREMEĆAJI PREHRANE.....	23
9.6. STRAH.....	23
9.7. AGRESIJA I AUTOAGRESIJA.....	24
9.8. IGRA.....	24
9.9. EMOCIJE I INTELIGENCIJA.....	25
10. POSEBNE SPOSOBNOSTI AUTISTIČNE DJECE.....	25
11. RANI I PREDŠKOLSKI ODGOJ I OBRAZOVANJE.....	26
11.1. INKLUZIJA U PREDŠKOLSKOJ USTANOVI.....	27
11.2. UKLJUČIVANJE AUTISTIČNOG DJETETA U PREDŠKOLSKU USTANOVU.....	27
12. PROFESIONALNE KOMPETENCIJE ODGAJATELJA.....	28

12.1. RAD ODGAJATELJA S AUTISTIČNIM DJETETOM.....	29
13. AUTISTIČNO DIJETE I OBITELJ	30
13.1. EDUKACIJA RODITELJA.....	31
13.2. OBLICI SURADNJE PROFESIONALCA I RODITELJA	31
14. ZAKLJUČAK.....	32
15. LITERATURA.....	32
IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA	35

SAŽETAK

Poremećaj iz spektra autizma pripada pervazivnim razvojnim poremećajima koji se javljaju u ranom djetinjstvu (do treće godine života) i uglavnom traju cijeli život. Obuhvaća gotovo sve psihičke funkcije osobe, a izražajno je zaostajanje u socijalnom razvoju. Osobe s autizmom često se doživljavaju kao osobe koje su „isključene“ ili u „svom svijetu“, često izbjegavaju fizički kontakt i kontakt očima te negativno reagiraju na promjenu okoline ili rutine.

Odgajatelj u radu s autističnom djecom treba posjedovati kompetencije i sva potrebna znanja koja su mu nužna za rad. Savjetuje se sa stručnim suradnicima, ali i roditeljima djeteta kako bi uvijek bio aktivno uključen u trenutno stanje djeteta. Stručnjaci trebaju biti dovoljno educirani i pružati podršku i odgajatelju i roditeljima (kojima je najteže u cjelokupnoj situaciji). Roditelji trebaju znati da nisu sami i da će uvijek netko biti tu za njih.

Na temelju uvida u znanstveno-stručnu literaturu teorijski dio rada donosi pregled definicija autizma, učestalost pojave, obilježja ponašanja djece iz spektra autizma te povijest autizma. Također se govori o dijagnostici gdje su navedene i moguće etiologije, tj. uzroci autizma te su opisani brojni tretmani pomoću kojih se može smanjiti jačina poremećaja. Rad ima za cilj pobliže elaborirati temu, ukazati na prevalenciju poremećaja te navesti neke specifičnosti i karakteristike u radu s djecom iz spektra autizma.

Ključne riječi: *poremećaj iz spektra autizma, odgajatelj, etiologija, tretmani*

SUMMARY

The autism spectrum disorder belongs to the pervasive developmental disorders that occur in early childhood (up to the third year of life) and generally last a lifetime. It covers almost all mental functions of a person, and there is a significant lag in social development. People with autism are often perceived as people who are "excluded" or "in their world", often avoid physical contact and eye contact, and react negatively to a change in environment or routine.

An educator working with autistic children should possess the competencies and all the necessary knowledge necessary for him to work. He consults with professional associates, but also with the child's parents in order to always be actively involved in the child's current condition. Professionals should be sufficiently educated and provide support to both the educator and the parents (who find it most difficult in the overall situation). Parents need to know that they are not alone and that there will always be someone there for them.

Based on the insight into the scientific and professional literature, the theoretical part of the paper provides an overview of the definitions of autism, the frequency of occurrence, behavioral characteristics of children from the autism spectrum and the history of autism. It also talks about diagnostics where the possible etiologies, ie the causes of autism are listed, and a number of treatments are described that can be used to reduce the severity of the disorder. The paper aims to elaborate on the topic, point out the prevalence of the disorder and list some specifics and characteristics in working with children from the autism spectrum.

Key words: *autism spectrum disorder, educator, etiology, treatments*

1. UVOD

Autizam pripada u skupinu pervazivnih razvojnih poremećaja. Autistični poremećaj pervazivni je razvojni poremećaj koji počinje u djetinjstvu, većinom u prve tri godine života, zahvaća gotovo sve psihičke funkcije i traje cijeli život“ (Bujas Petković i sur., 2010, str.6). Postotak zahvaćenih raste i smatra se da je na 10 000 djece četiri do pet autista. Bruno Bettelheim (1967) prema Bujas Petković i sur. (2010) navodi kako u svijetu ima četiri puta više autističnih dječaka nego djevojčica.

Američki dječji psihijatar, Leo Kanner, dao je 1943. godine prvi detaljan opis autističnog poremećaja. Iako je prošlo mnogo godina od kad se zna za autizam, i dalje se sa sigurnošću ne mogu utvrditi točni uzroci. Sve su samo pretpostavke, stoga ne postoji ni lijek za autizam. Znakovi i simptomi su različiti, ali poremećaj u socijalnim odnosima najistaknutiji je simptom. Neke od glavnih karakteristika su zakašnjeli i izmijenjeni razvoj jezika i govora s određenim specifičnostima, a koji odstupa od djetetove intelektualne razine, slaba ili nikakva socijalna interakcija te ograničeni obrasci ponašanja. Kao manje specifični problemi najčešće se navode autoagresivno ponašanje, hiperaktivnost, poremećaji spavanja problemi s izljevima bijesa i agresivnosti te poremećaji prehrane.

Poznavanje zajedničkih obilježja poremećaja iz spektra autizma važno je zbog razumijevanja ponašanja i mogućnosti učenja djece, ali je jednako važno prepoznati sposobnosti, mogućnosti, interese i druge jake strane djece, a koje svakog pojedinca s ovim poremećajem čine jedinstvenim (Bouillet, 2010).

Bouillet (2011) navodi da su odgajatelji koji se osjećaju kompetentnima za inkluzivne procese prava rijetkost, te da djeca s teškoćama u odgojno-obrazovnim ustanovama rijetko primaju primjerene odgojno-obrazovne poticaje. Ono što svakako utječe na kompetencije koji neki odgajatelj posjeduje jesu: stupanj obrazovanja, radno iskustvo, radni staž, redovito stručno usavršavanje te spremnost na cjeloživotno učenje.

Postoje brojni programi koji pružaju podršku roditeljima autistične djece. Važno je da roditelji svakodnevno komuniciraju s logopedima, terapeutima i drugim stručnim suradnicima, traže savjete i pomoć, jer će samo na taj način autističnom djetetu biti pružena najbolja pomoć.

2. POVIJEST AUTIZMA

Početak 19. stoljeća počeli su se pojavljivati pojedini slučajevi vrlo male djece s teškim mentalnim poremećajima, a uključivali su i određene poremećaje u razvoju. Prvi koji je 1867. ozbiljno skrenuo pažnju na to pitanje bio je Henry Maudsley, britanski psihijatar. Tek poslije toga, slični slučajevi počeli su se promatrati i prihvaćati kao dječja psihijatrijska stanja (Nikolić, 2000). Bujas Petković, Frey Škrinjar i suradnici (2010) navode kako je talijanski psiholog, Sancte de Sanctis, 1905. godine opisao demenciju¹ prekocisimu psihozu rane dječje dobi koja uzrokuje psihičko i intelektualno osiromašnje djeteta koje je prije bolesti bilo psihički zdravo. Ta stanja dječje psihoze često su se poistovjećivala sa stanjima intelektualnog oštećenja, tj. mentalne retardacije, a u to vrijeme, djeca s poremećajima iz autističnog spektra, smještala su se u ustanove za mentalno retardirane.

Liječnik Jean Gaspard Itard je 1801. godine opisao prvi slučaj autizma koji je prikazan u znanstvenoj literaturi, a govori o divljem dječaku iz Aveyrona, Victoru. Pretpostavlja se da su ga roditelji odbacili jer je najvjerojatnije imao autistični poremećaj još od rođenja. Pronađen je u šumi u južnoj Francuskoj i doveden u civilizaciju. Medicinskom terminologijom tadašnjeg vremena, utvrđeno je da se radi o „disharmoničnom razvoju osjetnog aparata koji bi konkretnom stimulacijom okoline mogao ponovno uspostaviti harmonično funkcioniranje“ (Bujas Petković i sur., 2010, str. 3). Unatoč nastojanju doktora Itarda da nauči Victora govoriti, Victor nije bio sposoban za to, zbog čega se može zaključiti da je imao autistični poremećaj od rođenja (Bujas Petković i sur., 2010).

Nadalje, 1943. godine Leo Kanner, američki dječji psihijatar, opisuje jedanaestero djece koja tjelesno izgledaju zdravo, ali pokazuju smetnje u komunikaciji i govoru. Poremećaj je nazvao infantilnim autizmom upravo zbog toga što se prvi simptomi pojavljuju unutar prvih 30 mjeseci života s periodom normalnog razvoja ili bez njega. Dvoje od jedanaestero opisane djece u pubertetu je dobilo epileptične napadaje, dok su kod troje njih ustanovljeni blaži neurološki ispadi. Na temelju toga, samo psihogeni uzročni čimbenici mogli su biti isključeni. Simptome ranog dječjeg autizma Kanner je opisao i okarakterizirao na sljedeći način:

„Ekstremno osamljivanje i samoizolaciju kao i povlačenje od socijalnih kontakata tokom vrlo ranog razvoja, opsesivnu potrebu za nepromjenljivošću okoline i dnevne rutine, preokupaciju predmetima koji se koriste na neobičan, ali nefunkcionalan način,

¹ **Demencija**- gubitak mentalnih sposobnosti (kognicije) poput sposobnosti razmišljanja, pamćenja i logičkog zaključivanja. (*MSD priručnik dijagnostike i terapije* <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/delirij-i-demencija/demencija>, pristupljeno stranici 29.03.2021.)

ritualno i stereotipno ponašanje, npr. njihanje, otpor prema učenju novog, teško oštećenje govora kod nekih do mutizma, a kod drugih bizaran nefunkcionalan govor, koji uključuje eholaliju, perseveraciju, stereotipni ili metaforički govor i neadekvatnu upotrebu zamjenica“. (Nikolić, 2000, str. 38)

S druge strane, ne znajući za Kanner, njemački psihijatar Hans Asperger 1944. godine opisuje sindrom i naziva ga „autistična psihopatija“. Mnogi drugi pokušali su dati naziv autizmu. L. Bender, 1947. godine, opisao je dječju shizofreniju po simptomima sličnima shizofreniji odraslih (poremećaj mišljenja i halucinacija koji se javlja nakon pete godine), B. Rank 1955. uvodi u dječju psihijatriju naziv „atipično dijete“, „atipična psihoza“ ili „atipični razvoj“ (Bujas Petković i sur., 2010).

Danas DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual- Dijaloški i statistički priručnik 4*) za skupinu poremećaja, koji su slični autizmu, upotrebljava naziv pervazivni razvojni poremećaji, a radi se o poremećajima u ranoj dječjoj dobi. Javljaju se nakon rođenja ili unutar prve tri godine života, a zahvaćaju sve psihičke funkcije (mišljenje, emocije i inteligenciju). Termin autistični spektar koji je 1988. uvela Lorna Wing, engleska psihijatrica, obuhvaća pervazivne razvojne poremećaje. Točnije, to je niz psihijatrijskih poremećaja rane dječje dobi obilježenih velikim abnormalnostima u socijalnoj interakciji, komunikaciji, ali i motoričkim aktivnostima (Bujas Petković i sur., 2010).

Iz svega navedenoga, može se zaključiti kako je L. Kanner ispravno opisao poremećaje. Danas se klinička slika također može opisati kroz tri bitne skupine simptoma- (poremećaj komunikacije, socijalne interakcije i stereotipije), rana pojava simptoma (do treće godine života) i nedovoljno poznati uzroci poremećaja (Bujas Petković i sur., 2010).

3. DEFINICIJA AUTISTIČNOG POREMEĆAJA

Autizam uz Ketterov poremećaj, Aspergerov poremećaj, dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu (Hellerov sindrom) te neodređeni pervazivni razvojni poremećaj, pripada u skupinu pervazivnih razvojnih poremećaja koji su karakteristični za ranu dječju dob (Nikolić, Marangunić i sur., 2004).

„Autistični poremećaj (infantilni autizam, autistični sindrom, autizam) pervazivni je razvojni poremećaj koji počinje u djetinjstvu, većinom u prve tri godine života,

zahvaća gotovo sve psihičke funkcije i traje cijeli život.“ (Bujas Petković i sur., 2010, str.6)

„Autizam je sveobuhvatni razvojni poremećaj jer su njime zahvaćeni svi aspekti dječje ličnosti: govor, motorika, ponašanje i učenje.“ (Bouillet, 2010, str. 162)

„Autizam se ubraja u skupinu pervarzivnih razvojnih poremećaja koji pored njega čine i Rettov poremećaj, dezintegrativan poremećaj u djetinjstvu, Aspergerov sindrom te pervarzivni razvojni poremećaj, neodređen. Ovi razvojni poremećaji čine tzv. autistični spektar definiran dijagnostičkim kriterijima koji predstavljaju zajednička obilježja, a to su kvalitativno oštećenje socijalnih interakcija, kvalitativno oštećenje komunikacije i ograničeni, ponavljajući stereotipni obrasci ponašanja, interesa i aktivnosti.“ (Zrilić, 2013, str.92)

Nikolić (2000) navodi kako autizam sadrži mnoge disfunkcije u neurobiološkom, psihodinamskom ili genetičkom aspektu, te se manifestira do 30. mjeseca života (druga ili treća godina života), ali i kasnije (od četvrte do pete godine) kada se naziva „sekundarni autizam“. U općoj psihijatriji, pod pojmom autizma, označava se i jedan od poremećaja doživljaja vlastite osobnosti pri kojem se bolesnik povlači u sebe, u neki svoj vlastiti svijet želja i fantazija, simbolike i magičnosti, ali i strahovanja. Za takve bolesnike, stvarnost je sporedna i beznačajna, te kao takav, autizam je jedan od simptoma shizofrenije.

Laurete Bender, 1953. uvodi definiciju autizma koja je i danas priznata i aktualna, a govori da je autizam karakteristično promijenjeno ponašanje u svim područjima SŽS-a (motoričkom, perceptivnom, intelektualnom, emotivnom i socijalnom) (Bujas Petković i sur., 2010).

Autizam je složeni neurorazvojni poremećaj definiran na temelju obrasca ponašanja, vrlo heterogen i uzročno i u svojem očitovanju. (Grgurić, Jovančević i sur., 2018, str.411).

Sam naziv autizam dolazi od L. Kanner (1943) koji je poremećaj nazvao infantilnim autizmom- *infantilni* zbog ranog pojavljivanja (u prve tri godine života) i *autizam* (*authos*, grč. sam) zbog dominantnih simptoma poremećaja komunikacije (Bujas Petković i sur., 2010). Infantilni autizam često se danas naziva i po autoru- *Kannerov sindrom* (Nikolić, 2000). Zaključno i ukratko se može reći: „Najviše što znamo jest to da je autizam posljedica nepravilnog razvoja mozga.“ (Kostelnik i sur., 2003, str.39)

4. ETIOLOGIJA-UZROCI AUTIZMA

Uzroci autističnog poremećaja nisu u potpunosti razriješeni sve do danas i većina njih vjeruje kako se radi o ispreplitanju psihičkih i organskih faktora. Uz brojne teorije o uzrocima autizma, niti jedna ne objašnjava u potpunosti poremećaj, nego samo neke njegove dijelove (Nikolić, 2000).

„Etiologija poremećaja još nije do kraja poznata, iako je vrlo vjerojatno da je riječ o više različitih uzroka koji daju sličnu kliničku sliku s dominantnim simptomima poremećaja verbalne i neverbalne komunikacije, socijalnih interakcija i stereotipnog ponašanja.“ (Bujas Petković i sur., 2010., str.67)

Mnogo autistične djece (oko 30% njih) tijekom puberteta može dobiti epileptične napadaje koji su zapravo jedan od dokaza da se radi o funkcionalnom i organskom oštećenju mozga, a ne samo o psihogeno uvjetovanom poremećaju. Svako autistično dijete je jedinka za sebe i svako je međusobno različito, iako je klinička slika autističnog poremećaja od Kannerera do danas opisana trijažom simptoma (poremećaj socijalizacije, poremećaj verbalne i neverbalne komunikacije uz stereotipne radnje i poremećaj motivacije). Upravo to je važno kod određivanja tretmana koji treba biti strogo prilagođen djetetu i individualiziran (Nikolić, 2000).

4.1. OBITELJSKI UZROCI

Poznato je još od prije da djeca koja su napuštena ili su dulje vrijeme bila odvojena od majke mogu pokazivati znakove psihičkog poremećaja, a između ostalog može doći do pojave autizma, kao posljedica tog odvajanja. Postoje istraživanja koja pokazuju da se autizam javlja češće u nekim obiteljima te da je između braće i sestara pedeset do sto puta češći nego u populaciji, tj. pojavljivanje autističnog poremećaja u populaciji je 0,03%, dok je unutar obitelji 2,7%. To znači da je rizik da se rodi još jedno autistično dijete u obitelji 2,7 %, ako postoji već jedno autistično (Nikolić, 2000).

Remschmidt (2009) navodi kako je zahvaljujući metodološkom napretku posljednjih godina bilo moguće provesti brojna molekularnobiološka istraživanja o

genetici autističnog poremećaja koja su se najviše usmjerila na autistični poremećaj (Kannerov sindrom). Utvrdilo se da oko 3% autistične djece pokazuju fragilni X-sindrom (nasljednu bolest pod nazivom Martin-Bell sindrom) i da 18 od 38% djece s tim fragilnim X-sindromom pokazuje autistične poremećaje. Fragilni X-sindrom je poremećaj koji je uvijek povezan s mentalnom retardiranošću i danas se može pouzdano utvrditi pomoću molekularnobioloških metoda. Molekularnogenetičkim istraživanjima u SAD-u i Europi pretpostavlja se da su za nastanak autizma odgovorni dugi krak kromosoma 15 i 7. Upravo iz tih istraživanja proizlazi da autistični poremećaj treba smatrati poligenском bolešću i pretpostavlja se da u njezinu nastanku sudjeluje šest do deset gena.

4.2. MOŽDANA OŠTEĆENJA I POREMEĆAJI MOŽDANE FUNKCIJE

Važnost moždanih oštećenja i poremećaja moždane funkcije osnivaju se na različitim utvrđenim neurološkim promjenama i bolestima, te su na temelju toga razvijene teorije da je „autistični deficit“ povezan funkcionalnim poremećajem lijeve moždane polutke, abnormalnim promjenama moždanog debla povezanim s poremećajima pažnje, abnormalnom obradom senzornih podražaja i informacija, abnormalnim procesima moždanog sazrijevanja, kao i neke specifične hipoteze o nerazvijenosti premisa malog mozga. S obzirom na vrijeme nastanka poremećaja, istraživači su našli kod 54% autističnih bolesnika abnormalne promjene moždane kore –pretpostavlja se da su nastale prije šestog mjeseca trudnoće. Prema tome, nema sumnje da moždana oštećenja i poremećaji moždane funkcije imaju važnu ulogu kod autistične djece i odraslih (Remschmidt, 2009).

Postoji i opisana hipoteza da autizam predstavlja globalnu afaziju², u kojoj je disfunkcija centralnog živčanog sustava tako teška da složene socijalne stimulacije, od strane djeteta, ne mogu biti integrirane ni interpretirane. Kao rezultat toga, socijalna interakcija je veoma poremećena ili sasvim odsutna. No, etiologija patologije središnjeg živčanog sustava, koja prekida normalni razvoj i dovodi do sindroma

² **Afazija**- gubitak ili poremećaj govora koji uključuje smanjenu mogućnost razumijevanja ili izražavanja (ekspresiju) riječi. Posljedica je oštećenja funkcije centra za govor u korteksu i bazalnim ganglijama, odnosno u bijeloj tvari kroz koju prolaze putovi koji te centre povezuju. (MSD priručnik dijagnostike i terapije-<http://www.msdprirucnici.placebo.hr/msdprirucnik/neurologija/funkcija-i-disfunkcija-mozdanih-reznjeva/afazija>, stranica posjećena dana 15.04.2021.)

autizma, i dalje je nepoznata. Brojne studije izvještavaju o EEG abnormalnostima, a prema Nikolić, Marangunić i sur. (2004) rana EEG istraživanja autizma pokazuju da mnoga autistična djeca imaju abnormalne moždane valove već od najranije dobi. Čak 50% autistične djece ima promjene u nalazu EEG-a, ali bez promjena koje bi se mogle okvalificirati kao specifične za autizam (Nikolić, 2000).

4.3. POREMEĆAJI AFEKTIVNOG RAZVOJA I KOGNITIVNIH PROCESA

Remschmidt (2009) navodi kako se pretpostavlja da kod autistične djece postoji urođeni poremećaj afektivnih kontakata i da takav primarni afektivni deficit znači smanjenje sposobnosti percepcije tjelesnog izražaja različitih čuvstava koje doživljavaju drugi ljudi. Američki psihijatar, Allan Hobson, 1984. godine pokazao je da teškoće uživanja u položaj drugih ljudi, koje imaju autistična djeca, nisu uvjetovane ograničenjima u percepciji prostora, te da bi provjerio svoje hipoteze, ispitao je sposobnosti djece s autizmom, djece tipičnog razvoja i djece s intelektualnim poteškoćama. Djeca su trebala nacrtana i snimljena lica, koja su izražavala određeno čuvstvo (srdžbu, veselje, žalost, strah), pridružiti osobama koje su na kratkoj videosnimci izražavale isto čuvstvo. Autistična djeca su značajno manje uspješno pridruživala lica osobama koje su na videosnimci izražavale različita čuvstva, te je Hobson (1984.) zaključio da autistična djeca imaju teškoće u prepoznavanju, obradi i povezivanju različitih oblika izražavanja određenog čuvstva, što bi moglo smanjiti njihovu sposobnost razumijevanja emocionalnih stanja drugih ljudi.

S druge strane, opisana „afektivna teorija“ ne može u dovoljnoj mjeri objasniti socijalna oštećenja autističnog djeteta, što smatraju Baron-Cohen, Leslie i Frith, te su zbog toga pretpostavili posebne kognitivne deficite. Različitim eksperimentima su pokazali da autistična djeca imaju teškoća u shvaćanju da drugi ljudi mogu biti u različitim psihičkim stanjima i upravo zbog toga mogu pogrešno razumjeti ponašanje drugih ljudi (Remschmidt, 2009).

4.4. INTERAKCIJA

Remschmidt (2009) pretpostavlja da između do sada opisanih čimbenika, koji uzrokuju autistični poremećaj, postoji interakcija i da takvi nasljedni faktori mogu povećati osjetljivost djeteta na vanjska oštećenja. Ukoliko dođe do oštećenja afektivnog i kognitivnog razvoja, dijete može zaostati u svom sveukupnom razvoju. U novije vrijeme spoznati strukturalni i funkcionalni deficiti mozga nužno dovode do pogrešne obrade reakcija iz okoline, što zapravo dovodi do toga da djeca ne znaju rješavati zadatke primjerene njihovoj dobi, što ujedno pojačava njihove deficite.

5. DIJAGNOSTIKA

Remschmidt (2009) ističe kako se dijagnoza autističnog poremećaja postavlja na osnovni anamneze i promatranja djeteta u različitim situacijama, a kao osnova uzimaju se kriteriji dvaju klasifikacijskih sustava psihičkih poremećaja koji se i danas primjenjuju - MKB-10 i DSM-IV. Sustav MKB-10 (*Međunarodna klasifikacija psihičkih poremećaja*) izdala je 1992. godine Svjetska zdravstvena organizacija, a sustav DSM-IV (*Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*) izdala je 1994. godine Američka psihijatrijska udruga. Oba sustava naglašavaju četiri ključna obilježja:

- kvalitetno oštećene uzajamne socijalne aktivnosti
- kvalitetno oštećena komunikacija
- ograničeni interesi i stereotipski obrasci ponašanja
- početak prije treće godine

Tablica br. 1 – *Kriteriji za autistični poremećaj prema MKB-10 i DSM-IV (Prema Remschmidt, 2009, str.17)*

MKB-10	DSM-IV
1. Kvalitativno oštećenje uzajamnih socijalnih međuodnosa (neprimjerena prosudba emocionalnih i socijalnih signala, ograničena uporaba socijalnih signala.)	1. Kvalitativno oštećenje socijalnih interakcija (neverbalni način ponašanja kao što je pogled oči u oči, odnos s vršnjacima, izražavanje emocija)
2. Kvalitativno oštećenje komuniciranja (izostanak socijalne uporabe govornog jezika, promjene u melodiji govora)	2. Kvalitativno oštećenje komuniciranja (razvoj govornog jezika kasni ili potpuno izostaje, stereotipska i repetitivna uporaba jezika, izostaju spontani oblici igara primjereni razvojnom stupnju)
3. Ograničeni interesi ili stereotipski obrasci ponašanja (rutina svakodnevnih aktivnosti, otpor prema promjenama)	3. Ograničeni repetitivni i stereotipski modeli ponašanja, interesa i aktivnosti
4. Nespecifični problemi kao što su strahovi, fobije, poremećaji spavanja i hranjenja, ispadi bijesa, agresije i samoozljeđivanja	4. Početak prije treće godine života i kašnjenja ili abnormalna funkcioniranja
5. Simptomi se manifestiraju prije treće godine života	

Nadalje, kod promatranja autistične djece, u skladu s kriterijima klasifikacijskih sustava, najuočljivija su tri oblika ponašanja: ekstremno zatvaranje od vanjskog svijeta, grčevita povezanost s poznatim (strah od promjene) te posebno osebujan govorni jezik. Kod *zatvaranja od vanjskog svijeta* pojavljuje se ekstremni poremećaj socijalne interakcije gdje dijete nema povezanost s roditeljima (posebno s majkom), nema smješka i pogleda oči u oči, ali zato postoji povezanost s predmetima. Grčevita povezanost s poznatim događa se kada dijete upada u stanje straha i panike zbog neke promjene u njegovom neposrednom okruženju.

Posebnosti govornog jezika autista su usporen razvoj govornog jezika, sklonost tvorbi novih riječi i ekolalija. Mnoga autistična djeca koja nauče govoriti, ne koriste jezik za komunikaciju, već ga koriste na mehanički način bez gramatičkih pravilnosti uz puno neologizama. Za sebe govore u trećem licu i jako kasno nauče sebe označiti s „ja“ (Remschmidt, 2009).

Nikolić (2000) navodi kako u dijagnosticiranju sudjeluju psihijatar, psiholog i defektolog, svaki sa svog gledišta, ali pritom pazeći i vodeći računa o rezultatima ispitivanja svakog pojedinog. Pregledom se promatra ponašanje djeteta: prisustvo (tj. odsustvo), samopovrijeđivanje, verbalni i gestovni govor te njihov tip i kvaliteta, djetetova mogućnost za igrom, socijalnom interakcijom i imitacijom. U okviru dijagnostike, a u cilju boljeg razumijevanja djetovog mentalnog života i funkcioniranja u okruženju, važno je saznati raniji realni kontekst u kojem su se javili prvi znaci simptoma (Nikolić, 2000). Bujas Petković i sur. (2010) zaključuju da dijagnozom autizma znači odrediti skup simptoma koji ga dijele od drugih sličnih poremećaja, npr. dječje shizofrenije, razvojnih govornih smetnji, mentalne retardacije, naglugosti, ali i od onoga što nazivamo normalnost.

6. DIJAGNOZA

Postaviti dijagnozu autističnog spektra sa sigurnošću često nije lako ni jednostavno kao ni dati smjernice za tretman i edukaciju, pogotovo kod djece mlađe od tri godine, a još je teže odrediti točan oblik autizma i težinu autističnih simptoma (Bujas Petković, 2010). Dijagnozu autističnog poremećaja postavlja se na osnovi promatranja djeteta u različitim situacijama i njegovoj anamnezi. Anamneza je prvi izvor tijekom ispitivanja ili intervjua s roditeljima, gdje roditelji iznose tijek trudnoće ili moguće teškoće u trudnoći, porođaj i razvoj djeteta u njegovim prvim mjesecima života, a ako roditelji imaju više djece, međusobno će ih se uspoređivati. Najčešće činjenice koje iznose majke su da dijete od početka odbija tjelesni dodir, ne odgovara smiješkom i ne reagira na zov i šumove (roditelji prvo pretpostavljaju da je dijete gluho) (Remschmidt, 2009).

Osnovna obilježja autističnog poremećaja prate i drugi simptomi koji nisu ključni za postavljanje dijagnoze, ali mogu biti izrazito važni. To su npr. agresija i autoagresija, koji su u određenom razdoblju života prisutni kod djece s autizmom, psihomotorni nemir i nedostatak pozornosti ili hiperaktivnost, koja može ometati dijete da usvoji ponuđene sadržaje. Jedno od najbitnijih dijelova dijagnostičkog postupka je precizno psihološko testiranje koje se provodi

više puta i najbolje je da se ponovi barem jedanput u dvije godine kako bi se moglo na vrijeme krenuti s liječenjem i terapijama (Bujas Petković i sur., 2010).

Autistični poremećaj ponajprije treba razlikovati od Aspergerova sindroma gdje su glavne razlike ponajprije u početku pojave bolesti, u području govornog jezika i intelektualnih sposobnosti te u osobitostima motorike- djeca s Aspergerovim sindromom ranije nauče govoriti, raspolazu dobrim do prosječnim intelektualnim sposobnostima i često razvijaju diferenciraniji govor. Također, autistični poremećaj treba razlikovati i od Rettovog sindroma kod kojeg dolazi do propadanja i gubitka već razvijenih vještina koje su povezane s nizom neuroloških simptoma i klasičnim pokretima ruku (kruženje rukama). Poremećaj osjetljivosti i mentalna retardacija odvajaju se od autističnog poremećaja prvenstveno testom osjetljivosti. Kod djece s mentalnom retardacijom nisu poremećeni emocionalni odnosi s osobama i predmetima niti su prisutne govorne i motorne karakteristike autizma. Bitno je razlikovati i shizofreniju koja se pregledava kliničkom slikom djeteta, anamnezom i tijekom bolesti, a kod shizofrenične djece pojavljuju su halucinacije ili simptomi sumanutosti koji nisu prisutni kod autizma. Konačno, treba razlikovati autistični poremećaj od hospitalizma (deprivacijski sindrom) koji se javlja kod djece koja su zapuštena i koju se nimalo ne potiče. Takva djeca mogu pokazivati poremećenu socijalnu interakciju- depresija i ponašanje bez distance (Remschmidt, 2009).

7. VRSTE AUTISTIČNOG POREMEĆAJA

Remschmidt (2009) navodi različite vrste autizma i njihove karakteristike koje treba razlikovati.

a) Autistični poremećaj (Kannerov sindrom)

- kvalitativno oštećene uzajamne socijalne aktivnosti
- kvalitativno oštećena komunikacija
- ograničeni interesi i stereotipski obrasci ponašanja
- početak prije treće godine života
- ekstremno zatvaranje od vanjskog svijeta

-grčevita povezanost s poznatim (strah od promjene)

-posebno osebujan govorni jezik

b) Aspergerov sindrom (autistični poremećaj ličnosti)

-kvalitativno oštećenje socijalnih interakcija (uočljivi u svom neverbalnom ponašanju)

-neobično snažno izraženi posebni interesi i stereotipski obrasci ponašanja

-izostaje kašnjenje u razvoju govornog jezika

-izostaje ograničenost kognitivnog razvoja

c) Atipični autizam

-autizam s atipičnom dobi oboljevanja (pojavljuje se nakon treće godine života)

-autizam s atipičnom simptomatikom (simptomi se manifestiraju prije treće godine života, ali ne odgovaraju potpunoj slici autističnog poremećaja)

d) Rettov sindrom

-pojavljuje se isključivo kod djevojčica

-potpun gubitak svrsishodne uporabe šaka

-potpun ili djelomičan gubitak razvoja jezičnog razumijevanja i izražavanja

-usporenje rasta glave

-epileptični napadi

„Rett sindrom neurološki je poremećaj nepoznate etiologije koji se u praksi često dijagnosticira kao autizam. Rett govori o progresivnoj encefalopatiji koja se javlja isključivo u djevojčica, a manifestira se autističnim ponašanjem, intelektualnim propadanjem i progresivnom ataksijom.“ (Centar za autizam, 1994, str.76)

e) Dezintegrativni poremećaji u djetinjstvu (Hellerova demencija)

-progresivno oštećenje jezičnog razumijevanja i izražavanja

-javlja se između 2. i 4. godine života

-poremećaj pamćenja i percepcije

-gube stečenu kontrolu crijeva i mjehura

8. TERAPIJA

Bujas Petković i sur. (2010) navode kako je prije primjene bilo kakve terapije, potrebno proći kompletan pregled kako bi se utvrdila težina poremećaja i simptoma. Provode se terapije lijekovima, igrom, likovna terapija, glazbena terapija, kineziterapija, psihoterapija i bihevioralna terapija.

8.1. TERAPIJA LIJEKOVIMA

Korištenje lijekova započinje šezdesetih godina u svrhu smirivanja neželjenih simptoma autistične djece, nakon što je utvrđena relativna neučinkovitost psihoterapijskih postupaka. Svoj vrhunac doseže sedamdesetih i osamdesetih godina. Većina stručnjaka danas je usuglašena da je primjena lijekova kao terapija samo nužno zlo i da ih se treba koristiti samo kada niti jedna druga metoda nije efikasna. Ipak, ne smiju se u potpunosti odbaciti jer su u nekim situacijama uistinu korisni i nezamjenjivi. U medikamentoznoj terapiji autistične djece najčešće se koriste neuroleptici (antipsihotici), sedativi i hipnotici (lijekovi za uspavlivanje). Neuroleptici poput *Melleril* i *Prazine* koriste se kod suzbijanja negativnih simptoma (agresija, autoagresija) i ne izazivaju nikakvu ovisnost. Jedan od specifičnih lijekova za liječenje autizma smatrao se *Pondimin* (fenfluramin) koji se pojavio na američkom tržištu ranih osamdesetih godina. Prvobitno je bio namijenjen za liječenje anoreksije, a kasnije se pokazao da pomaže i u liječenju autizma. Oduševljenost roditelja nije dugo trajala jer se nije pokazao efikasnim (Nikolić, 2000).

8.2. TERAPIJA IGROM

Terapija igrom, kao specifičan i pristupačan oblik psihoterapije u djece, može se primjenjivati i kod autistične djece kojom oni mogu izreći duboko prikrivene fantazme ili osobne doživljaje, a ujedno upoznavati vanjski svijet. Terapijsku igru vodi terapeut i ima svoj početak i sazrijevanje što ju razlikuje od spontane igre s vršnjacima (Nikolić, 2000).

8.3. LIKOVNA TERAPIJA

Nikolić (2000) likovnu terapiju opisuje kao terapijski postupak kod autizma, ali i kod gotovo svih psihičkih poremećaja u djece i odraslih. Može poslužiti i u dijagnostičke svrhe te se smatra metodom za poticanje razvojnih procesa i odgoja autistične djece. Mnoga autistična djeca crtežom izražavaju svoje poruke i želje te na taj način komuniciraju s drugima, pošto kod njih dolazi do izostanka govora. Crteži su uglavnom stereotipni i ponavljaju se uvijek na isti način, ali postoje brojna autistična djeca koja su jednostavno nadarena za slikarstvo.

8.4. GLAZBENA TERAPIJA

Kardum (2009) nabraja temeljne zadatke glazbene terapije- uporaba glazbe kao poticaj pozornosti i koncentracije, uporaba glazbe kao poticaj za pokret i adekvatan motorički odgovor na zadani ritamski obrazac, uporaba glazbe u smirivanju napetosti i preoblikovanju neželjenog u smisleno ponašanje, uporaba glazbe u funkciji osvještavanja vlastitog tijela, uporaba glazbe kao čimbenik socijalizacije i komunikacije. Cilj glazbene terapije je „uporaba glazbe kao medija komunikacije i socijalizacije u procesu koji bi trebao rezultirati preoblikovanjem ponašanja individue i stvaranjem mehanizma prilagodbe na okolinu i osobe u njoj“ (Kardum, 2009, str. 91).

8.5. KINEZITERAPIJA

Kineziterapija koja se koristila ranije, a danas je sve važnija i provodi se ciljano, smatra se kao sastavni dio tretmana autistične djece. Potiče normalan tjelesni razvoj, kako kod zdrave djece tako i kod autistične. Intenzivna tjelesna aktivnost u dječjoj dobi pogoduje i povoljno utječe na uklanjanje hiperaktivnosti, dok u odrasloj dobi suzbijaja agresiju i destruktivno ponašanje. Smatra se da su učinci kineziterapije povoljniji nego učinci restriktivnih tehnika (Nikolić, 2000).

8.6. PSIHOANALITIČKI PRISTUP

Psihoanalitički pristup poštuje djetetovu ličnost onakvu kakva ona jest. Autističnom djetetu dozvoljava slobodno izražavanje svojih želja i poriva, te se ono stavlja u stimulativnu sredinu u kojoj mu se nudi niz podražaja za zadovoljenje vlastitih potreba. Upravo način zadovoljenja koji je izabran od djeteta, daje indikacije o stadiju na kojem se razvoj djeteta zaustavio ili usporio. Nakon dobivene povratne informacije, stvara se čitava terapijska strategija koja omogućuje djetetu nadoknađivanje zadovoljenja svojih potreba i stimulira usklađeniji razvoj i napredak djeteta. Terapeut će u svom radu poštivati stil djetetova života, njegovu dinamiku razvoja, te njegove potrebe i unutarnju logiku osjećajnog doživljavanja vodeći računa o tome da je svako dijete ličnost za sebe (Nikolić, 2000).

Kod psihoanalitičke teorije naglasak je na okolinsko-emocionalnim uzrocima što je praćeno psihoterapijskim pristupom. Mogućnost korištenja psihoanalitičkog pristupa u psihoterapiji autistične djece, kao problem, prisutan je još od određenja Kannerova infantilnog autizma kao zasebnog kliničkog entiteta (Špelić, 2010).

8.7. BIHEVIORALNI PRISTUP

Bihevioralni pristup u podučavanju autističnih osoba koristi se od sredine šezdesetih godina prošlog stoljeća, te da su Lovaas i njegovi suradnici prvi razvili i evaluirali sveobuhvatni program intervencije za podučavanje osoba s autizmom koji se

upravo temeljio na bihevioralnom pristupu. Uključivao je razne programe za smanjivanje nepoželjnih oblika ponašanja (samoozljeđivanje, samostimulacija, agresija), ali i programe za podučavanje vještina igre, socijalnih i akademskih vještina (Stošić, 2008).

Remschmidt (2009) ističe da je glavni cilj bihevioralnih terapija usvajanje poželjnih obrazaca ponašanja, a napuštanje nepoželjnih, dok Nikolić (2000) nadodaje kako je osnovna pretpostavka pri tome da svako ljudsko biće može naučiti radnje ako je za njih nagrađeno i da može prestati raditi one radnje koje rezultiraju neugodnim posljedicama.

9. OBILJEŽJA AUTISTIČNE DJECE

Bruno Bettelheim (1967) prema Bujas Petković i sur. (2010) opisivao je dijete s autizmom iznutra osiromašeno i zatvoreno u školjci zbog negativnih vanjskih utjecaja, te ga zbog toga uspoređuje s „praznom utvrdom“. Roditelje smatra glavnim uzrokom poremećaja, a danas je to opovrgnuto. Potvrđeno je da će se na 10 000 rođene djece, roditi 4-6 djece koja će imati autizam, a on se češće javlja kod dječaka nego kod djevojčica.

Nikolić (2000) navodi kako poremećaj manifestira od vrlo rane dobi, iako djeca s autizmom izgledaju zdravo i privlačno, bez nekih vanjskih znakova vrlo ozbiljnog hendikepa kojim su pogođeni. Autor je kategorizirao rane znakove autističnog poremećaja, a to su:

- Vrlo rani poremećaj prehrane (dojenačka anoreksija ili odbijanje dojke ili bočice), nemiran san s autoagresivnim pokretima ili naprotiv mirna nesanica bez plača ili vriska uz otvorene oči.
- Odsutnost anticipirajućeg drhtanja djeteta i postularne adaptacije
- Odsutnost smješka trećeg mjeseca (prvi organizator psihe) i anksioznosti osmog mjeseca (drugi organizator psihe).
- Nezainteresiranost za igračke ili posebno naglašen interes za igre ruku pred očima.
- Neinvesticija dijadnog odnosa od strane djeteta.

9.1. SOCIJALNO PONAŠANJE

Poremećaj socijalnog funkcioniranja i odnosa prema okolini jedno je od bitnih obilježja autizma. U dojenačkoj dobi ne moraju se primjetiti nikakvi simptomi, ali ipak je prisutan pretjerani nemir ili pak mirnoća. Autistično dojenče često plače dugo i bez razloga ili iskazuje osjećaj straha. Također izostaje prvi smiješak koji se pojavljuje u trećem mjesecu života kao znak reagiranja na lice majke. Iako autistična djeca ne vole tjelesne kontakte i često ih odbijaju, događa se da ne mogu zaspati sama te tada spavaju s majkom ili roditeljem u krevetu (Nikolić, 2000).

Poznato je da djeca s autizmom ne mogu prepoznati emocije drugih ljudi, ne mogu prepoznati znakove koji im to govore, ne odgovaraju na emocionalne zahtjeve drugih te nemaju potrebe za sklapanjem prijateljstava. Djeca se uglavnom drže sama po strani igrajući (Bujas Petković i sur., 2010).

9.2. GOVOR I MIŠLJENJE

Kod autistične djece, govor je poseban jer izdvaja ovu djecu od svih drugih psihičkih i govornih poremećaja. Oskudan je i njime se djeca rijetko služe iako znaju govoriti. Koriste ga isključivo za izražavanje svojih fizioloških potreba ili želja, ali će govoriti u drugom ili trećem licu, ili će se oslovljavati vlastitim imenom, npr. *Dat ću ti soka! Dat ću ti čokolade! Daj mu soka!*. Često se ponašaju kao da su gluha ili jednostavno ne žele čuti ono što im se govori. Njihov govor razlikuje se od govora gluhe djece jer dijete ne shvaća geste i mimiku drugih ljudi, tj. ne razumije ili slabo razumije tuđi govor. Brojna istraživanja pokazuju da autistično dijete ima poteškoća u formiranju vlastitog govora, ali i razumijevanju tuđeg, kao i tuđih gesti. Zbog toga su brojni roditelji i terapeuti naučili djetetov žargon te se na taj način uspješno sporazumijevali s njim (Nikolić, 2000).

Dijete nije svjesno svog identiteta i svoje slike o sebi, što upravo otežava razvoj govora jer se govor ne može pojaviti dok se najprije ne ostvari osjećaj postojanja. Preporučeno je da se djetetu obraća jednostavnim, kratkim i njemu razumljivim porukama, ali i da se svaka poruka poprati gestom (Nikolić, 2000).

Bujas Petković i sur. (2010) navode kako je govor, osim sadržajno, često poremećen i u ritmu, intonaciji, visini i naglasku te da dijete često govori bez emocija.

9.3. STEREOTIPIJE, INTERESI I PONAŠANJE

Kod autistične djece, već u najranijoj dobi, uočavaju se promjene u ponašanju koje odstupaju od ponašanja psihički zdravog djeteta. Iako se ne moraju primjetiti nikakvi simptomi u dojenačkoj dobi, često su prisutni poremećaji spavanja ili hranjenja te nemir ili pretjerana mirnoća. Autistično dojenče često zna dugotrajno plakati ili plače bez razloga, a time iskazuje strah koji seže sve do panike. Dijete često slaže predmete u besmislen niz, opire se promjenama te uspostavlja uvijek isti red. Ako ga se u tome spriječi, ono će se uznemiriti i opirati. Stereotipni pokreti koji su neuobičajeni (pljeskanje rukama, kucanje prstima po predmetu, mahanje glavom,..) i koji se stalno ponavljaju karakteristični su za autistični poremećaj. Mogu trajati satima, mjesecima ili godinama, a kada mu se nešto zabrani, često promjeni pokret gdje jednu stereotipiju zamjeni drugom (Nikolić, 2000).

9.4. PSIHOMOTORIKA I POREMEĆAJI PERCEPCIJE

Autistična djeca su izrazito spretna u gruboj motorici koja je spontana i prirodna (hodanje, trčanje, penjanje, skakanje), dok su im fina motorika i grafomotorika slabije razvijene. Autistična djeca često prohodaju u prosjeku ili čak i prije prosjeka, a uglavnom hodaju na prstima „kao balerine“, te pritom izvode čudne pokrete rukama i nogama (Nikolić, 2000).

Bujas Petković i sur. (2010) navode kako mnogi autori naglašavaju poremećaj percepcije kao ključan simptom autizma i to osobito poremećaje centralne organizacije slušnih osjeta, osjeta dodira i vestibularnih osjeta. Kod autistične djece, najviše je istraživani osjet sluha jer je već od prije poznato da oni često burno reagiraju na osjetljive zvukove zatvarajući rukama uši ili pokazivajući simptome straha. Upravo do tih reakcija dolazi zbog poremećaja centralne organizacije različitih osjeta.

9.5. POREMEĆAJI PREHRANE

Kod autistične djece česti su poremećaji prehrane, gdje dijete već u najranijoj dobi, odbija hranu te jede samo određenu vrstu hrane. Jako je izbirljivo i neuredno prilikom jela, a hranu često bira po boji, a ne okusu. Kako dijete odrasta, promjene u ponašanju sve su više uočljivije i sve ih je teže kontrolirati. Često su roditelji krivi zbog prehrane djeteta, jer djetetu znaju dopuštati da jede sve što želi samo kako ne bi imalo ispade i napade. Upravo u tome griješe, jer se prema autističnom djetetu treba ponašati kao i prema zdravom djetetu i dopustiti mu ono što bi se dopustilo zdravom, ali i zabraniti ono što bi se zabranilo i zdravom djetetu (Nikolić, 2000).

9.6. STRAH

Strah je jedna od prvih, veoma snažnih i neugodnih emocija u čovjeka koji je prisutan već od rođenja. Djeca se boje jer nemaju iskustva u opasnostima koje prijete iz okoline i o svemu znaju jako malo ili ništa. Strahovi djece i odraslih su različiti jer su različita iskustva i znanja. Kako dijete raste, tako uči o svojoj okolini te nestaju svi nerealni strahovi, a ostaju samo oni realni. Strah potječe iz unutrašnjosti djeteta, a realni strah ima izvor u percepciji vanjske potencijalne opasnosti, tj. dijete vidi, čuje ili osjeti da mu se nešto ružno i neugodno može dogoditi. Tijekom života jedni strahovi nestaju, a drugi, novi, se javljaju (Nikolić, 2000).

Autistično dijete osjeća strah koji dolazi izvana i iznutra te koji prijete njegovom integritetu. Ono ne zna i ne može objasniti svoja doživljavanja te ga zbog toga okolina ne može smiriti. Često se ne mogu otkriti razlozi straha kod autističnog djeteta, ali se uočavaju fiziološki učinci- znojenje, bljedilo kože, drhtanje tijela ili lupanje srca. Dijete u strahu vrišti i traži zaštitu, a tada je najbolje samo ga zagrliti i reći koju umirujuću riječ. Nakon takvih situacija s djetetom treba mirno porazgovarati i sve mu lijepo objasniti, ali imati i puno strpljenja i razumijevanja (Nikolić, 2000).

9.7. AGRESIJA I AUTOAGRESIJA

„Agresija je oblik ponašanja ljudi i životinja, s namjerom da se u određenim situacijama reagira napadom. Agresija ima organsku, fiziološku podlogu koja je potaknuta u stresnim situacijama, ali može biti uzrokovana bez vanjskog povoda.“ (Nikolić, 2000, str. 67)

Dijete je u određenim razdobljima života agresivno prema majci. Često prilikom odvikavanja od pelena, hranjenja ili neispunjavanjima njegovih zahtjeva, zna udariti majku i reagirati agresivno. Ona je zapravo sredstvo pomoću kojeg dijete dolazi do ostvarivanja svog cilja. Roditelji često popuštaju djetetu kako bi smirili tu agresiju, ali upravo s tim rade grešku (Nikolić, 2000).

Autoagresija je vrsta agresije koja je usmjerena prema samom sebi gdje dijete sebe udara, grize, grebe ili štipa. Često ostaju duboke rane kod kojih dijete ne osjeća bol. Ovakva vrsta agresije je karakteristična za autističnu djecu te je tvrdokorna na sve oblike terapije (Nikolić, 2000).

Udaranje glavom o tvrdu površinu ili neki brid smatra se kao najčešća vrsta autoagresivnog ponašanja, uz grizanje i grebanje samih sebe. Isto tako, kod autistične djece koja ne koriste govor kao sredstvo komunikacije, autoagresija je tri puta češća nego kod onih koji koriste govor (Kiš i Škrinjar, 1990).

9.8. IGRA

Nema djeteta koje ne voli igru i prijatelje. Igra je neobvezna, ali ipak neophodna aktivnost svakog djeteta. Dijete uči kroz igru.

„Autistično dijete se igra, na svoj osebujan i čudan način, ali se ipak igra. Pretežno se igra samo sa sobom, stereotipno, rijetko sa drugim osobama, a još rjeđe s djecom.“ (Nikolić, 2000, str. 70)

Autistično dijete se igra vlastitim rukama, promatrajući ih, okrećući, približavajući i udaljavajući od lica. Igra se s predmetima koji inače nisu za igru. Ne zanimaju ga igre s drugom djecom, a vjerojatno i ne razumije pravila te igre. Nema mašte i smislenosti u igri. Moguće je da dva autistična djeteta stoje danima jedan

pored drugoga, a da se i ne primijete, a kamoli da započnu neku zajedničku igru. Dijete upoznaje predmete tako da ih njuška, liže i miriše. Ne smije se nikada dugo ostaviti dijete da se samo igra, jer su njegove igre stereotipne i ritualne, a kada postanu loša navika, teško ih se može ukloniti (Nikolić, 2000).

9.9. EMOCIJE I INTELIGENCIJA

Autistično dijete nije bez emocija i nije istina da ne reagira na emocije. Problem je samo što ono ne razumije tuđe emocije i ne može ih prepoznati, pa tako ni odgovoriti na njih. Autistično dijete nije emocionalno hladno nego ono samo traži kontakt s drugim osobama, ali često na neadekvatan način što drugi ne razumiju (Nikolić, 2000).

Intelektualno funkcioniranje kod autistične djece je različito i kreće se od prosječnih do lako i teško retardiranih. Autistična djeca na testovima inteligencije postižu lošije rezultate i to u dijelovima gdje se ispituju govor i govorne funkcije, dok kod neverbalnih testova postižu znatno bolje rezultate poput pridruživanje po sličnosti ili slaganje cjeline iz dijelova (Nikolić, 2000).

10. POSEBNE SPOSOBNOSTI AUTISTIČNE DJECE

Bujas Petković i sur. (2010) navode kako se većina talenata primijeti u drugoj godini života (najkasnije trećoj), a već nakon godinu-dvije dosegnu vrhunac koji nije povezan s vanjskim stimulacijama. Neke od sposobnosti su:

- glazbene sposobnosti
- pamćenje (auditivno ili vizualno)
- matematičke sposobnosti (npr. rješavanje matematičkih operacija s višeznamenkastim brojevima)
- umjetnost

- pseudoverbalne sposobnosti ³
- ekstrasenzorna percepcija (dijete može predvidjet ili prepoznat prema gotovo nevidljivim znakovima)
- ostale sposobnosti (vizualno mjerenje, vremenska prognoza, određivanje vremena, šah, koordinacija)
- višestruke sposobnosti (kombinacije više ovih sposobnosti, npr. glazba- pamćenje i glazba- matematika)

11. RANI I PREDŠKOLSKI ODGOJ I OBRAZOVANJE

„Rani i predškolski odgoj i obrazovanje te skrb o djeci, dio su sustava odgoja i obrazovanja Republike Hrvatske, namijenjenoga djeci u dobi od navršenih šest mjeseci do polaska u osnovnu školu. Godina prije polaska u školu je obvezna godina predškolskog odgoja i obrazovanja za svu djecu u Republici Hrvatskoj. Nacionalni kurikulum za rani i predškolski odgoj i obrazovanje sadrži polazišta, vrijednosti, načela i ciljeve, generirane iz višegodišnjih iskustava razvoja odgojno-obrazovne prakse i kurikulumu vrtića u Republici Hrvatskoj i dosega hrvatskih i međunarodnih znanstvenika u području teorije ranog i predškolskog odgoja.“ (Nacionalni kurikulum za rani i predškolski odgoj i obrazovanje, 2014)

Fleksibilnost odgojno-obrazovnog procesa u vrtiću, partnerstvo vrtića s roditeljima i širom zajednicom, osiguravanje kontinuiteta u odgoju i obrazovanju, otvorenost za kontinuirano učenje i spremnost na unapređivanje prakse glavna su načela Nacionalnog kurikulumu za rani i predškolski odgoj i obrazovanje (MZOS, 2014).

„Svrha ranoga odgoja jest osiguravanje optimalnih uvjeta za uspješan odgoj i cjelovit razvoj svakog djeteta te unapređivanje onih djetetovih osobina i umijeća koja se počinju formirati u najranijoj dobi, a nužna su svakom pojedincu i u kasnijem životu kako bi uspješno zadovoljavao svoje potrebe i uživao svoja prava te se odgovorno ponašao prema pravima i potrebama drugih osoba u zajednici.“ (Priručnik za samovrednovanje ustanova ranoga i predškolskog odgoja i obrazovanja, 2012, str. 16)

³ **Pseudoverbalne sposobnosti-**„Pseudoverbalne sposobnosti su sposobnosti reproduciranja cijelih tekstova, čak i na potpuno nepoznatom jeziku, ali bez razumijevanja.“ (Bujas Petković i sur. (2010) *Poremećaji autističnog spektra: značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška*. Zagreb: Školska knjiga., str.156)

11.1. INKLUZIJA U PREDŠKOLSKOJ USTANOVI

Inkluzija podrazumijeva prilagodbu okoline djetetu koje ima određenu teškoću u razvoju, a da bi se okolina prilagodila djetetu, ona mora razumijeti njegove potrebe. Potrebe autističnog djeteta mogu se razumijeti samo ako se znaju specifičnosti djetetova razvoja (Šupe, 2008).

"Članovi grupe međusobno komuniciraju, pomažu jedni drugima i prihvaćaju činjenicu da neka djeca imaju drukčije potrebe nego većina i žele drukčije stvari, umjesto kompeticije prevladava suradnja. Inkluzivni pristup u edukaciji daje svakom djetetu osjećaj pripadnosti i partnerstva." (Igrić i sur. 2015, str. 7)

Uključivanje djece s poteškoćama u posebne odgojne skupine, te uvrštavanjem istih u odgojne grupe, uključuje postizanje niza prednosti. Razlog tome su primjenjene pedagoške i ostale metode definirane sukladno djeci s istom vrstom razvojne poteškoće. Shodno tome, ostvaraju se preduvjeti za potpunu inkluziju autistične djece (Mikas i Roudi, 2012).

11.2. UKLJUČIVANJE AUTISTIČNOG DJETETA U PREDŠKOLSKU USTANOVU

Autistično dijete može se uključiti u predškolsku ustanovu na dva načina: u specifične grupe za autističnu djecu ili pohađanje redovnog vrtića za djecu normalnog razvoja (Trnka i Skočić Mihić, 2012).

Dijete s poremećajem iz spektra autizma može pohađati redovni vrtić, ali potrebno je odrediti koji stupanj ili dio spektra dijete ima, nužna je procijena i promatranje uz roditelje i stručni tim. Analiziranjem djeteta otkrivaju se područja koja su interesantna autističnom djetetu kao i njegove posebne sposobnosti. Time se lakše prati djetetov razvoj prilikom kojeg odgajatelj treba biti veoma oprezni kako bi procijena prošla što bolje. Prilikom procjenjivanja važni su i liječnici, ali i ostali stručni suradnici (Daniels i Stafford, 2003).

12. PROFESIONALNE KOMPETENCIJE ODGAJATELJA

„Odgojitelj je stručno osposobljena osoba koja provodi odgojno-obrazovni program rada s djecom predškolske dobi i stručno promišlja odgojno-obrazovni proces u svojoj odgojno-obrazovnoj skupini. On pravodobno planira, programira i vrednuje odgojno-obrazovni rad u dogovorenim razdobljima. Prikuplja, izrađuje i održava sredstva za rad s djecom te vodi brigu o estetskom i funkcionalnom uređenju prostora za izvođenje različitih aktivnosti. Radi na zadovoljenju svakidašnjih potreba djece i njihovih razvojnih zadaća te potiče razvoj svakoga djeteta prema njegovim sposobnostima. Vodi dokumentaciju o djeci i radu te zadovoljava stručne zahtjeve u organizaciji i unapređenju odgojno-obrazovnog procesa. Suraduje s roditeljima, stručnjacima i stručnim timom u dječjem vrtiću kao i s ostalim sudionicima u odgoju i naobrazbi djece predškolske dobi u lokalnoj zajednici. Odgovoran je za provedbu programa rada s djecom kao i za opremu i didaktička sredstva kojima se koristi u radu.“ (Članak 26. Državnog pedagoškog standarda Republike Hrvatske, 2008)

NKRPOO navodi ključne kompetencije koje svaki odgajatelj treba imati, a to su komunikacija na materinskom jeziku, komunikacija na stranim jezicima, matematička kompetencija i kompetencije u prirodnim znanostima i tehnologiji, digitalna kompetencija, učiti kako učiti, socijalna i građanska kompetencija, inicijativnost i poduzetnost te kulturna svijest i izražavanje (MZOS, 2014).

Bouillet (2010) ističe ključne kompetencije koje bi odgojitelji trebali imati za kvalitetnu inkluzije, a to su:

- razumijevanje socijalnog i emocionalnog razvoja djece,
- razumijevanje individualnih razlika u procesu učenja djece,
- poznavanje tehnika kvalitetnog vođenja odgojno-obrazovne skupine,
- komunikacijske vještine (u odnosu s djecom, roditeljima, stručnjacima i kolegama)
- poznavanje učinkovitih tehnika podučavanja, a pritom uključujući individualne instrukcije i iskustveno učenje,
- poznavanje specifičnosti pojedinih teškoća u razvoju i drugih teškoća socijalne integracije djece
- sposobnost identifikacije teškoća u razvoju i drugih posebnih potreba
- poznavanje didaktičko-metodičkog pristupa i planiranja prilagođenog kurikulumu,
- poznavanje dostupnih didaktičko-metodičkih metoda, sredstava i pomagala, a pritom uključujući informatičku tehnologiju,
- poznavanje savjetodavnih tehnika rada,

- praktično iskustvo u odgoju i obrazovanju djece s pojedinim teškoćama
- spremnost odgojitelja na timski rad u odgojno-obrazovnoj ustanovi, suradnju s timom i roditeljima, članovima lokalne zajednice i spremnost odgojitelja na cjeloživotno obrazovanje

„Istraživanjima je utvrđeno kako niska primanja, loši radni uvjeti, radna opterećenja, nedostatak vremena za ispunjavanje višestrukih profesionalnih zadaća i ciljeva, zahtjevne administrativne obveze te loš društveni status odgajateljske 13 profesije, vode ubrzanom profesionalnom sagorijevanju odgajatelja, čestom mijenjanju radnih mjesta i ukupnom nezadovoljstvu stručnjaka angažiranih u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju, što se nepovoljno odražava na kvalitetu programa ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja“ (Bouillet, 2011, str. 324)

12.1. RAD ODGAJATELJA S AUTISTIČNIM DJETETOM

Da bi dijete s posebnim potrebama bilo uspješno uključeno u redoviti odgojno-obrazovni sustav, odgajatelji se moraju dodatno profesionalno razvijati te stjecati nove kompetencije. Dijete treba doživjeti kao izazov i novi interes u radu. Odgajatelj mora posjedovati kompetencije kojima će stvarati pozitivno ozračje, a djetetu osjećaj sigurnosti, prihvaćenosti i poštovanja (Zrilić, 2013).

Zrilić (2013) navodi zadatke odgajatelja koji su nužni u radu s djecom s posebnim potrebama, a to su:

- uočavanje i prepoznavanje poteškoće
- temeljito proučavanje dokumentacije o djetetu
- pravilan pristup djetetu
- pripremiti drugu djecu u skupini i podučiti ih kako mogu pomoći
- permanentno obrazovanje (kroz literaturu, seminare, predavanje, radionice)
- suradnja sa stručnjacima
- suradnja s roditeljima

13. AUTISTIČNO DIJETE I OBITELJ

„Autistično dijete stvara autističnu obitelj, zatvorenu i izoliranu zbog velike brige za dijete, angažmana oko njega i nastojanja da mu se pomogne, ali često i zbog nemogućnosti postizanja da se dijete primjereno ponaša u drugim sredinama.“ (Bujas Petković, 1995., str. 107)

Roditelji su čvrsta točka te konstanta autističnom djetetu jer će oni biti s njim u svim životnim razdobljima i u svim mogućim situacijama- od vrtića do odrasle dobi. Roditelji su primoreni na brojne interakcije s različitim medicinskim, edukacijsko-rehabilitacijskim i drugim profesionalcima. Njihov je život određen neprestanom neizvjesnošću i dubokom zabrinutošću za budućnost vlastitog djeteta. Oni su glavna veza između autističnog djeteta i učitelja, tj. rehabilitatora koji radi s njima (Bujas Petković i sur., 2010).

Svi roditelji se nadaju kako će njihovo dijete imati uspješnu budućnost i žele mu je. Bez obzira na način života ili sustavnu vrijednost, svaki roditelj ima tri osnovna zadatka: zaštititi dijete, uspješno ga odgojiti i podignuti ga do odraslosti (tj. „učiniti od njega gotova čovjeka“) i na kraju ostvariti uspješan odnos sa svojim odraslim djetetom. Upravo postavljanje dijagnoze glavna je prijetnja ostvarenju tih ciljeva. Roditelji se osjećaju krivima jer smatraju da nisu uspjeli na prvom i najvažnijem zadatku. Samo suočavanje s dijagnozom, roditeljima je presudan trenutak jer im to mijenja život. Preplavljeni su snažnim, bolnim osjećajima koji se isprepliću. Ne znaju kako će objasniti ostalim članovima obitelji da je njihov nećak/inja, unuk/a, brat/sestra drugačiji/a (Bujas Petković i sur., 2010).

Glavna skupština UN-a odabrala je 2. travnja kao dan obilježavanja Svjetskog dana svjesnosti o autizmu, čime zapravo želi skrenuti pozornost na sve veći problem ovog složenog poremećaja koji se pojavljuje kod pojedinca unutar prve tri godine života te traje uglavnom do kraja života (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2018).



Slika 1. Znak svjesnosti o autizmu

13.1. EDUKACIJA RODITELJA

Bujas Petković i sur. (2010) navode osnovne ciljeve edukacije roditelja, a to su smanjiti štetno ponašanje članova obitelji, poboljšati kvalitetu obiteljskog odnosa i povećati adaptivne funkcije obitelji. S obzirom na polazišta, sadržaj i ciljeve suradnje s roditeljima autistične djece, razlikuju se nekoliko osnovnih pristupa u radu, a to su edukacijski pristup (roditeljima se pružaju informacije na razumljiv način pri čemu oni stječu spoznaje o razvoju djece općenito), bihevioralni pristup (roditelje educirati kako da podučavaju dijete primjenjujući tehnike instrumentalnog učenja te kako ublažiti probleme u ponašanju), interakcijski pristup (usmjeren je na poboljšanje odnosa roditelj-dijete te smanjivanje negativne interakcije) te kognitivni pristup (roditelji se uče vještinama rješavanja problema, kognitivnim restrukturiranjem, samoopažanjem i postavljanjem realističnih očekivanja).

S roditeljima autistične djece može se raditi u ustanovi ili njihovom domu, individualno ili u grupama, te rad može biti edukacijski, terapijski ili samo potpora drugih roditelja. Glavni zadatak grupe je razmijeniti vlastita iskustva i podijeliti praktične savjete koji im mogu pomoći, a kao glavni zadatak navodi se pružanje emocionalne potpore (Bujas Petković i sur., 2010).

13.2. OBLICI SURADNJE PROFESIONALCA I RODITELJA

Bujas Petković i sur. (2010) navode kako je glavni temelj suradnje između profesionalca i roditelja međusobno poštovanje i povjerenje pri čemu je najvažnija podjela savjeta i iskustva. Profesionalac donosi svoje iskustvo i spoznaje, a roditelji su ti koji imaju svoj način gledanja na razvoj djeteta i njegovih specifičnosti. Postoje četiri glavna oblika suradnje između profesionalca i roditelja, a to su:

- odnos profesionalac- roditelj (stručnjak pomaže roditelju u provođenju zadataka iz individualiziranog programa u segmentima izvan edukacijsko-rehabilitacijskog centra)
- odnos roditelj-profesionalac (roditelji su izvor informacija iz prve ruke profesionalcima o tome kako se obitelj suočava sa specifičnom situacijom)

- grupe podrške (roditelji i profesionalci pružaju jedni drugima podršku, međusobno se savjetuju, planiraju brojne radionice i druge vrste podrške)
- lobističko povezivanje (roditelji i profesionalci surađuju, a namjera im je pomoći djeci i obiteljima s istim ili sličnim problemom)

14. ZAKLJUČAK

Autizam je razvojni poremećaj koji je prepoznatljiv po svojim karakteristikama (oštećenje verbalne i neverbalne komunikacije, oštećenje socijalizacije te ograničeni obrasci ponašanja i interesa) na koje se osobe iz okoline trebaju prilagoditi. Kod 70-80% autističnih osoba prisutna je i mentalna retardacija. Autistične osobe imaju i pozitivne strane- razvijene vizualno-motoričke vještine te puno drugih vještina i sposobnosti. Svaka autistična osoba, iako ima problema prilikom učenja, komunikacije i ponašanja, ima i jedinstvenu kombinaciju vještina, interesa i potencijala. Iako autistične osobe imaju određene i prepoznatljive karakteristike ponašanja, svi su međusobno različiti. Svi čimbenici koje imaju autistične osobe, mogu osobu pretvoriti i u vrijednog radnika koji ima autizam. Osobe s autizmom su individue jer imaju različite sposobnosti i ograničenja. Važna im je podrška roditelja, ali i stručnjaka. Stručnjaci trebaju biti dovoljno educirani i pružati kvalitetnu podršku roditeljima kako bi znali da nisu sami u ovoj borbi. Mnogi roditelji su naveli kako im je podrška bila jedna od glavnih faktora te su uz pomoć nje uspjeli nastaviti sa svojim životima. Zahvaljujući svim stručnjacima, roditeljima i podršci iz okoline, mnoga djeca s autizmom izrastu u osobu koja je sposobna brinuti se sama za sebe i uspjevaju funkcionirati dobro u društvu. Smatram da je važno uočiti i prepoznati razvojna odstupanja, uskladiti sustav na svim razinama i osigurati kvalitetnu podršku i pomoć roditeljima.

15. LITERATURA

1. Bouillet, D. (2010). *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Školska knjiga.

2. Bouillet, D. (2011). *Kompetencije odgojitelja djece rane i predškolske dobi za inkluzivnu praksu*. Pedagogijska istraživanja, 8 (2), 323-338.
3. Bujas-Petković, Z. (1995). *Autistični poremećaj, dijagnoza i tretman*. Zagreb: Školska knjiga.
4. Bujas Petković, Z., Frey Škrinjar, J., i suradnici (2010). *Poremećaji autističnog spektra: značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška*. Zagreb: Školska knjiga.
5. Centar za autizam (1994) *Autizam: iskustva i spoznaje*. Zagreb: Grafička škola u Zagrebu.
6. Daniels R. E., Stafford, K (2003). *Kurikulum za inkluziju, Razvojno-primjereni program za rad s djecom s posebnim potrebama*. Zagreb: Tisak.
7. Državni pedagoški standard predškolskog odgoja i naobrazbe (2008). NN 63/2008. Zagreb: Hrvatski Sabor.
8. Grgurić, J., Jovančević, M. i suradnici (2018). *Preventivna i socijalna pedijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
9. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2018). *Svjetski dan svjesnosti o autizmu*. <https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/svjetski-dan-svjesnosti-o-autizmu/> (pristupljeno stranici 20.05.2021.)
10. Igrić Lj. i sur. (2015). *Osnove edukacijskog uključivanja, Škola po svakom mjeri djeteta je moguća*. Zagreb: Školska knjiga.
11. Kardum, A., (2009). *Teleološke i metodičke pretpostavke i specifičnosti glazbene terapije za djecu s autizmom u odnosu prema glazbenoj kulturi u redovitoj školi*. Metodički ogledi. 15(2). 87 – 95.
12. Kiš, L., Škrinjar, J., (1990). *Analiza komponenata promjena u procesu smanjenja učestalosti javljanja nepoželjnih oblika ponašanja djeteta s autizmom*. Defektologija, 26, 39 – 50.
13. Kostelnik, M. J., Onaga, E., Rohde, B., Whiren, A., (2003). *Djeca s posebnim potrebama. Priručnik za odgajatelje, učitelje i roditelje*. Zagreb: Educa.
14. MSD priručnik dijagnostike i terapije, <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/delirij-i-demencija/demencija>, pristupljeno stranici 29.03.2021.)
15. Mikas, D., Roudi, B. (2012). *Socijalizacija djece s teškoćama u razvoju u ustanovama predškolskog odgoja*. Paediatr Croat: Hrvatski pedijatrijski časopis, 56 (1): 207-214.
16. Nacionalni kurikulum za rani i predškolski odgoj i obrazovanje (2014). Zagreb: Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta.

17. Nikolić, S., (2000). *Autistično dijete: Kako razumjeti dječji autizam*. Zagreb: Prosvjeta.
18. Nikolić, S., Marangunić, M., i sur. (2004). *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Zagreb: Školska knjiga.
19. Priručnik za samovrednovanje ustanova ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja (2012). Zagreb: Nacionalni centar za vanjsko vrednovanje obrazovanja.
20. Remschmidt, H. (2009) *Autizam: pojavnici oblici, uzroci, pomoć*. Jastrebarsko: Naklada slap
21. Stošić, J., (2008). *Bihevioralni pristup u sprečavanju i uklanjanju nepoželjnih oblika ponašanja i podučavanju djece s autizmom predškolske dobi*. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 44(2), 99 – 110.
22. Špelić, A., (2010). *Psihoanalitička psihoterapija autizma danas: ograničenja i nove mogućnosti u suvremenom znanstvenom i stručnom okruženju*. Ljubljana: Združenje psihoterapevta Slovenije.
https://www.researchgate.net/publication/257365691_PSIHOANALITICKA_PSIHOTERAPIJA_AUTIZMA_DANAS_OGRANICENJA_I_NOVE_MOGUCNOSTI_U_SUVREMENOM_ZNANSTVENOM_I_STRUCNOM_OKRUZENJU (pristupljeno stranici 03.05.2021.)
23. Šupe, T. (2008). *Pregled i analiza zakonske regulative na području rane intervencije u Republici Hrvatskoj*. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
24. Trnka V., Skočić Mihić, S. (2012). *Odgajatelj u radu s djetetom s poremećajima iz autističnog spektra – prikaz slučaja iz perspektive studenta*. Magistra Iadertina, 7(1), 189-202.
25. Zrilić, S. (2013). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole: priručnik za roditelje, odgojitelje i učitelje: kako se igrati i učiti s djecom s posebnim potrebama, kako ih uspješno integrirati u vrtićki i školski socijalni kontekst, kako učiti od njih?*. Zadar: Zrinski.d.d.

IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA

Izjavljujem da sam ja, Ivana Šćukanec, studentica 3. godine preddiplomskog sveučilišnog studija Rani i predškolski odgoj i obrazovanje, Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, odsjeka u Petrinji, samostalno napisala završni rad na temu *Dijete predškolske dobi u spektru autizma*, a pod vodstvom mentora prof.dr.sc. Siniše Opića i sumentorice dr.sc.Tihane Kokanović.

U Petrinji, srpanj, 2021.

Ime i prezime: Ivana Šćukanec

(vlastoručni potpis studenta)