

Autizam

Raspudić, Tamara

Master's thesis / Diplomski rad

2017

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:147:872290>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-22**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA UČITELJSKE STUDIJE

Petrinja

PREDMET: Problemi u ponašanju djece

DIPLOMSKI RAD

Ime i prezime pristupnika: Tamara Raspudić

TEMA DIPLOMSKOG RADA: Autizam

MENTOR: izv.prof.dr.sc. Siniša Opić

Petrinja, srpanj 2017.

SADRŽAJ

Sažetak	4
Summary	5
1. UVOD	6
2. POVIJESNI OSVRT	7
2.1. Početak brige za duševno bolesnu djecu	7
2.2. Razvoj spoznaja o poremećajima iz autističnog spektra	8
3. OBILJEŽJA AUTISTIČNIH POREMEĆAJA	10
3.1. Rani simptomi	11
3.2. Socijalno ponašanje	12
3.3. Teorija uma	13
3.4. Govor	16
3.5. Rutine i stereotipije	17
3.6. Poremećaj senzorne integracije	18
3.7. Autistični savant	21
4. ETIOLOGIJA	22
5. DIJAGNOZA	24
6. POREMEĆAJI IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA (PAS)	27
6.1. Autistični poremećaj (Kannerov sindrom)	28
6.2. Aspergerov sindrom	28
6.2.1. Dijagnoza	30
6.2.2. Igra	31
6.2.3. Govor	31
6.2.4. Interesi i rutine	32
6.2.5. Motorička nespretnost	33
6.2.6. Kognicija	34
6.2.7. Osjetilna preosjetljivost	35
6.3. Rettov sindrom	37
6.4. Atipični autizam	38
6.5. Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu	39
7. INTERVENCIJE I TERAPIJE	41
7.1. Bihevioralna terapija	42
7.2. Glazbena terapija	45
7.3. Likovna terapija	46

7.4. Terapija igrom.....	46
7.5. Kineziterapija.....	46
7.6. Holding terapija	46
7.7. Dnevna životna terapija	47
7.8. Potpomognuta komunikacija.....	48
7.9. Alternativni tretmani i terapija.....	48
7.10. TEACCH program	48
7.11. Roditelji kao terapeuti.....	49
7.12. Primijenjena analiza ponašanja (ABA).....	50
7.13. Model RIO – <i>floortime</i>	51
7.14. Sustav komunikacije razmjennom slika (PECS)	54
7.15. Terapijsko jahanje	58
8. ODGOJ I OBRAZOVANJE	59
8.1. Posebne odgojno-obrazovne potrebe	59
8.2. Učenik s poremećajima iz autističnog spektra u razredu	60
8.3. Učitelj autističnog učenika.....	63
8.4. Izrada IOOP-a	66
9. SVJETSKI DAN SVJESNOSTI O AUTIZMU.....	67
10. ZAKLJUČAK	69
LITERATURA	70
ŽIVOTOPIS.....	73
IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI DIPLOMSKOG RADA	74
IZJAVA O JAVNOJ OBJAVI RADA.....	75

Sažetak

Autistični je poremećaj globalni razvojni poremećaj koji se manifestira do 30. mjeseca života, odnosno u prve tri godine te zahvaća gotovo sve psihičke funkcije i traje cijeli život. Poremećaj je prvi opisao Leo Kanner 1943. godine, a uzrok nastanka autizma nepoznat je i danas, stoga se većina stručnjaka priklanja multikauzalnoj etiologiji autističnog poremećaja. Ranije se smatralo da su autistični poremećaji rijetki te da je njihova incidencija otprilike 4-5 djece na 10 000 rođenih i to češće u dječaka nego u djevojčica. Posljednjih desetljeća, a posebno unazad nekoliko godina, bilježi se znatan porast prevalencije poremećaja iz autističnog spektra te istraživanja pokazuju da je ona 1:100. Osnovni simptomi bolesti su nedostatak emocionalnih odgovora prema ljudima i stvarima, nedostatak verbalne i neverbalne komunikacije, osobito poremećaj u razvoju govora, bizarnosti u ponašanju i stereotipije. Edukacija roditelja, članova obitelji i učitelja djece s poremećajem iz spektra autizma može povećati kvalitetu djetetova života. Cilj ovog diplomskog rada je upoznati neke osnovne značajke i osobitosti autizma.

Ključne riječi: poremećaji iz autističnog spektra, etiologija, simptomi, edukacija

Summary

Autistic disorder is a global developmental disorder that usually appears within the first 30 months of life, i.e. before the age of three. It affects almost all mental processes and lasts throughout a person's life. The disorder was first described by Leo Kanner in 1943 but it is still not known what exactly causes it. Most scientists discuss multiple causes of autistic disorder. It was considered that autistic disorders are rare and that 4 or 5 out of every 10 000 children born are diagnosed with autism. Also, it was believed to be more prevalent in boys than girls. However, more recent research suggest significant increase in prevalence in autistic disorders that is 1 in 100. The most common symptoms of autism are lack of emotional response to people and things, verbal and non verbal communication challenges, especially speech and language disorders, but also restricted, repetitive behaviour. Educating parents, family members and teachers of children with autism spectrum disorders may improve the children' s life quality. The aim of this diploma thesis is to introduce some basic features and characteristics of autism.

Key words: autistic spectrum disorders, etiology, symptoms, education

1. UVOD

Tema ovog diplomskog rada je autizam. Autizam je pervazivni razvojni poremećaj koji se pojavljuje u prvim godinama života, zahvaćajući sve psihičke funkcije. Simptomi poremećaja prvenstveno su vidljivi u razvoju socijalnih interakcija i verbalne komunikacije. Unatoč postojanju mnogih terapija, autizam se ne može u potpunosti izliječiti.

Radom se želi ukazati na važnost stjecanja temeljitog znanja o autizmu jer jedino na taj način učitelj može individualizirati program za stjecanje potrebnih vještina i sposobnosti za budućnost učenika s autizmom.

Na samom početku, u radu se opisuje povijesni pregled autizma, koji seže od početka 19. stoljeća do danas. Zatim se navode obilježja, dijagnostika te etiologija autističnih poremećaja. Nadalje, u radu su pregledno opisani poremećaji iz autističnog spektra (PAS), a to su: *Autistični poremećaj*, *Aspergerov sindrom*, *Rettov sindrom*, *Atipični autizam* i *Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu*.

U radu se opisuju intervencije i terapije za autistične poremećaje: bihevioralna terapija, glazbena terapija, likovna terapija, terapija igrom, kineziterapija, Holding terapija, potpomognuta komunikacija, dnevna životna terapija, alternativni tretmani, TEACCH – program, roditelji kao terapeuti, ABA program, Model RIO - *floortime*, PECS sustav i terapijsko jahanje. Terapija senzorne integracije opisana je u poglavlju *Poremećaj senzorne integracije*.

Važan je dio rada poglavlje *Odgoj i obrazovanje* u kojem se najprije objašnjava pojam posebne odgojne-obrazovne potrebe, nakon čega su opisana ponašanja učenika s poremećajima iz autističnog spektra u razredu. U posljednjem dijelu poglavlja navedene su upute i savjeti za učitelje autističnih učenika.

Na kraju rada navedene su opće informacije o obilježavanju svjesnosti o autizmu.

2. POVIJESNI OSVRT

2.1. Početak brige za duševno bolesnu djecu

Pretpostavlja se da dijete kroz odrastanje i odgoj od sebi sličnih osoba poprima običaje i navike i općenito modele ponašanja, a u samom početku čistom imitacijom. Pronalaženje “divlje djece“ kroz povijest, potaknulo je razmišljanja o djeci koja ne mogu razvijati intelekt oponašanjem ili utjecajem okoline, što zbog psihološke ili biološke etiologije, a što zbog nedostatka civilizirane okoline koju bi oponašali. Postavlja se pitanje može li se između ove dvije grupe povući paralela i uočiti jednake razvojne fenomene. Na jednoj strani “divlja djeca“, a na drugoj autistično dijete kao klinički sindrom (Nikolić, 2000).

Početkom 19. stoljeća, u doba formiranja psihijatrije kao medicinske znanosti o duševnom zdravlju čovjeka, opisan je slučaj o Viktoru “divljem dječaku iz Aveyrona“. To je prvi slučaj autizma prikazan u znanstvenoj literaturi.

Viktor je pronađen u šumi u blizini francuskog grada Rodeza, 1799. godine u dobi od oko 11-12 godina. Hodao je četveronoške, poput životinje i nije pokazivao ništa od civiliziranog društvenog ponašanja. Nakon kraćeg vremena, medijska pozornost je splasnula te je Viktor gotovo preko noći potonuo u zaborav, uz krajnje pesimističnu prognozu da se radi o nepopravljivoj idiotiji. Međutim, za njega se zainteresirao priznati liječnik Jean Marie Gaspard Itard. On se nije slagao s postavljenom dijagnozom jer je Viktorovo stanje shvaćao kao zastoj u razvoju, koji je uvjetovan nestimulirajućom okolinom života izvan civilizacije, što nipošto nije trajno i nepopravljivo. Uzevši Viktora u svoj dom, Itard je započeo dug i naporan rad s ciljem da od njega napravi “normalnog“ čovjeka.

Itard je postavio ciljeve u radu s Viktorom, tj. “kriterije edukacije“:

- učiniti sve da zavoli život u društvu pokazujući taj život ugodnijim od onoga koji je donedavno vodio
- ponovno probuditi njegovu živčanu osjetljivost
- proširiti sferu ideja i razvijati nove potrebe umnažavajući odnose s bićima koja ga okružuju

- uvesti potrebu riječi koristeći se vježbom imitacije te neizbježnim zapovjednim zakonima potreba
- razvijati kroz neko vrijeme na objektima njegovih fizičkih potreba najjednostavnije mentalne operacije što bi postalo baza za uspješno podučavanje

Itard nažalost nije uspio u svim zadacima koje je sebi postavio. Viktor je umro s otprilike 40 godina. Naučio je veliki broj riječi, stekao je sposobnost prosuđivanja i komunikacije, naučio je adekvatno izraziti emocije te je postao svjestan značenja socijalnih utjecaja. Zanimljivo je da je čak naučio svirati violinu.

Neki od Itardovih zaključaka proizašlih iz rada s Viktorom:

- čovjekova moralna superiornost rezultat je civilizacije koja ga uzdiže iznad drugih životinja
- sposobnost imitiranja energična je i aktivna u prvim godinama života, a postepeno s vremenom i izolacijom slabi
- usavršavanje osjetila snažno je doprinijelo razvoju intelektualnih sposobnosti

Proučavajući Itardov opis Viktorovog ponašanja, uočavaju se velike podudarnosti karakteristika ponašanja Viktora i autističnog djeteta. Kao što je autistično dijete izolirano od okoline, tako ni Viktor nije pokazivao nimalo želje i interesa za komunikaciju s okolinom. Uočena je zajednička sklonost grizenju predmeta i ljudi, brzi i bezrazložni prijelaz iz stanja apatične tuge u eksplozije smijeha, uznemirenost, prestrašenost i sl.

Nikolić (2000) navodi da poanta Viktorovog slučaja nije u tome da se raspravlja je li dječak bio primarno autističan ili je njegovo ponašanje uzrokovano isključivo prilagodbom na život u šumi. Poanta je da je Itard prvi ispravno uočio ulogu faktora okoline u nastanku onoga što se dotada pripisivalo mentalnoj zaostalosti s nikakvom prognozom, a što pokazuje elemente psihotičnog oboljenja djeteta.

2.2. Razvoj spoznaja o poremećajima iz autističnog spektra

Do početka 20. stoljeća psihoza rane dječje dobi, a s time i tada još nepoznati autistični spektar, brka se sa stanjima snižene intelektualne sposobnosti (mentalnom

retardacijom) te se psihotična i autistična djeca smještaju u ustanove za mentalno retardirane. 1905. godine talijanski psiholog i psihijatar Sancte de Sanctis opisuje demenciju prekocisimu (*dementia praecocissima*) – psihoza rane dječje dobi koja uzrokuje psihičko i intelektualno propadanje kod djeteta koje je prije bolesti bilo psihičko zdravo.

Autistični je poremećaj prvi puta zapažen 1943. godine i od tada, navode Davison i Neale (1999), kao da ima neku “mističnu auru“. Američki dječji psihijatar Leo Kanner prvi je identificirao sindrom nakon promatranja jedanaestero djece kod kojih je primijetio ponašanja koja nisu bila karakteristična za shizofrenu djecu ni za djecu sa sniženim intelektualnim sposobnostima. Kanner je taj poremećaj nazvao *infatilni autizam*. Prvi simptomi pojavljuju se već od početka života, a Bujas Petković (1995) opisuje Kannerov precizniji vremenski okvir pojavljivanja simptoma - unutar prvih 30 mjeseci života s razdobljem urednog razvoja ili bez njega. Kanner je kod promatrane djece primijetio da od početka postoji ekstremna osamljenost te da zanemaruju i ignoriraju sve vanjske podražaje. Pretpostavio je da je uzrok njihove nesposobnosti razvijanja komunikacije uvelike povezana hladnim i odbijajućim držanjem majke prema djetetu (Bujas Petković, 1995). Prema Davisonu i Nealeu (1999), Kanner je smatrao da je autistična usamljenost najbitniji simptom autizma, ali naglašena su i teška govorna ograničenja te opsesivna želja da im se okolina nikada ne mijenja.

Osnovne karakteristike autističnog poremećaja prema Kanneru (1943.) jesu:

- nemogućnost djeteta da uspostavi normalne kontakte s roditeljima, djecom i drugim ljudima
- zakašnjeli razvoj govora i uporaba govora na nekomunikativan način (eholalija, metalalija, neadekvatna uporaba zamjenica)
- ponavljajuće i stereotipne igre te opsesivno inzistiranje na poštivanju određenog reda
- nedostatak mašte i dobro mehaničko pamćenje
- normalan tjelesni izgled

Kanner je smatrao da su autistična djeca normalne ili natprosječne inteligencije, a njihovo funkcioniranje objašnjava kao posljedicom nemogućnosti uspostavljanja kontakta. To stajalište podržavalo je većina drugih stručnjaka i tridesetak godina

nakon Kannerovog opisa zbog djetetove često dobre mehaničke memorije, ozbiljnog izraza lica i fizičke atraktivnosti.

Kako je ranije navedeno, prema Kanneru, odlučujuću ulogu u nastanku autizma imaju roditelji koje opisuje kao visoko obrazovane, pretjerano profesionalno aktivne i emocionalno hladne. Navodi da majke autistične djece nisu sposobne prihvatiti svoje dijete, stoga ga nesvjesno odbijaju što kod djeteta izaziva reakciju izolacije i osamljivanja. Očeve je opisao kao visoko inteligentne osobe okupiranim profesionalnim obvezama te nezainteresirane da suosjećaju s drugima. Do prije tridesetak godina vjerovalo se da je upravo to uzrok autizma, ali je kasnijim brojnim istraživanjima ipak opovrgnuto. Iako se roditeljski utjecaj na nastanak bolesti ne može sasvim isključiti, navodi Nikolić (2000), on ni približno nije toliko velikim se ispočetka smatrao. Ponekad je u anamnezama autistične djece vidljiva djetetova odvojenost od majke iz bilo kojeg razloga, ali nedovoljno da bi se smatralo kao pravilo.

Godine 1944. njemački psihijatar Hans Asperger, ne znajući za Kanneru, opisuje sindrom veoma sličan infatilnom autizmu, a naziva ga *autistična psihopatija*. B. Rank (1955.) uvodi u dječju psihijatriju naziv *atipično dijete, atipična psihoza ili atipični razvoj*. Taj se naziv danas ne koristi, osim naziva *atipični autizam* koji se koristi za autistični poremećaj te je on pobliže objašnjen u poglavlju *Poremećaji iz autističnog spektra (PAS)*.

Prema Bujas Petković i sur. (2010), danas se za skupinu poremećaja sličnih autizmu upotrebljava naziv *pervazivni razvojni poremećaji i poremećaji iz autističnog spektra*.

3. OBILJEŽJA AUTISTIČNIH POREMEĆAJA

Autistični je poremećaj globalni razvojni poremećaj koji se manifestira do 30. mjeseca života, odnosno u prve tri godine te zahvaća gotovo sve psihičke funkcije i traje cijeli život. Nikolić (2000) navodi da se može manifestirati i kasnije, tj. od četvrte do pete godine života te se tada govori o "sekundarnom autizmu". Ranije se smatralo da su autistični poremećaji rijetki te da je njihova incidencija otprilike 4-5

djece na 10 000 rođenih i to češće u dječaka nego u djevojčica. Posljednjih desetljeća, a posebno unazad nekoliko godina, navodi Capanec i sur. (2015), bilježi se znatan porast prevalencije poremećaja iz autističnog spektra te istraživanja pokazuju da je ona otprilike 1% u općoj populaciji (1:100).

„Osnovni su simptomi bolesti nedostatak emocionalnih odgovora prema ljudima i stvarima, nedostatak verbalne i neverbalne komunikacije, osobito poremećaj u razvoju govora, bizarnosti u ponašanju i stereotipije.“ (Bujas Petković, 1995, str.3).

Osnovno obilježje autizma je defektnost ličnosti kao značajno odstupanje psihofizičkih sposobnosti od prosjeka djece te dobi u senzomotoričkim, motoričkim, intelektualnim i lingvističkim funkcijama. Rani dječji autizam, prema Povelji Međunarodnog udruženja *Autism-Europe*, predstavlja dugotrajni životni hendikep, koji je uzrokovan moždanom disfunkcijom, a simptomi se prvenstveno pojavljuju u razvoju socijalnih interakcija i verbalne komunikacije. Autizam je nemoguće dijagnosticirati na osnovi jednog simptoma, već je potrebno uraditi kliničku opservaciju.

Bujas Petković (1995) smatra da termin *autizam* nije najsretnije odabran jer ga u psihijatriju uvodi švicarski psihijatar E. Bleuler 1911. označavajući njime jedan od osnovnih simptoma shizofrenije: nekomunikativnost, povlačenje u vlastiti svijet i osamljivanje. Nasuprot tome, Ramachandran (2013) smatra da je riječ *autizam*, koja dolazi od grčke riječi *authos* što znači *sam*, savršen opis za najistaknutije obilježje autizma - povlačenje iz socijalnog svijeta i izražena nevoljkost ili nesposobnost ulaženja u interakciju s drugim ljudima.

3.1. Rani simptomi

Rani znakovi autističnog poremećaja (Nikolić, 2000):

- vrlo rani poremećaj prehrane (dojenačka anoreksija ili odbijanje dojke ili flašice) i nemiran san s autoagresivnim pokretima ili mirna nesanica bez plača ili vriska s otvorenim očima.
- mišićna atonija ili rigiditet (prepušteni ili preukočeni mišići tijela)

- odsutnost prvih organizatora psihe (smiješak trećeg mjeseca i anksioznost osmog mjeseca života)
- smanjeni interes za igračke ili posebno naglašen interes za igre ruku pred očima
- postojanje mnogih i jakih fobičkih anksioznosti
- neinvesticija dijadnog odnosa od strane djeteta

3.2. Socijalno ponašanje

Već u svojem prvom opisu infatilnog autizma, Kanner (1943.) navodi nesposobnost autistične djece da na normalan način uspostave odnose s ljudima i stvarima.

Bujas Petković i sur. (2010) navode simptome poremećenih socijalnih interakcija:

- oštećenje neverbalnih načina ponašanja (pogled oči u oči, izraz lica, držanje tijela, geste)
- ne razvijaju se odnosi s vršnjacima
- nedostatak interesa i suosjećanja s drugim ljudima
- nedostatak socijalne ili emocionalne uzajamnosti

Igra autistične djece nemaštovita je i stereotipna jer imaju smanjenu sposobnost imitacije zbog nerazumijevanja verbalne i neverbalne komunikacije. Karakteristično je i vezivanje za određen predmet kojim se koriste na neadekvatan način.

Dijete s autizmom često odbija suradnju i kontakte. Prema Bujas Petković i sur. (2010), jačina i trajanje socijalnog hendikepa ovisi o djetetovim intelektualnim i govornim sposobnostima pa se zato lakše socijalno adaptiraju djeca višega intelektualnoga funkcioniranja i djeca s razvijenijim govorom i razumijevanjem.

Dijete može reagirati na neprimjeren način u određenim situacijama koje su za njega nerazumljive.

3.3. Teorija uma

Još od kada su Leo Kanner (1943.) i Hans Asperger (1944.) približno opisali stanja koja danas nazivamo *poremećaji iz autističnog spektra*, pojavile su se brojne teorije koje su pokušale opisati taj fenomen. Različite teorije koje objašnjavaju poremećaje iz autističnog spektra pokušavaju odgovoriti na pitanja:

1. Je li faktor kojim se objašnjava poremećaj prisutan kod svakog pojedinca na autističnom spektru ili samo kod većine njih (univerzalnost teorije)?
2. Je li faktor jedinstven za poremećaje iz autističnog spektra ili se njime mogu objasniti i neki drugi razvojni poremećaji (jedinstvenost teorije)?
3. Je li u podlozi autističnog spektra jedan specifični faktor ili je uključeno više faktora?

Poremećaji iz autističnog spektra tumačili su se teorijom emocionalno hladne majke (Bettleheim, 1967.), teorijama koje su naglašavale perceptivne teškoće (Prior, Gajzago i Knox, 1976.) te teorijama koje su autizam tumačile teškoćama u području pamćenja (Hermelin i O'Connor, 1967; Prior 1977.). 80ih godina pojavljuju se teorije koje naglašavaju kognitivne deficite kao osnovne deficite kod poremećaja iz autističnog spektra. U novije se vrijeme poremećaje iz autističnog spektra objašnjavaju deficitima u teoriji uma, teorijom izvršne disfunkcije ili slabom centralnom povezanošću (Šimleša, 2011, str. 92).

Teorija uma može se definirati kao sposobnost pripisivanja mentalnih stanja sebi i drugima. Autistične osobe imaju teškoća u pripisivanju mentalnih stanja sebi i drugima zbog čega ne mogu zauzeti tuđu perspektivu, razumjeti tuđe želje, namjere, vjerovanja i znanja.

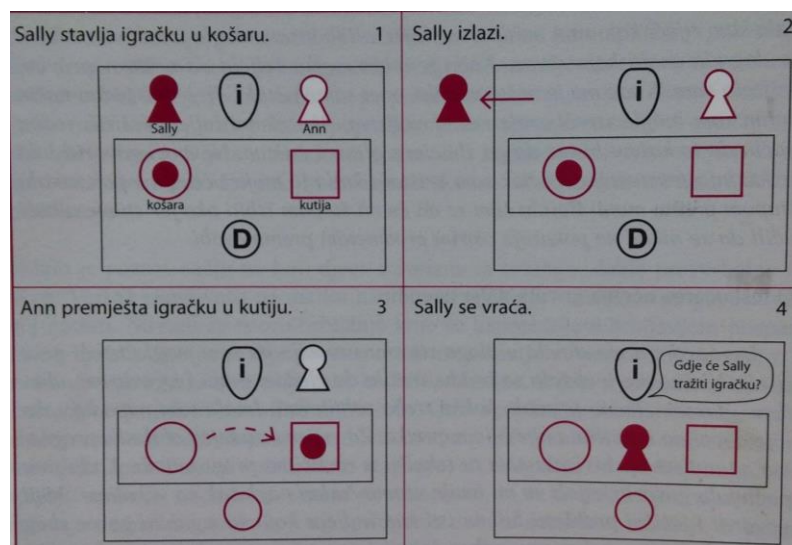
Razvojni slijed teorije uma (Šimleša, 2011):

- s 9 mjeseci života razvijaju se novi oblici suradnje sa socijalnom okolinom – djeca uključuju odrasle u svoje aktivnosti tako da im npr. pokazuju što žele ili imaju

- između 18. i 24. mjeseca djeca razumiju mentalno stanje pretvaranja
- s 24 mjeseca djeca razumiju mentalno stanje želja i namjera, tj. razumiju da drugi ljudi mogu voljeti i željeti stvari koje oni sami ne vole ili ne žele
- u dobi od 3 do 5 godina djeca razvijaju sposobnost razumijevanja pogrešnih vjerovanja, razumijevanja da vanjština ne mora nužno reflektirati stvarnost te da različiti pojedinci mogu percipirati istu stvar na različit način

Sve navedene sposobnosti potrebne su pojedincu za predviđanje tuđeg ponašanja, tj. razumijevanje povezanosti između mentalnog stanja i ponašanja.

Spoznaju da djeca i osobe s autizmom imaju velikih teškoća u području teorije uma dokazana je brojnim pokusima od kojih je prvi bio o Sally i Ann 1989. Nakon njega su napravljeni brojni drugi slični pokusi koji su potvrdili isto. Djeca s autizmom rješavala su test znatno slabije nego zdrava djeca iste dobi (Frey Škrinjar i Bujas Petković, 2009).



D - dijete, i - ispitivač

Slika 1. Prikaz pokusa Sally i Ann (Bujas Petković i sur., 2010, str. 110)

Sally ulazi u prostoriju, stavlja igračku u košaru i izlazi van, a Ann premješta igračku iz košare u kutiju. Sally se zatim vraća u prostoriju i traži igračku ondje gdje ju je ostavila ne znajući da ju je Ann premjestila. Pitanje za ispitanika (dijete D): Gdje će

Sally tražiti igračku? Većina djece s autizmom odgovorit će da će Sally tražiti igračku ondje gdje se stvarno nalazi, a ne ondje gdje ju je ostavila jer imaju problema u shvaćanju ponašanja drugih osoba.

Tezu da autistična djeca imaju poteškoća u području teorije uma dokazana je i pokusom (Baron-Cohen, Leslie i Frith, 1985.) u kojem su sudjelovala zdrava i autistična djeca. U pokusu je na jednostavan način prikazana mehanička, bihevioristička i mentalna priča. Zadatak se sastojao u dva dijela:

1. djeca trebaju pravilnim redoslijedom složiti sličice koje tvore priču, s time da im je prva sličica zadana
2. provjerava se shvaćanje uzročno-posljedične veze u priči na osnovi njihovoga usmenoga prepričavanja

Kako je već navedeno, postojala su tri tipa priče. Prva je mehanička (dijete ispusti balon, balon leti, približava se drvetu te se probuši na grani), druga bihevioristička (djevojčica hoda po ulici, dolazi do slastičarnice te ulazi, kupuje slatkiše i izlazi van) te mentalna priča (dječak sprema slatkiš u kutiju, izlazi u dvorište i igra se, majka pronalazi slatkiš i pojede ga, dječak gleda u kutiju i čudi se gdje je slatkiš).



Slika 2. Tri tipa priče (Bujas Petković i sur. 2010. str. 171)

Prve su dvije priče djeca s autizmom riješila ispravno, no imali su problema u rješavanju treće priče zbog teškoća u mentaliziranju¹. Pokazali su dobre rezultate u prve dvije priče jer se mogu shvatiti bez poznavanja mentalnih stanja drugih osoba sudionika priče. Treća, mentalna priča, dobiva smisao tek kada dijete shvati stanje uma lika iz priče, s čime autistična djeca imaju velikih teškoća.

Iako se teorija uma može primijeniti na mnoga „socijalna“ ponašanja i simptome (npr. oštećenje neverbalnih ponašanja - pogled oči u oči, izraz lica, držanje tijela, geste kojima se uspostavljaju socijalne interakcije i sl.), teško je teoriju povezati s „nesocijalnim“ obilježjima poremećaja iz autističnog spektra (ograničeni, repetitivni i stereotipni modeli ponašanja i interesa) (Šimleša, 2011).

3.4. Govor

Govor i jezik, kao sastavni dijelovi procesa međuljudske komunikacije, promijenjeni su i slabije funkcioniraju u mnogim poremećajima, među ostalim i u autizmu. Komunikacija ne uključuje samo govor, nego i neverbalne znakove (znakovi tijelom, geste, mimiku, položaj, postupak, držanje i ponašanje u socijalnoj sredini, emocije i dr.). Kod autistične djece komunikacija oštećena u svim svojim dijelovima. Prema Bujas Petković (1995), autistična djeca imaju teškoća i s ekspresijom i s neverbalnom komunikacijom.

Prema Šunić i Klarić², kod većine autistične djece govor se nikada ne razvije, a kod verbalne autistične djece najčešće postoji eholalija, tj. djetetovo uzastopno ponavljanje riječi, fraze ili čitavog dijela razgovora kojeg je čuo ranije. Eholalije se pojavljuju najčešće nakon treće godine života te su najbolji primjer za neprimjerenost govora autistične djece jer se njima koriste izvan trenutačnog konteksta i bez svrhe komunikacije. Specifičnost govora djece s autizmom jest neobična intonacija, koja se često opisuje kao mehanička i monotona te nedostatak ritma u govoru. Vrlo je česta inverzija zamjenica. Dijete sebe često oslovljava zamjenicom „ti“ ili „on“ ili vlastitim imenom, a druge osobe oslovljava s „ja“. Bujas Petković (1995) smatra da se radi o zakašnjoj eholaliji, a ne nesvjesnosti vlastitoga identiteta jer vjerojatno

¹ Mentaliziranje je predviđanje ponašanja drugih osoba.

² <http://www.adiva.hr/autizam-i-pomoc-takvoj-djeci.aspx>

dijete govori na takav način zbog toga što tako čuje druge, a ne može spoznati prave odnose među ljudima niti ih pravilno imenovati.

Ukoliko postoji spontani govor kod autističnoga djeteta, on je najčešće gramatički neispravan. Veoma mali broj autističnih osoba uspije potpuno usvojiti gramatički ispravan govor, ali i tada su prisutna ograničenja u govornoj komunikaciji (poremećen ritam, intonacija, naglasak, rečenice siromašne informacijama i dr.). Bujas Petković (1995) navodi da autistična djeca nikada ne razviju mimiku i gestu kao način komunikacije.

Prema Jančec i sur. (2016), djeca s visokofunkcionirajućim autizmom imaju poteškoće u prozodiji i pragmatici. Također je istaknuta sklonost doslovnom tumačenju iskaza zbog koje imaju teškoće u razumijevanju idioma, humora, metafora, sarkazma, ironije, laži i šala.

Brojna istraživanja pokazuju da je razvoj govora autistične djece u korelaciji s intelektualnim funkcioniranjem, tj. intelektualno sposobnija djeca imaju razvijeniji govor i bolje razumijevanje. Na testovima inteligencije, većina autistične djece postiže bolje rezultate na neverbalnim testovima jer im je govor razvijen ispod opće intelektualne razine (Bujas Petković, 1995, str. 42.).

3.5. Rutine i stereotipije

Inzistiranje na jednoličnosti, jedan je od bitnih simptoma autističnog poremećaja. Robovska podređenost rutini najbolje se vidi kada je dijete dovoljno staro za samostalno kretanje i kontroliranje vanjskim događajima. Tada se uočavaju česte stereotipne radnje kojima se može zabavljati satima (npr. udaranje glavom u rub krevetića, otvaranje i zatvaranje vrata) i pritom dijete želi biti samo. Ukoliko ga se prekine u bizarnoj stereotipnoj radnji, kod djeteta se javlja bijes.

Prema Bujas Petković i sur. (2010), ograničeni, repetitivni i stereotipni modeli ponašanja, interesa i aktivnosti očituju se:

- zaokupljenošću jednim ili više stereotipnih i restriktivnih modela interesa koja je abnormalna intenzitetom ili usmjerenošću

- uočljivim nefleksibilnim priklanjanjem specifičnim, nefunkcionalnim rutinama ili ritualima
- stereotipnim i repetitivnim motoričkim manirizmima
- trajnom zaokupljenošću dijelovima predmeta



Slika 3. Dječak s autizmom, precizno slaganje igračkaka

Izražena je potreba da se vanjska okolina nikada ne mijenja te u slučaju najmanje promjene okoline djeca postanu anksiozna što predstavlja veliki problem za funkcioniranje obitelji (Nikolić, 2000). Preporuča se dijete zaokupiti drugom aktivnošću koja je poticajna i njemu zabavna. U svakom slučaju ga se ne smije ostaviti u njegovim “ritualima“, barem ne predugo, jer tada zapada sve dublje u svoj svijet.

3.6. Poremećaj senzorne integracije

Senzorna je integracija način na koji živčani sustav prerađuje informacije iz osjetila, koje se slijevaju u neurološki sustav u svakome trenutku. Na taj način mozak može organizirati sve poticaje, dati im smisao te ih upotrijebiti za kretanje, učenje i ponašanje. Senzorna se integracija, kod većine ljudi, događa bez svjesnog razmišljanja ili uložnog truda. Učimo i ponašamo se sukladno načinu percipiranja

osjeta putem osjetnog sustava koji čine sedam različitih područja osjeta (taktilni, vizualni, auditivni, oralni, olfaktorni, vestibularni³ i propioceptivni⁴). Prema Mamić i Fulgosi Masnjak (2010), poteškoće senzorne integracije mogu otežavati prilagodbu na promjene u dnevnim rutinama, povišenu razinu anksioznosti ta izbjegavanje kontakta s drugim ljudima. Primjer normalne i poremećene senzorne integracije:

„Zamislite da kuhate špagete za večeru. Služeći se očima, gledate po kuhinji i vidite pribor za kuhanje i sve sastojke za pripremu obroka. Vaše uši čuju zujanje kad otvorite hladnjak i pucketanje ljusaka kada gulite češnjak. Koža vam osjeća glatku, čvrstu dršku noža i vlažnu površinu češnjaka koji sjeckate. Vaši mišići i zglobovi osjećaju težinu noža i položaj tijela kad se krećete uokolo. Vaš nos osjeća arome, a dok vam papar krcka u ustima, vi uživajte u tom ljutom okusu. (...) U svim tim osjetima možete ili uživati, ili ih niste ni svjesni, jer su toliko uobičajeni. (...) Sada zamislite da vaša osjetila ne funkcioniraju dobro. Fluorescentna rasvjeta zadaje vam glavobolju i ne možete naći umak od rajčice u prepunoj ostavi. Salata u rukama čini vam se ljigava, odurna. Povraća vam se od mirisa češnjaka. Ne čujete da vam kipi voda na štednjaku, stvaraju se mjehurići, voda se toliko prelijeva po kontrolnom plamenu da se on gasi. Udarite se glavom u ormar, spotaknete preko mačke i prospe vam se salata. Do trenutka kad je ručak na stolu, doživjeli ste živčani slom i ljuti ste na sve oko sebe.“⁵

Ukoliko se problem senzorne integracije ne prepozna na vrijeme, djeca mogu imati problema s učenjem, ponašanjem, percepcijom, koordinacijom, zaostajanjem u govoru i jeziku te probleme s pažnjom i samokontrolom. Zbog neugodnih osjetnih iskustva mogu se pojaviti i repetitivna ponašanja koja osobi s autizmom mogu pomoći da se smiri kada je podražaj postao prejak (Mamić i sur., 2010). Spoznaje o različitosti osjetnih iskustava temelj su za razumijevanje ponašanja i funkcioniranja te za planiranje programa rada za učenike s autizmom (Mamić i Fulgosi Masnjak, 2010).

³ Vestibularni osjet daje podatke osobi o njenom položaju i kretanju u prostoru.

⁴ Proprioceptivni osjet omogućava kretanje i dobivanje povratne informacije o izvedenom pokretu te osjet ravnoteže.

⁵ (http://www.udruzenje-defektologa./phocadownload/senzorna_integracija.pdf)

Znakovi disfunkcije senzorne integracije kod djece mogu biti:

- preosjetljivost na pokret, dodir, prizor
- neosjetljivost na zvukove i strah od iznenadnih zvukova
- pokrivanje ušiju u kompleksnim situacijama
- izbjegavanje okusa, mirisa ili tkanina koje ostala djeca iste dobi podnose bez problema
- neobično visoka ili niska razina aktivnosti
- impulzivnost, nedostatak samokontrole
- nemogućnost opuštanja i umirivanja samog sebe
- socijalne i emocionalne poteškoće
- tjelesna nespretnost ili očita nepažnja
- oklijevanje prilikom hoda po stubama
- teškoće u prijelazu s jedne aktivnosti na drugu
- pridržavanje za zidove, namještaj, ljude ili predmete u poznatoj okolini
- zaostajanje u razvoju govora, jezika ili motoričkih aktivnosti
- zaostajanje u školskim postignućima
- strah od visina ili opreme na igralištu koja se pokreće
- nedostatak osjećaja za opasnost

Djeca s poremećajem senzorne integracije trebala bi biti uključena u terapijski program za poboljšanje iste. Dokazano je da terapija senzorne integracije poboljšava kvalitetu djetetova prilagođavanja te mu omogućuje primjerene reakcije na zahtjev okoline.



Slika 4. Primjer terapije senzorne integracije

3.7. Autistični savant

Savant je osoba s izuzetnim mentalnim sposobnostima. Autistični je savant jedan od najintragantnijih kognitivnih fenomena u psihologiji, a odnosi se na autistične osobe koji posjeduju neuobičajene i rijetke sposobnosti. Talenti se većinom primijete oko druge godine, no moguće ih je primijetiti već u prvim mjesecima života. U literaturi se najčešće spominju nadarenost za glazbu, pamćenje, umjetnost, matematiku i izračunavanje kalendara. Smatra se da razvojem drugih sposobnosti i socijalizacijom talenti gube intenzitet⁶.

Dva autistična brata blizanca sa sniženom inteligencijom izračunavala su dane u tjednu za u rasponu od 40 000 godina (Tammet, 2009).

Poznati slučaj autističnog savanta je Daniel Tammet. On ima fenomenalnu matematičku sposobnost te sposobnost da nauči posve novi jezik u samo tjedan dana, što je zabilježeno nastupom uživo na televiziji. Tammet ima Aspergerov sindrom, te u svojoj knjizi navodi da su brojevi njegov prvi jezik, jezik na kojem često razmišlja i osjeća.

⁶ <http://www.udruga-zvoncici.hr/autizam.html>

„Ponekad mi je teško shvatiti osjećaje ili znati kako reagirati na njih, pa često tražim pomoć od brojeva. Ako mi neki prijatelj kaže da je tužan ili potišten, zamislim se kako sjedim u mračnoj šupljini broja šest kako bih i sam osjetio isti osjećaj i shvatio ga. Ako u novinskom članku pročitam da je neku osobu nešto prestrašilo, zamišljam se kako stojim pokraj broja devet.“ (Tamm, 2009, str. 22).

Još jedan primjer suvremenog autističnog savanta je dječak Jake koji je natprosječno darovit matematičar i fizičar. Sa samo osam godina počeo je pohađati sveučilišne kolegije iz matematike, astronomije i fizike, a s devet je godina primljen na studij. S dvanaest je godina dobio plaćen posao istraživača na odsjeku fizike svoga sveučilišta te je nakon samo tri tjedna svladao dotad nerješiv problem iz teorije rešetaka. O tome je napisao znanstveni rad koji je objavljen u stručnom časopisu. Zanimljiva činjenica je da je Jake u početku pohađao školu za djecu s posebnim potrebama te su prognoze za njegovu budućnost bile izuzetno loše (Barnett, 2013).

Autisti imaju iznimnu sposobnost koncentracije koja im omogućuje da usredotoče svu svoju pozornost na određeno polje zanimanja. Zbog svoje uskraćenosti u mnogim sposobnostima, usmjeravaju pozornost na jedno područje iz čega se razvija talent. Mnogim je istraživanjima dokazano da autistična djeca s posebnim sposobnostima imaju jaču aktivnost desne hemisfere mozga jer zbog oštećenja lijeve, desna hemisfera mozga preuzima mnoge funkcije od kojih se jedna ili više njih razvijaju u talent.

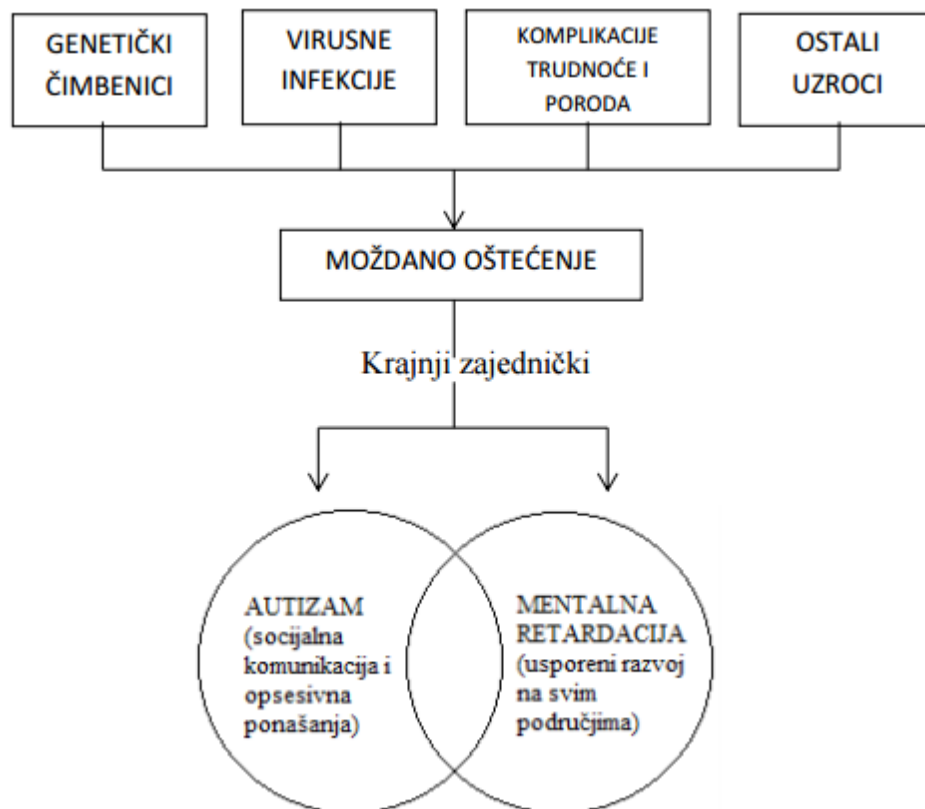
4. ETIOLOGIJA

Etiologija poremećaja autističnog spektra, navode Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010), nije u potpunosti poznata. U početku proučavanja autizma, dominirale su psihološke teorije, osobito zbog Kannerove teze da je autizam uzrokovan nenormalnim psihičkim interakcijama unutar obitelji, poglavito hladnim i odbijajućim držanjima majke prema djetetu. Danas su te teorije sasvim odbačene.

Danas se smatra da uzroci poremećaja mogu biti različita funkcionalna oštećenja SŽS-a sa specifičnim simptomima. Anamnestičkim podacima i raznim pretragama potvrđuje se da su genetski čimbenici, problematična trudnoća s oštećenjem ploda, anoksija/hipoksija u porođaju, razne infekcije ili mikrotraume SŽS-a, metabolička oštećenja i poteškoće u neurotransmitterskom funkcioniranju prisutni u velikom broju

autistične djece. Organska oštećenja mozga potvrđuju epileptični napadaji koji se javljaju u oko 30% djece, a obično u pubertetu. Genetsku ulogu u etiologiji potvrđuje i činjenica da se autizam među braćom i sestrama javlja u oko 3% slučajeva, što je gotovo 100 puta veća frekvencija nego općenito u populaciji.

Kako bi sumirale sve činjenice i hipoteze o uzrocima poremećaja iz autističnog spektra, Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010) opisuju Baron-Cohenov i Boltonov model (1993) krajnjeg zajedničkog učinka. Prema navedenom modelu, moždano oštećenje mogu uzrokovati genetski uzroci, virusne infekcije rane dobi, komplikacije trudnoće i porođaja te drugi čimbenici. Rezultat krajnjeg zajedničkog učinka svih ili nekih čimbenika, jest autizam ili intelektualno oštećenje (mentalna retardacija) koji se u nekim dijelovima preklapaju. Čak više od 70% autistične djece ima i intelektualno oštećenje.



Slika 5. Prikaz zajedničkog djelovanja mogućih različitih uzroka na nastanak autističnog poremećaja (prema Bujas Petković i sur., 2010)

Zasad nema specifičnog lijeka za autizam, ali neki lijekovi djeluju na pojedine simptome autizma, kao što su hiperaktivnost, agresija i autoagresija. Reagiranje na medikamentoznu terapiju može biti temelj za istraživanje etiologije (Bujas Petković i Frey Škrinjar 2010) .

Iako navode različite uzroke autizma, većina autora smatra da na pojavu autizma utječe međudjelovanje više različitih uzroka. Međutim, još uvijek pravi uzroci autizma nisu sasvim poznati.

5. DIJAGNOZA

Kannerova studija potaknula je znanstveno zanimanje za proučavanje i tretman autizma. Prema Bujas Petković i sur. (2010), iako nikad znanstveno vrednovana, prije je bila najkorištenija procjena za autistični poremećaj Creakova *nine-point* skala (1963.) u kojoj je od 14 ponuđenih simptoma potrebno najmanje devet da bi se postavila dijagnoza autizma. Danas ova ljestvica može poslužiti za postavljanje početne radne dijagnoze, ali u praksi se sve manje primjenjuje.

Creakova *nine-point* skala:

- velike teškoće u druženju i igranju s drugom djecom
- dijete se ponaša kao da je gluho
- dijete nema strah od stvarnih opasnosti
- jak otpor promjenama u rutini
- radije se koristi gestom ako nešto želi
- dijete se smije bez vidljivog razloga
- jak otpor prema učenju
- ne voli se maziti ni da ga se nosi
- pretjerana fizička aktivnost (hiperaktivnost)
- izbjegava pogled oči u oči
- neuobičajena vezanost za objekte ili dijelove objekta
- okreće predmete i potreseno je ako je u tome prekinuto
- ponavljajuće i čudne igre
- drži se po strani

Postavljanje pouzdane dijagnoze često je složen problem, pogotovo u djece mlađe od tri godine. Najveći je problem u ranoj dobi odijeliti autizam od drugih pervazivnih razvojnih poremećaja te procijeniti težinu simptoma. Unatoč tome, novija istraživanja upućuju na visoku pouzdanost dijagnoze kad se ona postavlja nakon navršenih 18 mjeseci mentalne dobi djeteta. Razlozi porasta broja djece s poremećajima iz autističnog spektra nisu utvrđeni, ali bi neki od razloga mogli biti velike promjene u dijagnostičkim kriterijima, činjenica da se dijagnoza daje u sve ranijoj dobi te sve veća osviještenost stručnjaka i šire javnosti o postojanju tog poremećaja (Cepanec i sur., 2015, str. 203). Tijekom šezdeset godina, od Kannerera do danas, najveća promjena u kriterijima za dijagnozu jest prihvaćena činjenica da je u autistične djece većinom riječ i o različitim stupnjevima intelektualnih oštećenja, a koja su se prvotno negirala (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010, str.156). Prvi izvor tijekom ispitivanja jest anamneza u kojoj roditelji iznose tijekom trudnoće ili moguće teškoće u trudnoći, porođaj i razvoj djeteta u njegovim prvim mjesecima života. Ako roditelji imaju više djece, međusobno će ih uspoređivati. Najčešće činjenice koje iznose majke su: dijete odbija tjelesne dodire, ne odgovara smiješkom, ne reagira na šumove i zov (prvo pretpostavljaju da je dijete gluho).

Bujas Petković (1995) navodi da je Rutter, jedan od najvećih stručnjaka, autizam označio sa četiri ključna kriterija:

1. oštećenje socijalnog razvoja s brojnim posebnim karakteristikama koje odstupaju od djetetove intelektualne razine
2. zakašnjeli i izmijenjeni razvoj jezika i govora s određenim specifičnostima koji odstupaju od djetetove intelektualne razine
3. inzistiranje na jednoličnosti, što se očituje u stereotipnim oblicima igre, abnormalnim preokupacijama ili otporu promjenama
4. pojava bolesti do dobi od 30 mjeseci

Navedeni kriteriji kasnije su bili podloga za dijagnostičke kriterije Međunarodne klasifikacije bolesti i ozljeda i dijagnostičke kriterije u DSM⁷ klasifikacijama. Dijagnoza se postavlja uz pomoć dijagnostičkih kriterija prema aktualnim priručnicima. Klinički psiholozi, koji bi trebali biti članovi svakog interdisciplinarnog tima koji postavlja dijagnozu, koriste DSM priručnik.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje

Autistični poremećaj ulazi u službenu dijagnostičku nomenklaturu tek 1980. godine publikacijom DSM-III, unatoč tome što je Kanner skoro 40 godina ranije opisao poremećaj. Još u DSM-II (1968.) navodilo se da je autistični poremećaj jednostavno oblik shizofrenije s ranim početkom. Davison i Neale (1999) smatraju da autistični poremećaj u to vrijeme često nije bio prepoznat zbog više zajedničkih osobina sa shizofrenijom: češće javljanje kod muškaraca nego kod žena, početak poremećaja u vrlo ranom djetinjstvu i istovremena pojava mentalne retardacije i epileptičnih napadaja. Kasnije je potvrđeno da iako socijalno povlačenje i neadekvatni afekt koji se primjećuju kod autistične djece može nalikovati negativnom simptomu shizofrenije, autistična djeca ne pokazuju halucinacije i deluzije te ne postaju shizofrenična kada odrastu.

DSM-III je uveo (i DSM-III R zadržao) termin *pervazivni (prožimajući) razvojni poremećaji* da bi diferencirao autizam od shizofrenije. Ovim se terminom naglašava da autizam uključuje ozbiljnu nenormalnost u procesu razvoja i tako se razlikuje od drugih mentalnih poremećaja koji nastaju u odrasloj dobi. U DSM-IV (1994.), autistični je poremećaj samo jedan od pervazivnih poremećaja. Drugi poremećaji u toj kategoriji su Rettov poremećaj, Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu, Aspergerov poremećaj i Pervazivni razvojni poremećaj neodređen (atipični autizam) (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

U zadnjem, petom izdanju (DSM-V, 2013.), promijenile su se neke stvari u klasificiranju. Prema tome kriteriju, više ne postoje Rettov sindrom, Autistični poremećaj, Atipični autizam, Aspergerov sindrom i Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu. Sve to zajedno naziva se *Poremećaj iz autističnog spektra*, odnosno F84 (PAS). Prema Dukarić i sur. (2014), većina znanstvenika smatra da su ti poremećaji, odnosno potkategorije, zapravo jedno stanje s različitim stupnjevima težine simptoma. DSM-V poremećaje dijeli u 3 razine ovisno o izraženosti spektra i problema sa spektra. Za postavljanje dijagnoze F84, postoje dvije skupine simptoma koje se procjenjuju: a) postoje li navedeni simptomi i b) u kojoj mjeri postoje, koliko su izraženi (1,2,3). Svakom stupnju pridružena je odgovarajuća količina podrške.

Prva skupina simptoma odnosi se na socijalnu komunikaciju, tj. odstupanja u području socijalne komunikacije:

1. deficit u socio-emocionalnoj recipročnosti

2. deficit u neverbalnoj komunikaciji i ponašanju
3. deficit u razvoju, održavanju i razumijevanju odnosa

Psihologinja Bonačić (2016) objašnjava navedenu skupinu simptoma rečenicom jedne majke autističnoga djeteta: „Moje dijete ne vidi smisao komunikacije, odnosno čemu ona služi i zašto je važna za međuljudske odnose“⁸.

Druga skupina simptoma odnosi se na bihevioralne pokazatelje:

1. stereotipna ili repetitivna ponašanja (motorički ili govorna)
2. rutine i ritualna ponašanja (nefleksibilnost)
3. usko specifični interesi s intenzivnim fokusom pažnje
4. senzorna hiper/hipo osjetljivost

Pojava govora i intelektualne poteškoće nisu navedeni kao dijagnostički kriteriji jer je govor kod neke djece prisutan, a kod neke nije, isto kao i intelektualne poteškoće. Za dijagnozu Poremećaja iz autističnog spektra moraju biti zadovoljeni kriteriji iz obje skupine simptoma. Prema Capanec i sur. (2015), zbog promjena u DSM-V, smanjuje se prepoznavanje osoba s PAS-om za otprilike trećinu, a pogotovo visokofunkcionirajućih osoba. Moguće je da dijete kroz terapiju i ranu intervenciju izgubi dijagnozu F84 jer je izgubilo bihevioralne simptome autizma (stereotipije, rituale, rigidnost), no ono i dalje ima poteškoće u socijalnoj komunikaciji te ostaju različiti naspram ostale populacije do kraja života. Bonačić (2016) navodi da ne postoje „izliječena“ djeca, već postoje samo neka djeca koja su naučila funkcionirati kao djeca bez autizma, ali autizam uvijek ostaje dio njih. Od iznimne je važnosti to znati kako bi ih prihvatili i omogućili im da prihvate sami sebe. Dijagnoza je važna samo da bi se znalo kako djetetu pomoći, jer dijete je isto prije, za vrijeme i nakon dijagnoze.

6. POREMEĆAJI IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA (PAS)

⁸ <https://autizamsite.wordpress.com/tag/dsm-prirucnik/>

„Poremećaj(e) iz autističnog spektra (PAS) obilježavaju odstupanja u socijalnoj komunikaciji i interakciji, te atipičnosti u obilježjima općeg ponašanja i interesa“ (Cepanec i sur., 2015, str.204). PAS je poznat i pod nazivom *pervazivni razvojni poremećaji*. Riječ *pervazivni* dolazi od latinskog glagola *pervadere* što znači *prožimati* te tako opisuje poremećaje iz autističnog spektra koji istovremeno zahvaćaju i prožimaju veći broj razvojnih područja.

Kako je ranije navedeno, PAS uključuje potkategorije: Autistični poremećaj, Aspergerov sindrom, Rettov sindrom, Atipični autizam i Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu.

Iako u podskupinama PAS-a ima razlika, sindrome približavaju velike sličnosti pa ih je u praksi katkad teško razlikovati, a osobito kod djece i osoba s visokofunkcionirajućim autizmom.

6.1. Autistični poremećaj (Kannerov sindrom)

Autistični poremećaj karakterizira nenormalno funkcioniranje u socijalnoj interakciji, komunikaciji te ograničeno stereotipno nesvrhovito ponašanje. Autistični je poremećaj osnovna tema rada te su njegova obilježja detaljno opisana na drugim mjestima.

6.2. Aspergerov sindrom

Gotovo su istodobno (jesen 1943. i početak 1944. godine) Leo Kanner i Hans Asperger opisali djecu s izrazitim poremećajima komunikacije i socijalnih interakcija te ponavljajućim stereotipnim radnjama. Kako je već spomenuto, Kanner je poremećaj nazvao *infatilnim autizmom*, a Asperger *autističnom psihopatijom* (Bujas Petković, 1995). Zanimljivo je da oba autora opisuju sličan obrazac simptoma i primjenjuju naziv “autističan“. Lorna Wing prva je osoba koja koristi naziv Aspergerov sindrom u članku objavljenom 1981. godine. Leo Kanner opisao je u svojoj disertaciji djecu s težim oblicima autizma, dok je Asperger opisao sposobniju djecu (Attwood, 2010).

Kannerov opis autističnog djeteta prevladao je u našem shvaćanju autizma – klasično tiho i povučeno dijete. Lorna Wing primijetila je da neka djeca, dok su mala, imaju klasična obilježja autizma, no razvijaju fluentan govor i želju za druženje s drugima. Unatoč tome, vidljivi su značajni problemi s naprednijim socijalnim vještinama i razgovorom. Zaključila je da ta djeca više odgovaraju opisu Hansa Aspergera.

„Aspergerov je sindrom ozbiljan kronični neurorazvojni poremećaj koji se definira socijalnim deficitima i ograničenim interesima, slično kao i autizam, ali dobro razvijenim govorom i dobrim kognitivnim sposobnostima, što ga razlikuje od autizma i drugih pervazivnih razvojnih poremećaja.“ (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010, str. 48).

Attwood (2010) navodi glavna klinička obilježja Aspergerova sindroma koje je opisala Lorna Wing, a to su:

1. nedostatak empatije
2. naivna, neodgovarajuća, jednostrana interakcija
3. nepostojanje sposobnosti ili smanjena sposobnost sklapanja prijateljstava
4. pedantan, repetitivni govor
5. slaba neverbalna komunikacija
6. intenzivna zaokupljenost određenim temama
7. nespretni i loše koordinirani pokreti i neobičan tjelesni stav

U devedesetima se smatralo da je Aspergerov sindrom inačica autizma i pervazivnog razvojnog poremećaja. Danas ima vlastite dijagnostičke kriterije jer se smatra podskupinom unutar autističnog spektra.

Prvi pokazatelji poremećaja su drukčiji interesi od onih kod vršnjaka, manjkavost neverbalne komunikacije, neobičan način kontakta oči u oči te općenito nezainteresiranost za druženje s vršnjacima (Bujas Petković i sur, 2010).

6.2.1. Dijagnoza

Prema jednom istraživanju Nacionalnog društva za autizam iz 2001., kod polovine svih odraslih osoba s Aspergerovim sindromom on se dijagnosticira tek nakon njihove šesnaeste godine (Tammet, 2009). Do dijagnoze Aspergerovog sindroma vode dvije faze. U prvoj fazi važni su roditelji i nastavnici koji trebaju popuniti upitnik ili ljestvicu procjene. U drugoj fazi dijagnostičku procjenu provodi kliničar koji ima iskustva u ispitivanju ponašanja i sposobnosti djece s razvojnim poremećajima (Atwood, 2010).

Dijagnostički kriteriji za Aspergerov poremećaj (Bujas Petković i sur, 2010):

- A. kvalitativno oštećenje socijalnih interakcija koje se manifestira kao barem dvoje od dolje nabrojanih:
 - 1. izrazito oštećenje neverbalne komunikacije (kontakt oči u oči, izraz lica, držanje tijela i geste kojima se uspostavljaju socijalne interakcije)
 - 2. ne razvijaju se odnosi s vršnjacima
 - 3. nema spontane podjele uživanja, interesa ili dostignuća s drugim osobama
 - 4. nema socijalne ili emocionalne uzajamnosti
- B. ograničeni, repetitivni i stereotipni modeli ponašanja, interesa i aktivnosti koji se manifestiraju kao najmanje jedno od sljedećeg:
 - 1. zaokupljenost s jednim ili više stereotipnih i ograničenih modela interesa koja je abnormalna intenzitetom ili usmjerenošću
 - 2. nefleksibilno priklanjanje specifičnim, nefunkcionalnim rutinama ili ritualima
 - 3. stereotipni i repetitivni motorički manirizmi (npr. lupkanje ili savijanje prstiju ili šake te složeni pokreti cijeloga tijela)
 - 4. trajna zaokupljenost dijelovima predmeta
- C. smetnje uzrokuju klinički značajno oštećenje socijalnih, radnih ili drugih važnih područja funkcioniranja
- D. nema klinički značajnog kašnjenja razvoja jezika
- E. nema klinički značajnog kašnjenja kognitivnog razvoja ili razvoja dobi primjerenih vještina samopomoći, adaptivnog ponašanja ili znatiželje prema zbivanjima u okolini
- F. nisu zadovoljeni kriteriji za neki drugi pervazivni razvojni poremećaj ili shizofreniju

6.2.2. Igra

Mala djeca s Aspergerovim sindromom ne djeluju motivirano za igru s vršnjacima ili ne znaju kako bi se igrali, tj. ne shvaćaju pravila igre. Ovakva se djeca čine potpuno zadovoljnima kada su sami. Kada su uključeni u zajedničku igru, toleriraju socijalni kontakt sve dok se svi igraju po njihovim pravilima. Atwood (2010) tvrdi da ne možemo reći da je takvo dijete sebično, jednostavno je usmjereno na sebe i svoje potrebe. Može biti prilično grubo i agresivno prema drugoj djeci kada se želi samostalno igrati da bi osiguralo svoju samoću.

Dok je dijete malo, ne mari za pritisak vršnjačkih trendova i ima malo pravih prijatelja. Čini se sasvim zadovoljno u svojoj izoliranosti. Starija djeca postaju svjesna svoje izoliranosti te se javlja istinska motivacija za druženje s vršnjacima. Problem je što tada izlazi na vidjelo njihova nezrela vještina društvene igre te ih druga djeca često odbacuju.

6.2.3. Govor

Istraživanja pokazuju da gotovo 50% djece s Aspergerovim sindromom u ranoj dobi kasni u jezičnom razvoju, ali do pete godine govore fluentno. Usprkos fluentnosti, jezik im zvuči čudno jer ne mogu voditi prirodan razgovor.

Malu djecu potrebno je podučavati o umijeću razgovora jer osobe s Aspergerovim sindromom imaju tendenciju započeti i voditi interakciju na neobičan način. Razgovor, ako se to tako može nazvati, započinje primjedbom koja je irelevantna za situaciju ili kršenjem društvenih i kulturnih normi. Zatim nastavlja s monologom koji pokazuje enciklopedijsko znanje o određenoj temi. Nakon što razgovor započne, čini se nemogućim zaustaviti govor koji je, čini se, unaprijed naučen. Sudionici razgovora imaju dojam da ih osoba sa sindromom ne sluša ili jednostavno ne zna kako bi tuđe komentare uklopilo u dijalog. Ono što najviše smeta sugovornicima je sklonost prekidanju drugih u govoru. Prema Atwood (2010), osoba s Aspergerovim

sindromom ne zna prepoznati signale kada treba početi ili prestati govoriti. Također ne uviđa utjecaj prekidanja toka razgovora na osjećaje drugih.

6.2.4. Interesi i rutine

Osobe s Aspergerovim sindromom imaju sklonost fascinaciji posebnim interesima koji dominiraju vremenom i razgovorima osobe te nametanje rutine koje se moraju obaviti. Također imaju snažan interes za sakupljanje odabranih predmeta u svakoj prigodi. Mlađe dijete razvija interes za sakupljanje specifičnih predmeta, a kasnije postaje fascinirano nekom temom, umjesto predmetom. Uobičajene su teme prijevoz (posebno vlakovi i kamioni), dinosauri, znanost i elektronika. Osoba tada razvije enciklopedijsko znanje o određenoj temi. Konačna faza je romantičan interes za stvarnu osobu koja se događa tijekom adolescencije ili nakon nje. Atwood (2010) ovu fazu opisuje kao adolescentska zaludenost ili zaljubljenost.

Postoji nekoliko objašnjenja zašto se pojavljuju interesi koji dominiraju vremenom i razgovorom osobe s Aspergerovim sindromom, a to su:

1. Da bi se pospješio razgovor

Ako osoba nije vješta u razgovoru, postoji ugodna sigurnost ako se vodi razgovor o predmetu poznatog interesa.

2. Da upozore na inteligenciju

Težnja svih ljudi, a tako i ljudi s Aspregerovim sindromom jest da se ne doimaju glupima. Jedan od načina da se upozori na vlastitu inteligenciju je monolog koji sadrži stručne pojmove koji su slušatelju nepoznati. Atwood (2010) tvrdi da je ova značajka svojstvena i nekim računalnim stručnjacima, znanstvenicima, odvjetnicima i specijalistima (uključujući psihologe) da bi dali naslutiti svoju superiornost u znanju.

3. Da bi pružile red i dosljednost

Zbog čestih teškoća u uspostavljanju reda u promjenjivim situacijama, osobe s Aspergerovim sindromom interesima nastoje unijeti red. Smatra se da su računala

idealni predmet interesa zato što su logična, dosljedna i nisu podložna promjenama raspoloženja.

4. Sredstvo za opuštanje

Ove osamljeničke i ponavljajuće preokupacije služe za izbjegavanje od stresa povezanog sa socijalnim kontaktima i načinom opuštanja. Kliničko je iskustvo pokazalo da što je stres snažniji, to će interes biti intenzivniji.

5. Ugodna aktivnost

Interes osobe s Aspergerovim sindromom nije samo sredstvo za ispunjavanje vremena. Ono pruža istinsko zadovoljstvo, užitek i uzbuđenje koje može dovesti do toga da osoba doslovno skače od veselja.

6.2.5. Motorička nespretnost

Istraživanja upućuju da između 50 i 90% djece i odraslih s Aspergerovim sindromom imaju teškoća s motoričkom koordinacijom (Attwood, 2010). Jedan od prvih pokazatelja motoričke nespretnosti jest da neka djeca s Aspergerovim sindromom nauče hodati nekoliko mjeseci kasnije od očekivanoga. U ranom djetinjstvu mogu pokazivati ograničenu spretnost u igrama s loptom, teškoće s vezanjem vezica na cipelama te neobičan način hoda ili trčanja. U školi je uočljiv djetetov loš rukopis i nespretnost na satima tjelesnog odgoja. U adolescenciji manji dio djece s Aspergerovim sindromom razvije grčeve mišića lica ili brzo treptanje i povremene grimase.

Istraživanja pokazuju da loša motorička koordinacija utječe na široki raspon sposobnosti, uključujući grube i fine motoričke vještine (Atwood, 2010). Kada osoba trči ili hoda, pokreti izgledaju nezgrapno te neka djeca hodaju bez pridruženih pokreta zamaha ruku. Tu bi mogla biti riječ o nedostatku koordinacije gornjih i donjih udova. Dijete često odbija sudjelovati u sportskim natjecanjima i igrama zbog zadirkivanja druge djece. Postoje različiti programi za postizanje koordinacije pokreta, a oni mogu uključivati korištenje velikog zidnog ogledala, snimanje videokamerom te imitiranje pokreta uz uporabu glazbe i plesa. Dijete se može

poticati na aktivnost plivanja jer je ona najmanje pogođena. Bavljenjem aktivnošću plivanja, dijete ima priliku doživjeti kompetenciju i divljenje zbog vještine pokreta.

Posebno je pogođena vještina bacanja i hvatanja lopte. Dijete ruke skuplja u pravilnom položaju, ali djelić sekunde prekasno. Djeca zbog toga počinju izbjegavati igre s loptom na igralištu ili ih drugi namjerno isključuju jer kvare uspjeh momčadi. Tako djeca s Aspergerovim sindromom nemaju šansu da vježbom poprave svoje vještine. Ovdje roditelji imaju veliku ulogu. Oni moraju od rane dobi pružiti poduku i vježbu u vještinama s loptom da bi dijete steklo osnovne kompetencije koje će mu omogućiti uključenost u igre.

6.2.6. Kognicija

Osobe s Aspergerovim sindromom imaju nekih teškoća u zamišljanju i uvažavanju misli i osjećaja drugih ljudi. Oni ne mogu shvatiti da njihova primjedba može izazvati nelagodu ili uvredu ili da će isprika pomoći da se isprave osjećaji te osobe. Osobe s Aspergerovim sindromom mogu posjedovati znanje o tome što bi osoba mogla misliti ili osjećati, ali ne mogu prepoznati kada su takve vještine nužne u određenim situacijama. Roditelji i učitelji moraju podučiti dijete o posljedicama prije nego nešto napravi. Podučiti ga da su misli i osjećaji drugih ljudi uvijek važni.

Osoba s Aspergerovim sindromom često ima teškoća s kognitivnom fleksibilnošću. Imaju često rigidno mišljenje koje se ne prilagođava promjenama ili neuspjehu. Mora ih se upozoriti na druge opcije jer imaju uvijek samo jedan pristup problemu. Zbog nefleksibilnosti mišljenja, osoba ima slabiju sposobnost učenja na osnovi pogrešaka. Dijete je potrebno poticati da prekine s radom i razmisli o drugom načinu ili da zamoli pomoć od učiteljice ili drugog učenika.

Klinička opažanja djece s Aspergerovim sindromom pokazala su sklonost maštovitim, ali samotnim igrama te neka neobična svojstva. Ukoliko dopuste drugoj djeci da se uključe u aktivnost, žele potpunu kontrolu - od njihova položaja do teksta koji govore. Dok se druga djeca često pretvaraju da su likovi iz omiljenih filmova i televizijskih programa, dijete s Aspergerovim sindromom pretvara se da je neki predmet, a ne osoba. Attwood (2010) navodi primjere gdje su se djeca pretvarala da

su automobilski brisač, čajnik te primjer djevojčice koja je provela nekoliko tjedana pretvarajući se da je začepljena toaletna školjka.

6.2.7. Osjetilna preosjetljivost

Autistična djeca mogu biti vrlo osjetljiva na određene zvukove i načine dodirivanja, a smanjeno su osjetljiva na niske razine boli. Oko 40% autistične djece ima neku abnormalnost osjetne osjetljivosti i pretpostavlja se da bi incidencija mogla biti ista kod Aspergerovog sindroma (Attwood, 2010). Pogođen je jedan ili više osjetnih organa te se kod samog očekivanja tog iskustva razvija snažna tjeskoba ili panika. U kasnijem se djetinjstvu osjetilna preosjetljivost smanjuje, no kod nekih pojedinaca može biti prisutna cijeli život. Najučestalija je preosjetljivost na zvukove i dodir, ali može biti i na okus, jakost svjetla, boje i arome. Nasuprot tome, osoba s Aspergerovim sindromom može neznatno reagirati na razine boli i temperature koje bi drugima bile nepodnošljive.

1. Slušna osjetljivost

Postoje tri vrste buke koje se percipiraju kao iznimno intenzivne za ljude s autizmom i Aspergerovim sindromom. Prvu skupinu čine nagli i neočekivani zvukovi poput laveža psa, zvonjave telefona, kašlja i sl. Drugu skupinu čini kontinuirana buka visoke frekvencije kućanskih aparata i vrtne mehanike. Treću skupinu čine složeni ili višestruki zvukovi poput onih u velikim trgovačkim centrima ili na bučnim socijalnim događanjima. Jedno od svojstava slušne osjetljivosti je stupanj varijacija u osjetljivosti. Nekim danima zvukovi se percipiraju kao nepodnošljivo jaki, dok su drugih dana neugodni, ali podnošljivi.

2. Dodirna osjetljivost

Postoji osjetljivost na određeni intenzitet dodira i osjetljivost na dodirivanje pojedinih dijelova tijela. Čini se da su koža na glavi, nadlaktice i dlanovi osjetljiviji od drugih dijelova tijela. Iz tog razloga se dijete može uspaničiti kod frizera ili kada mu se pere i češlja kosa. Također, djeca mogu mrziti dodirivanje određenih tekstura poput plastelina ili boja za slikanje prstima. Postoje različiti tretmani koji mogu

pomoći u smanjenju dodirne osjetljivosti. Programi uključuju masažu, nježno trljanje područja i vibraciju.

3. Osjetljivost na okus i teksturu hrane

Djeca s Aspergerovim sindromom često su izuzetno izbirljiva glede hrane. Nije riječ o jednostavnom problemu u ponašanju gdje se dijete namjerno odupire, nego je dijete pojačano osjetljivo na određene vrste hrane. Ne smije se prisilno hraniti ili izgladnjivati dijete da bi se potaknula raznolikija prehrana, jer dijete ni tada neće prihvatiti hranu koja mu okusom ili teksturom ne odgovara. Attwood (2010) navodi primjer gdje osoba s Aspergerovim sindromom objašnjava da nikada nije mogao staviti određenu hranu u usta jer bi odmah povratio. Roditeljima može pomoći nutricionist savjetima o tome što je hranjivo, a da pritom djetetu bude prihvatljivo okusom i teksturom. Nasreću, većina djece naposljetku preraste ovakvu vrstu preosjetljivosti.

4. Vidna osjetljivost

Vidna je osjetljivost rijetko svojstvo povezano s autizmom i Aspergerovim sindromom. To je osjetljivost na određene razine osvjetljenosti, boje ili distorziju vidne percepcije. Prema Attwood (2010), neka djeca i odrasli izvještavaju da su "zaslijepljeni svjetlošću". Nastavnici mogu izbjeći dovođenje djeteta u takve okolnosti tako da dijete u školi ne sjedi u klupi koju obasjava snažna sunčeva svjetlost. Nekada je također potrebno omogućiti djetetu da i u zatvorenom prostoru nosi sunčane naočale, fotoosjetljive leće i štitnike. Još uvijek ne postoje metode kako smanjiti vidnu osjetljivost. Za sada se može samo ustanoviti što bi se moglo percipirati kao pretjerano intenzivno i nastojati izbjegavati ta iskustva.

5. Njušna osjetljivost

Neki ljudi s Aspergerovim sindromom izvještavaju da im određeni mirisi mogu biti zagušujući, stoga roditelji moraju izbjegavati promjenu parfema ili tekućine za čišćenje u kućanstvu.

6. Osjetljivost na bol i temperaturu

Osobe s Aspergerovim sindromom mogu imati smanjenu reakciju na bol koja ih može spriječiti da nauče izbjegavati određene opasne aktivnosti, što dovodi do čestih

ozljeda. Brojne se upale mogu razviti do opasne razine prije nego što uopće budu otkrivene.

6.3. Rettov sindrom

Rettov sindrom je neurološki poremećaj koji se pojavljuje isključivo kod djevojčica. Početak bolesti je od sedmog do osamnaestog mjeseca života. Često se zamjenjuje s autističnim poremećajem jer mu po tijeku bolesti, a pogotovo u početku, jako nalikuje. Prvi ga je opisao bečki dječji psihijatar Andreas Rett 1966. godine. Bolest se manifestira s tri simptoma: autistično ponašanje, intelektualno propadanje i progresivna ataksija. Bujas Petković i sur. (2010) tvrde da je etiologija bolesti do danas nepoznata. Jedno od mišljenja je da se radi o mutaciji obaju X – kromosoma koji su razlogom pobačaja muškog ploda pa poremećaj imaju isključivo djevojčice. Rettov sindrom ima jedno novorođenče na 12 000 do 15 000 novorođenčadi ženskog spola.

Rani psihomotorni razvoj djeteta čini se normalan do sedmog ili osamnaestog mjeseca života, a potom slijedi psihotična regresija, zaostatak u razvoju govora, slabija uporaba riječi i rečenica koje je do tad usvojeno. Pojavljuje se poremećaj hoda i stereotipni pokreti rukama koji nalikuju na pokrete pranja ruku i primicanje ruku ustima. Razdoblje urednog psihomotornog razvoja djelomično se podudara s autizmom, no razvojem bolesti psihomotorni razvoj bitno zaostaje do konačne demencije.

Tijek bolesti prikazuje se u četiri osnovna stadija (Bujas Petković i sur., 2010):

- I. stadij je rani početak stagnacije između sedmog mjeseca i 1,5 godine. U tom se razdoblju primjećuje zaostajanje u razvoju, ali nije značajno abnormalan. Može trajati od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci.
- II. stadij je razdoblje kada dijete gubi postignute vještine i komunikaciju. Javlja se od prve do četvrte godine i traje od nekoliko tjedana do jedne godine.
- III. stadij je period u kojem se donekle popravljiva komunikacija. Djevojčice su sposobne kretati se, ali je prisutna spora i neupadna neuromotorna regresija. Stadij traje godinama i desetljećima.

IV. stadij je period u kojem nastaje potpuna motorna nesamostalnost, propadanje psihičkih funkcija i distalna distorzija te on traje desetljećima. Neke djevojčice nikada ne nauče ni sjediti ni hodati, tako da izravno prelaze iz II. u IV. stadij

Kriteriji za postavljanje dijagnoze su (Bujas Petković i sur. 2010):

A. svi sljedeći:

1. uočljivo normalan prenatalni i perinatalni razvoj
2. uočljivo normalan psihomotorni razvoj tijekom prvih pet mjeseci života
3. normalan opseg glave kod rođenja

B. početak svih sljedećih nakon razdoblja normalnog razvoja:

1. rast glave se usporava u dobi od 5 do 48 mjeseci
2. gubitak već usvojenih svrhovitih vještina šake u dobi od 5 do 30 mjeseci, nakon čega se razvijaju stereotipni pokreti šake (npr. stiskanje ili pranje ruku)
3. izostanak u sudjelovanju u socijalnim interakcijama rano u tijeku bolesti
4. problemi s koordinacijom hoda ili pokretima trupa
5. teško oštećen razvoj jezičnoga razumijevanja i izražavanja s teškom psihomotornom zaostalošću

Ne postoji lijek za Rettov sindrom, jedino su korisni lijekovi za kontrolu epileptičnih napadaja. Potrebno je provoditi fizikalne vježbe radi prevencije skolioze, deformacije malih zglobova na rukama i poboljšanja motorike. Korisna je glazbenoterapija, hidroterapija i podvodna masaža.

6.4. Atipični autizam

Koristi se i naziv Pervazivni razvojni poremećaj – neodređen. Naziv “atipično dijete“ i “atipičan razvoj“ u dječju je psihijatriju uvela psihoanalitičarka Beata Rank (1955.). Tada je taj naziv označavao širok raspon poremećaja, od onog koji ima karakteristike autističnog poremećaja do stanja koja se pojavljuju u ranoj dobi te odstupaju od normalnoga razvoja, ali poremećaj ličnosti nije tako dubok kao u autizmu (Bujas Petković i sur, 2010).

Simptomi atipičnog autizma slični simptomima u autizmu, a to su:

- povlačenje od ljudi
- uzmicanje u svijet fantazija
- mutizam ili uporaba jezika ne nekomunikativan način
- bizarnost u držanju
- stereotipije
- ravnodušnost ili provale anksioznosti i ljutnje
- inhibicija⁹
- rituali
- pomanjkanje kontakta očima u očima

Poremećaj se može pojaviti od rođenja, ali i nakon razdoblja normalnog razvoja djeteta. Uzrok nastanka poremećaja mogu biti nasljedni, biološki i psihološki čimbenici.

Atipični se autizam razlikuje od autističnoga poremećaja po neispunjavanju svih dijagnostičkih kriterija te se razlikuje po životnoj dobi pojavljivanja. Bujas Petković i sur. (2010) tvrde da postoji mnogo nedorečenosti i kontradiktornih podataka u literaturi te da će mnoge nejasnoće biti riješene tek kada se rasvijetli etiologija poremećaja.

6.5. Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu

Dezintegrativni poremećaj (dezintegrativna psihoza, Hitlerov sindrom, dječja demencija) je poremećaj koji se pojavljuje između treće i pete godine života. Kod djeteta, nakon potpuno zdravog razdoblja, dolazi do potpunog pogoršanja gotovo svih psihičkih funkcija. Dijete prestaje komunicirati i govoriti, pratiti događaje u okolini te zaboravlja naučene vještine.

Prema Bujas Petković i sur. (2010), poremećaj je vrlo težak, ali nasreću rijedak. Etiologija dezintegrativnog poremećaja nije jasno utvrđena, ali se katkad može

⁹ Inhibicija je pojava kada neki psihički proces ili ponašanje bivaju manje izraženi ili potpuno nestanu zbog djelovanja nekog drugog procesa.

povezati s cerebralnim oštećenjem ili čak psihosocijalnim stresom (npr. hospitalizacija, odvajanje od majke, rođenje mlađeg brata ili sestre).

Simptomi su slični kao kod autizma, no specifično je razdoblje urednog razvoja. Ritter navodi dva moguća početka bolesti:

1. *Nagli* početak bolesti koji nastupa u razdoblju od nekoliko dana ili tjedana.
2. *Postupni* početak koji traje od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci.

Kod djece se primjećuje nezainteresiranost za okolinu, nereagiranje na vanjske podražaje te izgledaju potpuno izgubljeno. Također dolazi do osiromašenja govora, njegovog potpunog gubitka te nerazumijevanja tuđega govora. Pojavljuju se stereotipije, anksioznost, razdražljivost te gubljenje inteligencije.

Dijagnostički kriteriji za dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu (Bujas Petković i sur, 2010):

- A. normalan razvoj tijekom najmanje prve dvije godine života s odgovarajućom verbalnom i neverbalnom komunikacijom, socijalnim odnosima, igrom te ponašanjem primjerenima dobi
- B. klinički značajan gubitak već usvojenih vještina (prije 10. godine) na najmanje dva od sljedećih područja:
 1. jezično razumijevanje i izražavanje
 2. socijalne vještine ili adaptivno ponašanje
 3. kontrola sfinktera¹⁰
 4. igra
 5. motoričke vještine
- C. abnormalnosti funkcioniranja na najmanje dva od sljedećih područja:
 1. kvalitativno oštećenje socijalnih interakcija (npr. oštećenje neverbalnih načina ponašanja, izostaje razvoj odnosa s vršnjacima, nema socijalne ili emocionalne uzajamnosti)
 2. kvalitativno oštećenje komuniciranja (npr. govorni jezik kasni ili se ne razvija, nesposobnost započinjanja ili održavanja konverzacije, stereotipna i repetitivna uporaba jezika, izostaju razne igre pretvaranja)

¹⁰ Sfinkteri su mišići koji kontroliraju otjecanje mokraće.

3. ograničeni, repetitivni i stereotipni modeli ponašanja, interesa i aktivnosti, uključujući motoričke stereotipije i manirizme
- D. smetnja nije bolje opisana kao neki drugi pervazivni razvojni poremećaj ili shizofrenija

Prognoza za oboljele od dezintegrativnog poremećaja je loša. Kod male skupine bolesnika oštećenja se nastavlja u te u kasnijim stadijima dolazi do neuroloških ispada koji mogu dovesti do prerane smrti (Remschmidt, 2009).

7. INTERVENCIJE I TERAPIJE

Činjenice govore da ukoliko se na vrijeme ne poduzmu odgovarajući koraci, autistično dijete stvara autističnu obitelj. Prema Bujas Petković (1995), cijela se obitelj postupno povlači zbog nemogućnosti da se autistično dijete smjesti u prihvatljive socijalne okvire. Kako su se spoznaje o uzrocima autizma mijenjale, mijenjao se i tretman koji je postajao sve efikasniji. Autistično je dijete potrebno od rane dobi stimulirati adekvatnim tretmanom i odgojnim postupcima jer u suprotnom dolazi do propadanja intelektualnih funkcija i osobe u cjelini.

Metode i postupci tretmana najefikasniji su ako se individualno prilagode djetetu te se provode kontinuirano, dugotrajno i dosljedno. Također je potrebno provoditi jednake postupke u svim sredinama u kojima dijete boravi. Ukoliko su postupci nedosljedni i tretmani neredoviti, kod autističnog djeteta javlja se pogoršanje sveukupnog stanja. Za uspjeh u tretmanu mora sudjelovati cijela obitelj (Bujas Petković, 1995).

Prvi tretman autističnog djeteta zapisao je francuski liječnik Itard 1795. godine. Kako je ranije navedeno, Itard je počeo odgajati i podučavati divljeg dječaka Viktora. Viktor je uz globalni razvojni poremećaj, odgojnu i obrazovnu zapuštenost, imao i mnoge druge smetnje uz koje najvjerojatnije i autizam. Itard ga je podučavao svakodnevnim aktivnostima i govornim vježbama. Iako nije postignuto potpuno ozdravljenje, ostvaren je veliki uspjeh u razvoju socijalizacije, komunikacije i osamostaljenja.

Pedesetih godina započinje terapija autistične djece otvaranjem Ortogenetske škole B. Bettelheima u Chicagu. Tada se smatralo da je autizam emocionalni poremećaj te se krivilo roditelje, a poglavito majke, za nastanak bolesti u djeteta. Bettelheim je djecu odvojio od roditelja i potpuno izolirao kako bi im, vjerovao je, omogućio osjećaj slobode i zaštićenosti te slobodno kreiranje ličnosti, što do sada nisu mogli zbog roditeljskog odbacivanja. Danas je takvo mišljenje napušteno i baš je suprotno, smatra se da roditelji imaju veliku pozitivnu ulogu u terapijama.

Prema Bujas Petković (1995), uspješni tretmani polaze od činjenice da je primarni problem u autizmu funkcionalno i organsko oštećenje nekih područja SŽS-a. Ta područja zdravim osobama omogućuju intuitivno shvaćanje tuđih misli i osjećaja. Zato se kod autističnih osoba javlja ravnodušnost prema drugim osobama, smetnje u komunikaciji i drugi simptomi. Tretmanom se navedene smetnje trebaju prevladati.

„Tretman autistične djece obuhvaća terapiju kojom se nastoje ukloniti ili ublažiti simptomi autizma i edukativne (obrazovne) postupke kojima se kao i u zdrave djece, nastoji djetetu i odrasloj osobi pružiti što više korisnog znanja i osposobiti ih za određene vještine. Metode terapije i edukacije odabir su načina kako bi se pomoglo u svladavanju problema koji nastaju zbog poremećaja, ali i da se autistično dijete, kao i sva druga djeca, prema sposobnostima uključi u obrazovni sustav.“ (Bujas-Petković, 1995, str.82)

Preduvjet za uspješan tretman autizma je uspostavljanje čvrste emocionalne veze i povjerenja između terapeuta i djeteta.

7.1. Bihevioralna terapija

Bihevioralni pristup prisutan je još od 1960ih u podučavanju osoba s autizmom. Najprije je intervencija bila usmjerena isključivo na izolirana ponašanja, a kasnije je razvijen program koji je usmjeren na širok spektar vještina i sposobnosti. (Stošić, 2009). 70ih i 80ih koristio se termin *modifikacija ponašanja*. Tada su se tom metodom nastojale ukloniti socijalno neprihvatljivi oblici ponašanja – iznenadni

ispadi bijesa, agresija, autoagresija, destruktivnost i drugo. Temeljna postavka metode modifikacije ponašanja je da će se određeno ponašanje nastaviti ako su odgovori okoline ugodni, a ako su odgovori odbojni, ponašanje će se promijeniti i prilagoditi situaciji. Reakcije roditelja i terapeuta moraju biti dosljedne i naglašene kako bi autistična djeca, jer imaju teškoće u razumijevanju i izražavanju komunikacije, ipak mogla postupno uočavati zakonitosti.

Bujas Petković (1995) navodi važnost nagrada i pohvala, slabijih i jačih kazni te ignoriranje djetetova ponašanja za modifikaciju ponašanja. Najvažnija je nagrada jer se njome potiče djetetovo željeno ponašanje i razvija socijalizacija. Autističnu se djecu često nagrađuje umjetnom potkrepom, npr. hranom, što nije poželjno zbog ograničenja i neprimjerenosti u situacijama izvan tretmana. Stariju i razumniju djecu treba navikavati na socijalne i odgođene nagrade, pohvale ili složenije nagrade. Autorica za primjer nagrade navodi bavljenje omiljenom aktivnošću. Metoda modifikacije ponašanja, osim kao samostalna terapija, može se koristiti i u interakciji s drugim terapijama.

Suvremeni bihevioralni pristup uključuje manipulaciju podražaja, tj. mijenjanje i prilagođavanje okoline, prilagođavanje jezika, stila interakcije i didaktičkoga materijala (Stošić, 2009).

Kako je ranije navedeno, bihevioralna je terapija niz metoda kojima se željeni oblici ponašanja nastoje zadržati, a neželjeni otkloniti. Postupak uklanjanja neželjenog ponašanja provodi se korak po korak uz detaljnu razradu te prema trenutnom djetetovom ponašanju.

Prema Stošić (2009), postoje različite tehnike bihevioralnih intervencija, a neke od njih su:

- *Incidentalno podučavanje* u kojem odrasla osoba čeka da dijete pokaže da želi neki predmet ili aktivnost, zatim mu pruža podršku da dijete komunicira s više sredstava i daje djetetu željeni predmet ili aktivnost (npr. odrasla osoba traži od djeteta da koristi sliku za zahtijevanje željenog predmeta).
- *Mand podučavanje* tehnika je u kojoj odrasla osoba čeka da dijete pokaže interes za željeni predmet, zatim djetetu pruža model za imitaciju ili mu pruža podršku za primjereno zahtijevanje i daje željeni predmet.

- *Vremenska odgoda* postupak je u kojem odrasla osoba prilazi djetetu nakon što dijete pokaže interes za predmet ili aktivnost, s izrazom iščekivanja djetetu daje na znanje da treba na neki način tražiti predmet/aktivnost. Nakon određenog vremenskog perioda (10-15 sekundi), ukoliko dijete ne zahtijeva predmet, odrasla osoba pruža model za imitaciju ili podršku za primjereno zahtijevanje.

Svrha navedenih strategija je poticanje razvoja verbalne i neverbalne komunikacije.

- *Prekidanje bihevioralnoga niza* postupak je u kojem se koriste prirodne i svakodnevne djetetove rutine kako bi se poticalo traženje pomoći ili predmeta, komentiranje, nastavak niza itd. Na početku se ponavlja određena rutina, u igri ili svakodnevnim aktivnostima, uz korištenje istih postupaka i riječi. Nakon što se rutina uspostavi, odrasla se osoba zaustavi usred rutine te čeka da dijete samo nastavi rutinu, traži željeni predmet ili komentira nakon čega se djetetu pruža podrška.
- *Podučavanje pivotalnih odgovora* temelji se na istraživanju Koegela i njegovih suradnika. Cilj je podučavanje važnih pivotalnih ponašanja koja su važna u raznim područjima funkcioniranja. Neka od tih ponašanja su motivacija, responzivnost na različite podražaje iz okoline, združena pažnja, simbolička igra itd.

Prema Davison i Neale (1999), bihevioralni terapeuti naučili su autističnu djecu govoriti, promijenili njihov eholaličan govor, naveli ih da se igraju s drugom djecom te im pomogli da odgovaraju odraslim osobama.

Također, niz suvremenih istraživanja pokazuje uspjeh sveobuhvatnih, ranih i intenzivnih bihevioralnih intervencija u podučavanju autistične djece (Stošić, 2009).

Jedne od sastavnica bihevioralne terapije jesu socijalne priče. Prema Jančec i sur. (2016), socijalne priče su kratke priče prilagođene djeci s poremećajem iz spektra autizma te je njihov cilj poboljšanje socijalnih vještina. Njima se socijalne vještine poboljšavaju podučavanjem primjerenih oblika ponašanja u određenim socijalnim situacijama. U socijalnim se pričama opisuju bitni društveni signali te se predlažu prikladni odgovori na ponašanje u određenoj situaciji. Svaka socijalna priča objašnjava stavove i emocije drugih ljudi u određenoj situaciji, opisuje što se od

djeteta u konkretnoj situaciji očekuje da učini ili kaže te objašnjava socijalno prihvatljivo ponašanje.

Zbog povezivanja socijalnih priča s drugim terapijama, njihova učinkovitost još uvijek nije znanstveno dokazana. Malobrojna provedena istraživanja pokazuju pozitivnu povezanost između podučavanja ponašanja socijalnim pričama i usvajanja novih vještina. Istraživanja polaze od ispitivanja djetetovog jezičnog razumijevanja kako bi se uvidjelo je li dijete sposobno razumjeti socijalnu priču.

Kako bi socijalna priča bila uspješna, postoje dvije ključne komponente (Jančec i sur., 2016):

1. omogućiti djetetu da socijalnu priču čita samo ili da je čita djetetu bliska osoba
2. prezentirati socijalnu priču na djetetu prihvatljiv način, tj. kroz medije koje dijete preferira (audio snimka ili video zapis)

Jančec, Šimleša i Frey Škrinjar provele su istraživanje (2016) utjecaja socijalnih priča putem video modeliranja na vještine socijalne interakcije autističnoga djeteta. Nakon provedenog istraživanja primjećuju značajno bolje rezultate u učestalosti i kvaliteti iniciranih interakcija s vršnjacima nakon djetetove izloženosti socijalnim pričama putem video modeliranja. Istraživanjem utjecaja socijalnih priča dokazano je i smanjenje broja nepoželjnih ponašanja kod djeteta.

7.2. Glazbena terapija

Prema Bujas Petković (1995), glazbena terapija može poslužiti kao relaksacija. Glazba treba biti pažljivo odabrana prema afinitetu djeteta, što znači da ne smije biti preglasna i iritirajuća. Autistična djeca često vole pjevati ili se izražavati melodijom pa čak i ako su neverbalna. Kao i kod druge djece, glazba može biti dio odgojnog i obrazovnog procesa.

Prema istraživanjima, autistična djeca pod djelovanjem glazbene terapije pokazuju veći interes za komunikaciju s osobama iz okoline. Također je primijećena pojačana vokalizacija i igra s glasom kod neverbalne djece, a kod djece koja govore pospješuje

se uporaba zamjenica, osobnih imena i riječi kojima izražavaju svoje osjećaje (Mamić i Fulgosi Masnjak, 2010).

7.3. Likovna terapija

Likovna se terapija primjenjuje kod gotovo svih poremećaja djece i odraslih te likovno izražavanje može poslužiti i u dijagnostičke svrhe. Likovna je terapija važna jer mnoga neverbalna autistična djeca crtežom mogu izraziti svoje poruke ili želje te na taj način komunicirati s drugima. Specifičnost crteža autistične djece jest ta da su često stereotipni i ponavljaju se uvijek na isti način (Bujas Petković, 1995).

7.4. Terapija igrom

Terapija igrom može se primijeniti kao oblik psihoterapije kod autistične djece višeg intelektualnog funkcioniranja. Za razliku od spontane igre s vršnjacima, terapijska je igra ciljana te ju vodi terapeut. Njome dijete upoznaje vanjski i unutarnji svijet te uči kako izraziti vlastite doživljaje (Bujas Petković, 1995).

7.5. Kineziterapija

Kineziterapija se koristila i ranije kao sastavni dio tretmana autistične djece, no, smatra Bujas Petković (1995), danas je sve važnija u terapiji djece i odraslih s autizmom. Tjelesne vježbe pomažu ukloniti hiperaktivnost kod djece, a kod odraslih suzbijaju agresiju, autoagresiju, destruktivno ponašanje i stereotipije.

7.6. Holding terapija

Američka psihijatrica Martha Welch prva opisuje holding terapiju (terapiju čvrstog držanja). Prema Welch, autizam je emocionalni poremećaj s poremećenim odnosom

majka-dijete te se terapijom nastoji reaktivirati emocionalni odnos majke i djeteta. U terapiji sudjeluju i majka i otac, jer se smatra da su sve veze unutar obitelji poremećene. Terapiju su kasnije razradili Tinbergen i Richer.

Prema Bujas Petković (1995), Richer razdvaja *redovne holding seanse* koje se odvijaju kod kuće – prema terapeutovim uputama i bez obzira na djetetovo stanje, i *seanse koje su majčin odgovor* na djetetov nekontrolirani psihomotorni nemir. „Praktični dio provodi majka čvrsto držeći dijete, unatoč njegovu otporu i otimanju, ne dopuštajući mu da se istrgne“ (Bujas Petković, 1995, str.86). U početku je dijete agresivno prema majci, otima se, štupa ju te ju grize. Majka ni u jednom trenutku ne smije pokazati znakove agresije, nego mora dijete milovati, tješiti i pokazivati mu ljubav sve dok se dijete ne smiri i dok mu takvo postupanje ne postane ugodno. Seanse traju najčešće sat vremena, ali preporuča se i dulje trajanje, čak i do četiri sata. Holding terapija najčešće se provodi kod kuće i to u kombinaciji s drugim oblicima tretmana. Majka je glavni terapeut koja postupa prema uputama stručnjaka, a po potrebi se i otac može uključiti u terapiju (Bujas Petković, 1995).

7.7. Dnevna životna terapija

Dnevna životna terapija temelji se na metodama dr. Kiyo Kitahare iz Japana, koja je otvorila Higashi školu u Tokiju te školu za autističnu djecu¹¹ u Bostonu. U tim se školama obrazuju autistična djeca zajedno s djecom normalnog razvoja. Metoda rada je spoj istočnjačke filozofije u kojoj se isprepliću duh, tijelo i razum, i principa japanske pedagogije koja daje prednost učenju u grupi jer dijete preko skupine usvaja njezin ritam te imitiranjem drugih članova poboljšava svoje sposobnosti. Središnje mjesto tretmana ima tjelesni trening i učenje, a imitacijom drugih članova usvajaju se svakodnevne rutine (hranjenje, odijevanje i briga o sebi). Prema Kitahare, navedena terapija gasi nepoželjna ponašanja u autistične djece (agresija, autoagresija, destruktivnost i dr.), a Bujas-Petković (1995) to opovrgava. Ona navodi da ova

¹¹ Higashi škola i škola za autističnu djecu radile su prema istim principima.

metoda nije u potpunosti prihvatljiva, ali su dijelovi terapije, kao što je tjelesni trening¹², korisni za suzbijanje nepoželjnih ponašanja.

7.8. Potpomognuta komunikacija

Potpomognutu komunikaciju prvi je opisao Australac Biklen (1990), a provodi se u ustanovama u Australiji, SAD-u i Europi. Navedenom se terapijom nastoji neverbalnu osobu potaknuti na komunikaciju pisanjem na računalu preko facilitatora¹³. Iako tzv. potpomognuta komunikacija nije znanstveno evaluirana, Bujas Petković (1995) navodi da postoji niz izvješća o velikoj uspješnosti.

7.9. Alternativni tretmani i terapija

Alternativni tretmani i terapije veoma su raznovrsni te se primjenjuju kao metode za liječenje, odgoj, obrazovanje i rehabilitaciju autistične djece. U njih spadaju: bioenergija, kiropraktika, masaža, posebni režimi prehrane, čajevi i trave i dr. Iako se u početku smatralo da navedeni tretmani i terapije poboljšavaju djetetovo stanje, s vremenom su procjene pokazale da se njihovom primjenom ne događaju bitne promjene.

7.10. TEACCH program

„TEACCH-program (Tretman and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children) jedan je od najsveobuhvatnijih programa dijagnostike, procjene sposobnosti i deficita te terapije za djecu i odrasle s autizmom.“ (Bujas Petković, 1995, str. 90). Osmišljen je 70ih godina te se od tada sustavno primjenjuje i usavršava. Cilj TEACCH-programa je usvajanje školskih znanja i vještina za djecu koja su sposobna te poboljšanje efikasnosti učenja,

¹² Bujas-Petković (1995) navodi da su brojna istraživanja dokazala da tjelesni trening ima pozitivne učinke na negativne oblike ponašanja, pogotovo na psihomotorni nemir, agresiju i stereotipije.

¹³ trenirane osobe

komunikacije i razvijanje socijalizacije autističnoga djeteta. Temelji se na vizualno posredovanoj vanjskoj podršci. Vještine koje program obuhvaća su konkretne, specifične te prilagođene dobi. To su vještine: sortiranje, uporaba jednostavnog alata, vježbe fine i grube motorike, kućni poslovi (usisavanje, pranje posuđa, čišćenje), socijalno ponašanje (prepoznavanje jednostavnih natpisa i poruka) i ples. U programu je važno učenje slijeda uputa, učenje funkcionalne komunikacije (izražavanje želja i zadovoljavanje potreba) te učenje socijalnih rutina (pozdravljanje i suradnja s drugima).

Najveća je mogućnost autističnome djetetu pomoći u njegovoj predškolskoj dobi. U toj je fazi važno uspostaviti kontakt oči u oči, facijalnu ekspresiju, vokalizaciju, kontakt tijelom, socijalne kontakte i prilagodbe, razvijati odnos s prijateljima, imitaciju, igre i socijalno razumijevanje. Prema Bujas Petković (1995), izrazito su važne upute za roditelje za rad kod kuće jer bitno pridonose napretku tretmana.

Kako je već navedeno, autistične je osobe potrebno od najranije dobi naučiti praktičnim vještinama, ali kasnije i finalizirati te održavati naučeno.

7.11. Roditelji kao terapeuti

Kod uključenosti roditelja u terapije autistične djece, terapeuti imaju različita stajališta. Jedni terapeuti roditelje isključuju iz terapije jer smatraju da više ometaju terapijski proces, nego što pomažu jer ih ne znaju uklopiti u terapiju. Drugi smatraju da je nazočnost roditelja ne samo poželjna, nego i nužna za kvalitetnu terapiju. Bujas Petković (1995) smatra da je poželjno da roditelji istodobno budu i roditelji i terapeuti jer uspjeh tretmana ovisi o održavanju navika stečenih izvan ustanove. Također smatra da roditelji i sami moraju biti podvrgnuti terapiji i poduci, ako žele korisno i aktivno sudjelovati u terapiji. Roditelji mogu gledati kako terapeut postupa i radi s djetetom uživo ili preko videa što mu omogućuje kasnije detaljno proučavanje i objašnjavanje. Važna je suradnja roditelja s učiteljima i terapeutima ustanove da bi znali kako se dijete ponaša u drugim situacijama. Bujas Petković (1995) smatra da je u početku kod većine roditelja nužna psihoterapija.

7.12. Primijenjena analiza ponašanja (ABA)

Lovaasov ABA¹⁴ je program rane intervencije koji se temelji na dugogodišnjem kliničkom iskustvu. ABA program pokazao je uspješnost u unapređenju socijalnog i jezičnog razvoja i u smanjenju ponašanja koje ometa učenje i razumijevanje (Bujas Petković i sur., 2010).

U svojem je eksperimentu Lovaas razdvojio grupu od trideset i osmero autistične predškolske djece na dvije skupine. Prvoj je skupini omogućena ABA terapija četrdeset sati tjedno, a drugoj, "kontrolnoj" skupini, pet do deset sati tjedno. Djeci iz prve skupine kvocijent inteligencije povećao se za trideset, te je polovica od njih počela pohađati redovnu školu. Djeca iz druge skupine reagirala su kao da tretmana uopće nije bilo: kod nikoga se nije povećao kvocijent inteligencije. Lovaas je prvi pokazao da se autizam može tretirati (Stacey, 2005).

Terapije su uključivale ponavljane vježbe iz modifikacije ponašanja. Djeca bi sjedila u stolcima i dobivala zadatke, npr. „stavi ovu kocku u posudu“. Kako bi dijete dalo dobar odgovor ili napravilo nešto ispravno, pomaže mu se različitim tehnikama. To može biti fizičko vođenje ili pokazivanje. Prilikom usvajanja svakog zadatka koristi se pojačanje tj. nagrada kako bi se osiguralo ponovno pojavljivanje tog ponašanja. Nagrade tj. potkrepljenja mogu biti primarna (slastice) ili sekundarna (igračka koju voli, socijalna pohvala..).

ABA se odvija po programima koji se kreiraju prema djetetovim sposobnostima. Najčešće se kreće od programa: kontakt očima, imitacije pokreta, dijelovi tijela, pokazivanje i imenovanje slika, prepoznavanje ljudi, program da/ne, pravljenje izbora, boje, oblici, slova, brojevi, emocije itd. Svaka vještina/zadatak se raščlanjuje na najsitnije dijelove, intenzivno se podučava svaki dio dok se ne savlada. Treba biti

¹⁴ Applied Behavior Analysis

omogućeno puno ponavljanja te bi se ABA program trebao provoditi najmanje 20-25 sati tjedno¹⁵.

Negativna strane terapije jest ta što se uopće ne dotiče emocionalnoga razvoja pa će tako djeca npr. biti istrenirana da gledaju ljude u oči, ali neće istinski shvaćati zašto je takvo ponašanje potrebno (Stacey, 2005).

7.13. Model RIO – *floortime*

Dječji psihijatar Greenspan oblikovao je terapijski model koji pomaže djeci s različitim problemima u emocionalnom razvoju. Naziva ga RIO (razvojni, individualno-diferencijalni, na odnosima temeljen model) ili neformalno “*floortime*“. Od 200 Greenspanovih pacijenata više od polovice uspjelo je profunkcionirati u smislu topline, angažiranosti, interakcije, verbalnosti i kreativnosti, a ostalih 30 posto ostvarilo je značajan napredak (Stacey, 2005).

Floortime je pristup zasnovan na razvojnoj interaktivnoj metodi prema kojoj se većina kognitivnih vještina stečenih u prvih pet godina života temelje na emocijama i odnosu. Prema navedenom pristupu, osnovno je slijediti djetetove inicijative. Roditelji su primarni partneri u pristupu (Bujas Petković i sur., 2010).

Temelj programa je toplo i neposredno ophođenje. Dijete se uključuje na svim njegovim funkcionalnim, emocionalnim i razvojnim razinama do one najviše za koju je dijete sposobno. „Filozofija *flooritmea* znači poštovanje i zaokupljanje djeteta te slaganje s njim kako bi mu se pomoglo elaborirati misli posredstvom gesta, govora i igre pretvaranja.“ (Bujas Petković i sur., 2010. str. 282.)

Postoje dva temeljna cilja *flooritmea*, a to su:

1. uspostavljanje interakcije s djetetom uz njegovo vođenje
2. uvesti dijete u svijet združene pažnje

Prema Bujas Petković i sur. (2010), kada dijete shvati da ga drugi ne žele ometati u onome što želi raditi, pustit će ih da mu se pridruže jer će za njega to biti još zabavnije.

¹⁵<https://edukatorirehabilitator.wordpress.com/2012/11/10/aba-metoda>

Postoji šest osnovnih razvojnih vještina koje Greenspan (2004) naziva *šest funkcionalnih miljokaza*. Osoba mora u potpunosti svladati jedan, da bi bila sposobna prijeći na sljedeći stupanj. Djeca bez posebnih potreba često ovladavaju tim vještinama spontano, no djeca s poteškoćama teško njima ovladavaju zbog njihovih bioloških razlika.

Šest funkcionalnih miljokaza:

1. *Samoregulacija i zanimanje za okolinu*

Usred zbrke i bučnoga svijeta dijete mora naučiti kako da zadrži smirenost i usredotočenost.

2. *Intimnost*

Beba je zaljubljena. Ništa u bebinom svijetu nije tako značajno kao roditelji.

3. *Dvosmjerna komunikacija*

Beba shvaća kako "sve što činim ima smisla". Počinje otvarati i zatvarati krugove komunikacije i uživa u roditeljskim reakcijama.

4. *Složena komunikacija*

Beba uči da gestama može pokazivati osjećaje i stupiti u interakciju sa svijetom da bi zadovoljila svoje želje i potrebe.

5. *Emocionalne ideje*

Dijete počinje zamišljati svijet koji ne postoji. Počeci igre. Lutku hrani bočicom i izmišlja jednostavne dijaloge.

6. *Emocionalno razmišljanje*

Dijete počinje izmišljati priče; geste, pokreti, riječi postaju složeniji i povezani su u priče, scenarije. Pravi predstavu s plišanom igračkom.

Nabrojane vještine nazivaju se funkcionalnim emocionalnim vještinama zato što se temelje na emocionalnim interakcijama i pružaju temelj za djetetov intelekt i osjećaj za sebe. Te su vještine u osnovi naprednog razmišljanja, rješavanja problema i oponašanja.

Floortime ima pet koraka (prema Bujas Petković i sur. 2010):

1. *opservacija*

Potrebno je istodobno slušati i promatrati dijete kako bi se postigla uspješna opservacija. Pitanja na koja se odgovara: Je li djetetovo ponašanje opušteno ili zaigrano? Povlači li se ono i ne želi komunicirati? Je li dijete uzbuđeno? Je li dijete zaokupljeno objektima ili osobama? Odgovara li dijete samo ili inicira interakciju?

2. *pristupanje – otvaranje ciklusa komunikacije*

Roditelj (terapeut) prilazi djetetu prikladnom gestom ili riječima nakon što se ustanovi djetetovo raspoloženje i način pristupa. Daljnja se interakcija gradi na onome što zanima dijete. Roditelj terapeut prati interes djeteta.

3. *praćenje djetetova vodstva*

Nakon prvog pristupa, praćenje djetetovog vodstva znači biti partner koji ga održava u igri. Terapeut dopušta djetetu da mu određuje ton, upravlja akcijom i gradi priču. Na taj se način potiče djetetov osjećaj samopouzdanja i stvara spoznaja „Ja mogu utjecati na svijet oko sebe.“ Terapeut omogućuje pozitivno iskustvo, osjećaj topline, bliskosti i razumijevanja podržavajući djetetovu igru.

4. *produžena i proširena igra*

Roditelj daje podržavajuće komentare i pomaže djetetu da izrazi svoje ideje i definira nastavak igre. Kako bi se poticao razvoj kreativnog mišljenja, roditelj postavlja pitanja i pritom pomaže djetetu osvijestiti njegova emocionalna stanja.

5. *dijete zatvara ciklus komunikacije*

Nakon što je roditelj otvorio krug komunikacije pristupanjem djetetu, dijete ga zatvara tako da na roditeljeve komentare i geste odgovara svojim

komentarima i gestama. Ciklusi se nižu jedan za drugim te dijete počinje shvaćati i cijeniti vrijednost dvosmjerne komunikacije.

Preporučuje se da se seanse provode što češće tijekom dana po dvadesetak minuta ili kraće u različitim okruženjima. One moraju biti zaigrane i zabavne s ubrzanim ritmom.

„Morate postići sočnu igru. (...) Ne želite da odluta. (...) Ako ispustimo glas, i on mora ispustiti glas – to je jedan krug. Ako se smijemo, a on se nasmije, to je drugi krug. Glavna stvar: ne radi se samo o reakciji i usredotočivanju. Radi se o ljudima. Mi smo najvažniji.“ (Stacey, 2005. str. 125).

One mogu uključivati i drugu djecu. Dijete je korisno uključiti u skupine interaktivne i komunikativne djece koja bi na njega reagirala. Preporučuje se mala skupina (dvoje do četvero djece na jednog odraslog) i jedan-na-jedan pristup kako bi se optimizirale mogućnosti vođenja interakcija.

7.14. Sustav komunikacije razmjenom slika (PECS)

PECS (Picture Exchange Communication system) sustav je komunikacije razmjenom slika. On se koristi za djecu i odrasle s poteškoćama u govoru. Takav način komuniciranja pogodan je za autističnu djecu jer se njime omogućuje vođenje i oblikovanje u učenju iniciranja interakcije, a time i shvaćanje koncepta komunikacije. Prema takvom postupku podučavanja, djeca uče prići i predati sliku željenog predmeta komunikacijskom partneru u zamjenu za taj predmet (Bujas Petković i sur., 2010).

Mala djeca s autizmom ne razumiju socijalne nagrade, stoga je važno vježbu komunikacije započeti onim što dijete voli. PECS je vrlo precizno razrađen te ga je relativno jednostavno primijeniti.

Provodi se u šest faza (Bujas Petković i sur., 2010):

1. fizička razmjena
 - cilj:

- nakon što odredi najpoželjniji predmet, dijete bi trebalo uzeti u ruku sliku tog predmeta, pružiti je prema učitelju i dati mu u njegovu ruku
- odrediti najpoželjniji predmet između nekoliko ponuđenih omiljenih malih jestivih slastica
- ukloniti najpoželjniji predmet (koji je odabran najmanje tri puta) i provesti istraživanje s ostalim predmetima
- provesti isti postupak i s najpoželjnijim igračkama
- odrediti predmete kao “vrlo poželjni“, “poželjni“ i “nepoželjni“
- način vježbanja:
 - ne koristiti se verbalnim poticajima
 - upotrijebiti više poželjnih predmeta i predstavljati svaki pojedinačno
 - potrebno najmanje 30 prilika za neki zahtjev
 - potrebna dva učitelja, na početku se primjenjuje potpuna fizička pomoć, a kasnije slijedi slabljenje pomoći

2. razvijanje samostalnosti

- cilj: dijete prilazi svojoj “komunikacijskoj ploči“, skida s nje sliku, odlazi učitelju te mu daje sliku
- način vježbanja:
 - ne koriste se verbalni poticaji
 - uvodi se veći broj slika, jedna po jedna
 - koristi se pomoć ostalih osoba
 - potrebno najmanje 30 pokušaja dnevno tijekom uobičajenih djetetovih aktivnosti
 - skidanje slika s komunikacijske ploče, povećavanje udaljenosti između učitelja i djeteta, povećavanje udaljenosti između djeteta i slike

3. razlikovanje slika

- cilj: dijete traži željeni predmet odlaskom pred komunikacijsku ploču, odabirom prikladne slike iz niza, odlaskom komunikacijskom partneru i njenim predavanjem komunikacijskom partneru
- način vježbanja:

- dijete i učitelj sjede za stolom, a na raspolaganju im je nekoliko slika željenih predmeta, nekoliko slika neželjenih i nevažnih predmeta te njima sukladni predmeti
- ne koriste se verbalni poticaji, uz uvježbavanje za stolom potrebno osigurati još dvadesetak prilika dnevno
- mijenja se položaj slika na komunikacijskoj ploči sve dok učenik ne svlada razlikovanje
- nakon što svlada razlikovanje desetak slika na komunikacijskoj ploči, početi smanjivati veličine slika
- mijenjati položaj slika na ploči
- povremeno ubacivati slike neželjenih predmeta da se ustanovi je li dijete naučilo razlikovati predmete
- kada dijete daje sliku neprikladnog predmeta, umjesto riječi NE!, dajemo mu taj predmet

4. struktura rečenice

- cilj: Dijete traži prisutne i neprisutne predmete uporabom fraze od više riječi, odlaskom do knjige, podizanjem slike/simbola “Ja želim“, stavljanjem te slike na traku za rečenice, podizanjem slike onoga što želi, prilaganjem partneru i predavanjem trake za rečenice. Do kraja faze dijete može postaviti 20 do 50 slika na komunikacijsku ploču i komunicirati s većim brojem osoba.
- način vježbanja:
 - ne koriste se verbalni poticaji
 - povremene provjere podudarnosti
 - najmanje dvadesetak vježbi dnevno
 - odrediti stalno mjesto za sliku “Ja želim“
 - pomicanje slike “Ja želim“ – dijete mora postaviti sliku “Ja želim“ i sliku željenog predmeta na traku za rečenice
 - traženi predmeti nisu u vidokrugu

- nakon što je dijete predalo sliku, učitelj je treba okrenuti prema njemu te pokazivati prstom i izgovarati riječi “Ja želim bombon“ ili poticati dijete da ono pokaže prstom

Kada dijete počne govoriti, učitelj kaže “Ja želim...” i čeka da dijete imenuje predmet koji želi.

5. odgovor na pitanje: “Što želiš?”

- cilj: dijete je sposobno spontano zatražiti različite predmete i odgovoriti na pitanje: “Što želiš?”
- način vježbanja:
 - potrebna komunikacijska knjiga sa slikom “Ja želim“, traka za rečenice i slike predmeta
 - predmeti su nedostupni
 - verbalno i dodirrom poticati svaki točan odgovor
 - osigurati dvadesetak prilika dnevno tijekom svakodnevnih aktivnosti
 - odgovarati na djetetove spontane zahtjeve
 - uspostavljanje kontakta očima

6. spontano odgovaranje

- cilj: dijete prikladno odgovara na pitanja: “Što želiš?”, “Što imaš?”, “Što vidiš?” i slična.
- način vježbanja:
 - nagraditi svaki čin komunikacije: materijalno i socijalno za zahtjeve, a za odgovore socijalno, a ako je potrebno i materijalno
 - osigurati najmanje dvadesetak prilike dnevno za zahtjeve i odgovore učenika
 - sliku pitanja “Što vidiš?” staviti ispod slike “Ja vidim“ i fizički pomoći učeniku da stavi sliku “Ja vidim“ na traku za rečenice i sliku predmeta koji vidi
 - postavljati nasumce pitanja: “Što vidiš?”, “Što želiš?”, “Što imaš?”
 - koristiti “iznenađenja“ da bi potaknuli komentiranje i privukli djetetovu pozornost
 - zamijeniti sličice slikama iz knjige

Prema Bujas Petković i sur. (2010), sva uključena djeca naučila su barem prvi zahtjev PECS-a, tj. zamjenu jedne slike za predmet. Uspješnost ovoga programa je nedovoljno istražena, no ona malobrojna istraživanja govore o jednostavnosti primjene i uspješnosti pod uvjetom da se načela primjenjuju dosljedno.

7.15. Terapijsko jahanje

Prema Pravilniku Hrvatskog saveza za terapijsko jahanje¹⁶, terapijsko je jahanje oblik konjaništva namijenjen i prilagođen djeci s teškoćama u razvoju, osobama s motoričkim poremećajima i kroničnim bolestima te osobama s psihološkim i emocionalnim poteškoćama, u svrhu terapije, rehabilitacije i općenito poboljšanje kvalitete života istih.

Terapijsko jahanje provodi instruktor koji ima, uz znanja i vještine vezane za konjaništvo, završenu edukaciju iz medicinskog područja. Pri kretanju konja, opušta se mišićni tonus te istovremeno potiče reakcija uspostavljanja ravnoteže kod jahača. Kroz terapijsko se jahanje djeci s teškoćama u razvoju i osobama s invaliditetom u velikoj mjeri pomaže i pri poboljšavanju općeg emocionalnog stanja. Učenjem kontroliranog i odgovarajućeg ponašanja, korisnik terapijskog jahanja razvija jedinstvenu povezanost sa životinjom, što u konačnici doprinosi razvitku njegova samopouzdanja, povjerenja, koncentracije i strpljenja.

Program terapijskog jahanja obično se provodi grupno te je prilagođeno jahačevim sposobnostima i dobi. Grupa se međusobno upoznaje i razmjenjuje određena iskustva. U početku o aktivnostima oko konja i jahanja, vježbanja i sličnih aktivnosti do sve složenijih zadataka. Na taj način dolazi do interakcije između grupe jahača, njihove povezanosti u smislu razvoja određenih socijalnih odnosa.

¹⁶ <http://hstj.hr/terapijsko-jahanje/>



Slika 6. Terapijsko jahanje

8. ODGOJ I OBRAZOVANJE

Pripremu za formalno obrazovanje djece s poremećajima iz autističnoga spektra potrebno je početi što ranije. Prema Bujas Petković i sur. (2010), bolje izgleda za školsku integraciju imaju djeca koja su bila uključena u program rane intervencije u obitelji, a poslije u poluintegrativne i integrativne uvjete u vrtićima.

8.1. Posebne odgojno-obrazovne potrebe

Učenik s posebnim obrazovnim potrebama je svako dijete, pa tako i dijete s poremećajima iz autističnoga spektra, koje ima znatno veće teškoće u učenju nego njegovi vršnjaci, zbog čega mu je potrebna posebna odgojno-obrazovna podrška (Bujas Petković i sur. 2010).

Prema Thompson (2016), važno je poznavati povijest posebnih odgojno-obrazovnih potreba kako bi se kretali naprijed u društvu i obrazovanju te pozitivno pridonijeli životu djece s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama

Uvođenjem obveznog školovanja (1870.), djeca s posebnim potrebama postaju izolirana i izopćena iz društva. Smatralo se da su takva djeca nesprijetna za pohađanje redovite škole te su bila prepuštena skrbi zdravstvenih ustanova. Početkom integriranog pristupa smatra se donošenje Zakona o obrazovanju 1944. Taj je zakon dao lokalnim prosvjetnim tijelima ovlasti da donose odluke o djeci s

posebnim odgojno-obrazovnim potrebama. Ta su tijela odlučivala je li djetetu potreban poseban odgojno-obrazovni tretman. Važnost toga zakona jest u tome što se stavljao naglasak na individualne potrebe djeteta te se tako odmaknuo od odvajanja djece.

Zakon o “posebnim odgojno-obrazovnim potrebama“ (1981.) smatra se najvažnijim dokumentom koji je promijenio pogled na djecu s posebno odgojno-obrazovnim potrebama. Toj je djeci osigurano pravo na odgoj i obrazovanje u redovitim školama, što je jasan pomak prema inkluziji (Thompson, 2016).

Suvremena hrvatska škola pretpostavlja integraciju djece s posebnim obrazovnim potrebama. Odgoj i obrazovanje za učenike s posebnim obrazovnim potrebama provode se u redovitim osnovnim školama i posebnim odgojno-obrazovnim ustanovama. U redovitim osnovnim školama moguća je integracija u redovni nastavni program s:

- individualiziranim programom
- prilagođenim programom
- djelomičnom integracijom – obrazovne predmete svladavaju u posebnim razrednim odjelima, a odgojne predmete u matičnom razredu

Prema HNOS-u (Hrvatski nacionalni obrazovni standard), edukacijska integracija u redovitu školu moguća je za učenike s Aspergerovim sindromom, učenike s poremećajem iz autističnog spektra s prosječnim intelektualnim razvojem te s blažim odstupanjem u socijalnoj interakciji (Bujas Petković i sur. 2010).

8.2. Učenik s poremećajima iz autističnog spektra u razredu

Često je neobično ponašanje autistične djece u razredu, a razlog tomu je njihova pretjerana osjetljivost. Dijete može biti vrlo osjetljivo na buku, dodir, miris, pokrete, svjetlo, hranu i sunčevu svjetlost. Roditelji i učitelji izvješćuju da kod neke autistične djece prividno bezazleni zvukovi mogu uzrokovati vrlo žestoke reakcije. Tome nikako ne pomažu bučne i aktivne učionice.

Potrebno je poznavati moguće senzorne čimbenike radi umanjivanja negativnog učinka koji senzorne informacije imaju na učenike s autizmom. Vidljive teškoće u ponašanju učenika u svezi sa senzornim sustavima (Školski priručnik, 2009):

AUDITIVNI SUSTAV:

- lagano rastresen zvukovima u pozadini
- pretjerano reagira na zvukove
- prekriva uši rukama kako bi smanjio buku
- vrišti ili plače na zvukove u okruženju
- ne reagira na izgovoreno ime
- stvara postojane zvukove kao da se stimulira

VIZUALNI SUSTAV:

- sjajna svjetlost ga ometa
- izbjegava svjetlost Sunca
- prati očima svako kretanje u prostoriji
- fizički reagira na pojavu određenih predmeta ili boja
- nije svjestan nazočnosti drugih ljudi
- nesposoban je locirati traženi predmet ili osobe
- iz vidokruga gubi osobe ili predmete kada se miče

TAKTILNI SUSTAV:

- štiti se od dodira – ne voli da ga diraju
- izbjegava zadatke s izrazito taktilnim elementom (glinu, slikanje, pripremu hrane)
- žali se na neudobnost odjeće
- čini se da ne shvaća pojam osobnoga prostora
- stavlja stvari u usta

VESTIBULARNI SUSTAV:

- pretjerano reagira na aktivnosti kretanja
- ima poteškoća s kretanjem na različitim površinama (sagovi, trava itd.)
- šeće blizu zida
- izgleda prestrašeno kada se očekuje kretanje
- ukočeno drži tijelo, a glavu drži u istom nepomičnom kutu
- čini se da mu je potrebno stalno kretanje
- ljulja se, kreće u krugovima
- potrebno mu je dosta vremena prije no što reagira na zahtjev da se pokrene

GUSTATIVNI I OLFAKTORNI SUSTAVI:

- ograničen izbor jela
- izbacuje i pljuje hranu, lijekove
- pretjerano reagira na mirise u okruženju
- ima teškoće s oralnom higijenom
- liže predmete u okruženju
- neprimjereno žvače predmete
- na neobične načine njuši predmete i ljude

Neki učenici s autizmom imaju izraženije sposobnosti na područjima mehaničke memorije i vizualno-spacijalnih zadataka od sposobnosti na ostalim područjima. Oni se mogu isticati u vizualno-spacijalnim zadacima kao što je slaganje puzzli te ispravno rješavati spacijalno perceptivne zadatke i zadatke koji zahtijevaju sklapanje. Neki su sposobni prisjetiti se jednostavnih uputa, ali mogu imati teškoća kada se prisjećaju složenijih informacija. Temple Grandin¹⁷ navodi da neke osobe s autizmom mogu lakše učiti i zapamćivati informacije koje su prikazane u vizualnom obliku te da mogu imati problema pri učenju o predmetima koje nije moguće slikovito zamišljati. Takve osobe imaju vizualnu predodžbu za sve što čuju i čitaju te „razmišljaju u slikama.“

Autistični učenici često imaju poteškoće s usmjeravanjem pažnje na upute ili informacije. Pažnju mogu usredotočiti samo na ograničeni dio okoline. *Podražaj iznad selektivnosti* je oblik pažnje kada učenik, naprimjer, može pogledati loptu, ali

¹⁷ Temple Grandin je američka doktorica znanosti te osoba s visokofunkcionalnim autizmom.

ne i osobu kojoj loptu treba baciti. *Združena pažnja* je druga osobina autizma koja označava oštećenje sposobnosti obraćanja pažnje na dvije stvari ili osobe (Školski priručnik, 2009).

8.3. Učitelj autističnog učenika

Prema Thompson (2016), da bi se pridonijelo djelotvornom poučavanju djeteta s autizmom, obvezan je timski rad učitelja, pomoćnika u nastavi, koordinatora za posebne odgojno-obrazovne potrebe i roditelja.

Kada se radi s autističnom djecom, važno je razumjeti ponašanje koje može biti vezano uz nastojanje da se komunicira, pritom misleći i na agresivno ponašanje. Dijete s autizmom često pokazuje agresivno ponašanje prema onima s kojima ima najbliži odnos. Važno je ne primiti niti jedan djetetov komentar osobno jer dijete govori ono što vidi (npr. ako učitelj ima veliki nos, dijete će to i reći). Potrebno mu je dati podršku da razumije da su ti komentari neprimjereni, a najjednostavniji način je pokazivanje kartice za sretno lice i kartice za tužno lice.

Zbog teškoća u socijalnoj interakciji djece s autizmom, učitelj mora osigurati da učionica ima određena mjesta gdje se odvija socijalna interakcija te mjesta za individualni rad učenika. Većina djece s autizmom bit će uznemirena ako učionica nije strukturirana i ako organizacija školskog prostora ima prepreke koje ga ometaju u njegovom radu. Stoga je potrebno dosljedno stavljanje specifičnih predmeta na isto mjesto kako dijete ne bi doživjelo nesigurnost. Učitelj treba osigurati strukturirano, predvidivo razredno okruženje te ga urediti tako da se, koliko god je moguće uklone oni podražaji koji dovode do problematičnog ponašanja.

Savjeti za učitelje (Thompson, 2016):

- Svaki put kada započne neprimjereni ponašanje, potrebno zabilježiti ono što se dogodilo prije tog ponašanja te kako se to ponašanje očitovalo. To pomaže pri prepoznavanju kritičnog trenutka kad se neprimjereni ponašanje pojavljuje i događa li se ono u određenim okolnostima.

- Ako postoji sumnja da dijete u razredu ima posebne odgojno-obrazovne potrebe, dobro je zapisati svaki put kad se opazi da se dijete bori s određenim zadatkom. To omogućuje oblikovanje jasne slike o djetetu i nudi dokaze pri identifikaciji njegove posebne odgojno-obrazovne potrebe.
- Steći temeljito znanje o autizmu.
- Steći razumijevanje svakog jedinstvenog autističnog profila pojedinog djeteta.
- Prepoznati opseg i pojavnost obilježja unutar svakog područja trijade teškoća.
- U središte staviti poučavanje jakih strana učenika s autizmom.
- Koristiti teškoće kao mogućnosti za razumijevanje autizma i za podršku odraslima u modificiranju interakcija i komunikacije kako bi one bile djelotvornije.

Znanja i umijeća učitelja, prema Kostelnik i sur. (2004), utječu na to što će dijete s autizmom učiniti i koliko će to dobro učiniti. Učitelji koji su skloni odgojnoj praksi primjerenom djetetovom razvoju nastojat će činiti sljedeće:

- usmjeriti se na cijelo dijete
- individualizirati program kako bi odgovarao određenom djetetu
- uvidjeti važnost aktivnosti koje dijete samo započinje
- cijeniti važnost igre kao načina učenja
- stvarati fleksibilna, poticajna školska okružja
- ostvarivati cjelovit kurikulum
- naglašavati pristup učenju putem vlastitog iskustva djece
- davati djeci mogućnost odabira načina na koji će učiti
- stalno ocjenjivati djecu pojedinačno
- razvijati partnerski odnos s roditeljima

Učitelj treba osigurati jasnu strukturu za svaki dan, nudeći jasne početke i završetke svakog nastavnog sata ili pojedinog zadatka. To može biti putem slika i/ili riječima, što ovisi o individualnim potrebama djeteta. Thompson (2016) navodi da neka djeca čak mogu zahtijevati sistem u kojem, kad završe jedan zadatak, otklone riječ ili sliku iz rasporeda kako bi razumjeli da su završili zadatak. Kako je ranije navedeno, važno je služenje slikama jer se osoba s autizmom često oslanja na vizualni poticaj, pa npr. slika noža, vilice i tanjura može biti pokazatelj da je vrijeme objeda. Poželjno je

također stvaranje vizualnih individualiziranih miniraspona, označavanje stvari i ambalaže te oglašavanje razrednih pravila crtežima ili simbolima.



Slika 7. Primjer vizualnih razrednih pravila

Dodatni pristupi poučavanja, prema školskom priručniku (2009), jesu: raščlanjivanje zadataka na njegove sastavne dijelove i proučavanje svakoga pojedinog dijela, primjena osnaživanja koja dovode do željene reakcije učenika, planiranje zadataka na primjerenj razini težine, primjena gradiva u skladu s dobi i mogućnosti učenika, pružanje mogućnosti izbora, osiguravanje potrebnog vremena za procesuiranje informacija te upotreba interesa učenika za motiviranje i poučavanje novim znanjima i vještinama.

Ukoliko učenik pokazuje velik interes i jake strane na određenom području (drama, glazba, računalno, matematika i dr.), potrebno je pružiti priliku za usavršavanje na tom području. Osim uspjeha i zadovoljstva, učenik može razviti vještine koje se tiču budućeg zaposlenja.

Rukopis učenika s Aspergerovim sindromom vrlo je neuredan i nečitljiv i oni sami su toga svjesni. Djetetu se u školi može izaći ususret i omogućiti mu da domaće i školske zadaće tipka na računalu umjesto da ih piše u bilježnicu (Attwood, 2010).

Zbog različitog načina razmišljanja i rješavanja problema, nastavnik mora biti spreman ispitati strategije kojima se učenik s autizmom koristi. Neka djeca neće iskušati novu aktivnost ako imalo sumnjaju da bi mogla biti neuspješna te zato učitelj treba poticajno djelovati i izbjegavati bilo kakvu kritiku. U slučaju pogreške, djetetu se bez pokazivanja emocije ili sažaljenja pružaju smjernice i pritom objašnjavajući da nije riječ o djetetovoj pogrešci, već da je zadatak zaista težak.

Učitelj ima veliku ulogu u razvijanju socijalnih vještina učenika s autizmom. To čini poučavanjem sastavnih dijelova ključnih socijalnih vještina, korištenjem vršnjačke pomoći i, možda najvažnije, podupiranjem razvijanja prijateljstava.

8.4. Izrada IOOP-a

Složeno je planirati odgojno-obrazovni rad za učenike s autizmom jer se ti učenici znatno razlikuju od većine ostalih učenika po načinu učenja, komuniciranju i razvoju socijalnih vještina te po tome što je njihovo ponašanje često problematično. Programi moraju biti individualizirani i zasnovani na jedinstvenim potrebama i sposobnostima svakog pojedinog učenika. Važno je prepoznati način na koji autizam utječe na sposobnost procesuiranja informacija i komunikaciju učenika, da bi se mogao planirati program. Odgojno-obrazovni program rada učenika može uključivati kombinacijom odgojno-obrazovnih aktivnosti redovitog plana i programa te aktivnosti koje se temelje na specifičnim ciljevima i zadacima za svakog određenog pojedinca, a koji su navedeni u Individualnom odgojno-obrazovnom planu (IOOP-u).

Zrilić (2011) navodi sljedeće etape za izradu individualiziranog programa:

- inicijalna procjena
- određenje nastavnih predmeta i sadržaja
- razine usvajanja sadržaja
- kratkoročni i dugoročni ciljevi i zadaci
- izbor metoda, individualiziranih postupaka, sredstva i pomagala
- praćenje i ocjenjivanje postignuća učenika

Prema školskom priručniku (2009), IOOP traži prikupljanje informacija o učeniku na osnovi različitih vrsta procjena, razmjenu informacija i rasprave o učeniku između kompetentnih osoba, utvrđivanje dugoročnih životnih ciljeva, postavljanje kratkoročno dostižnih ciljeva, utvrđivanje zadataka kako bi se ti ciljevi postigli te planiranje strategija i podrške.

Primjeri IOOP-a iz školskog priručnika (2009):

CILJ/Ponašanje Povećati primjenu djelotvornih strategija radi kontroliranja anksioznosti.	DATUM UVOĐENJA: 08.10.1999.	ODGOVORNI ČLAN (OVI) TIMA: Gđa Lewis, učiteljica, gosp. Frank, asistent učitelja, gđa C., roditelj
ISHOD/ZADACI	STRATEGIJE (prilagodbe, podrška, mjesto podrške, upotreba pomoćnih sredstava)	PROCJENA (napredovanje u odnosu na postavljene zadatke)
Alan će smanjiti agresivna ponašanja (lupanje, vrištanje, bacanje).	Povećati učestalost neposrednog pozitivnog osnaživanja primjerenih oblika ponašanja primjenom sistema poklon-bona u razredu. Povećati primjenu vizualnog komuniciranja odraslih osoba tako da upute i očekivanja budu jasne i u razredu i kod kuće. Skicirati učestalost željenog ponašanja (i pozitivnih alternativnih ponašanja).	Alan će za 50% smanjiti učestalost agresivnih oblika ponašanja do božićnog odmora, a za 75% do lipnja 2000. godine.
Kada osjeti anksioznost, Alan će primijeniti strategiju smirivanja.	Često ponavljati upotrebu volkmena radi smirivanja (5 puta dnevno u školi i 5 puta dnevno kod kuće uvijek kada je smiren i spreman za osnaživanja).	Da bi se smirio, Alan će se uspješno koristiti volkmen u školi, kod kuće i u autu.

CILJ/Funkcionalno obrazovanje Unaprijediti razvoj čitanja i funkcionalnih matematičkih vještina.	DATUM UVOĐENJA: 08.10.1999.	ODGOVORNI ČLAN (OVI) TIMA: Gđa Lewis, učiteljica
ISHOD/ZADACI	STRATEGIJE (prilagodbe, podrška, mjesto podrške, upotreba pomoćnih sredstava)	PROCJENA (napredovanje u odnosu na postavljene zadatke)
Alan će unaprijediti svoj neprimjeren rječnik.	Poučiti Alana novim riječima. Koristiti razredno računalo za stvaranje i pohranjivanje osobnog rječnika, stvaranje osobnih rečenica upotrebom novih riječi. Novim riječima osobnog rječnika pridružiti slikovne primjere.	Upotrebom novih riječi u rečenicama Alan će očitovati svoj napredak.
Alan će unaprijediti čitanje s razumijevanjem.	Primjenom programa za čitanje neposredno poučavati i uvježbavati strategiju razumijevanja suštine.	Alan će uspješno primijeniti strategiju razumijevanja suštine jednom dnevno.
Alan će unaprijediti vještine rješavanja problema.	Prilagoditi probleme osobnom interesu za automobile i kamione. Kreirati strategiju rješavanja pojedinog dijela problema pomoću kartica. Ponavljati i osnaživati primjenu strategije rješavanja problema pomoću kartica.	Samostalno će primijeniti strategiju kartica za rješavanje jednog dijela problema.

9. SVJETSKI DAN SVJESNOSTI O AUTIZMU

Prema odluci Glavne skupštine UN-a, svjetski dan svjesnosti o autizmu, posvećen osobama s poremećajima iz spektra autizma, obilježava se 2. travnja. Cilj je skrenuti pozornost javnosti diljem svijeta na sve veći problem ovoga složenog poremećaja. Tim se povodom u brojnim gradovima puštaju plavi baloni u zrak.



Slika 8. Znak svjesnosti o autizmu

Savez udruga za autizam Hrvatske¹⁸, 2017. godine obilježio je jubilarni 10. Svjetski dan svjesnosti o autizmu, pod motom „*Rušimo zajedno barijere autizma – izgradimo pristupačno društvo!*”



Slika 9. Obilježavanje Svjetskog dana svjesnosti o autizmu

¹⁸ <http://www.autizam-suzah.hr/index.php/9-aktivnosti/110-svjetski-dan-svjesnosti-o-autizmu-2017-rusimo-zajedno-barijere-autizma-izgradimo-pristupacno-drustvo>

10. ZAKLJUČAK

Prijeko je potrebna veća senzibilizacija društva za rješavanje svakodnevnih problema s kojima se suočavaju djeca i osobe s poremećajima iz autističnog spektra. Posljednjih se desetljeća nastoji djecu s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama, pa tako i djecu s autizmom, školovati u redovnim školama. Time se toj djeci omogućuje osposobljavanje za kasniji život.

Za uspješnu socijalizaciju odlučujuće su rane godine života te je zato posebno važan zahtjev da se prekine s izdvajanjem djece s teškoćama u razvoju u specijalne vrtiće i škole i uključi ih se u redovne škole, kako bi već od najranijih dana stjecali socijalno iskustvo u svijetu većine.

Integracija djece s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama u redovne škole važna je i za djecu tipičnoga razvoja zbog razvijanja svijesti o toj teškoći. Potrebna je suradnja roditelja i učitelja jer oni učiteljima pružaju dragocjene informacije o onome što učenik zna i radi kod kuće ili u društvu. Te interese i znanja moguće je iskoristiti za poduku i za osnaživanje učinkovitog učenja i ponašanja.

LITERATURA

1. Attwood, T. (2010). *Aspergerov sindrom: vodič za roditelje i stručnjake*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Barnett, K. (2013). *Iskra – Kako sam u autističnom sinu pronašla genija*. Zagreb: Profil.
3. Bujas-Petković, Z. (1995). *Autistični poremećaj: dijagnoza i tretman*. Zagreb: Školska knjiga.
4. Bujas Petković, Z., Frey Škrinjar, J. (2010). *Pervazivni razvojni poremećaji – poremećaji iz autističnog spektra*. Paediatrica Croatica, 54(3), 151-158.
5. Bujas Petković, Z., Frey Škrinjar, J. i sur. (2010). *Poremećaji autističnoga spektra: značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška*. Zagreb: Školska knjiga.
6. Capanec, M., Šimleša, S., Stošić, J. (2015). *Rana dijagnostika poremećaja iz autističnog spektra – teorija, istraživanja i praksa*. Klinička psihologija, 8(2), 203-224.
7. Davison, G.C., Neal, J.M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
8. Dukarić, M., Ivšac Pavliša, J., Šimleša, S. (2014). *Prikaz poticanja komunikacije i jezika kod dječaka s visokofunkcionirajućim autizmom*. Logopedija, 4(1), 1-9.
9. Frey Škrinjar, J., Bujas Petković, Z. (2009). *Teorija uma - objašnjenje nekih simptoma autističnog poremećaja*. Socijalna psihijatrija, 37(1), 17-23.
10. Greenspan, S. J., Wieder, S., Simons, R., (2004). *Dijete s posebnim potrebama*. Lekenik: Ostvarenje.
11. Jančec, M., Šimleša, S., Frey Škrinjar, J. (2016). *Poticanje socijalne interakcije putem socijalnih priča u dječaka s poremećajem iz spektra autizma*. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 52(1), 87-99.
12. Kostelnik, M. J., Onaga, E., Rohde, B., Whiren, A. (2004). *Djeca s posebnim potrebama – priručnik za odgajatelje, učitelje i roditelje*. Zagreb: EDUCA.
13. Mamić, D., Fulgosi Masnjak, R. (2010.) *Poticanje senzorne integracije kod učenika s autizmom slušnim integracijskim treningom – Mozart efekt*. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 46(1), 57-68.

14. Mamić, D., Fulgosi Masnjak, R., Pintarić Mlinar, Lj. (2010). *Senzorna integracija u radu s učenicima s autizmom*. Napredak, 151(1), 69-84.
15. Nikolić, S. i sur. (2000). *Autistično dijete: kako razumjeti dječji autizam*. Zagreb: Prosvjeta.
16. Stošić, J. (2009). *Primijenjena analiza ponašanja i autizam – vodič kroz terminologiju*. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 45(2), 69 – 80.
17. Šimleša, S. (2011). *Izvršne funkcije i teorija uma kod osoba s poremećajem iz autističnoga spektra*. Psihologijske teme, 20(1), 91-114.
18. Ramachandran, V.S. (2013). *Pričljivi mozak, potraga neuroznanstvenika za onim što nas čini ljudima*. Zagreb: TIM press.
19. Remschmidt, H. (2009). *Autizam: pojavnici oblici, uzroci, pomoć*. Zagreb: Naklada Slap.
20. Tammet, D. (2009). *Rođen jednog plavog dana*. Zagreb: Fraktura.
21. Thompson, J. (2016). *Vodič za rad s djecom i učenicima s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama*. Zagreb: EDUCA.
22. Zrilić, S., (2011). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole*. Zadar: Sveučilište u Zadru.
23. ADIVA na adresi <http://www.adiva.hr/autizam-i-pomoc-takvoj-djeci.aspx> (16.6.2017.)
24. Agencija za odgoj i obrazovanje. Zagreb (2009). *Podučavanje učenika s autizmom. Školski priručnik*. Na adresi http://www.azoo.hr/images/izdanja/Poucavanje_ucenika_s_autizmom.pdf (23.6.2017.)
25. *Autizam - jednaki u različitosti* na adresi <https://autizamsite.wordpress.com/tag/dsm-prirucnik/> (15.6.2017.)
26. *Blog za pomoć roditeljima i razmjena iskustva sa kolegama u radu sa djecom s posebnim potrebama* na adresi <https://edukatorirehabilitator.wordpress.com>. (19.5.2017.)
27. *Hrvatski savez za terapijsko jahanje* na adresi <http://hstj.hr/terapijsko-jahanje/> (20.6.2017.)
28. *Savez udruga za autizam Hrvatske* na adresi <http://www.autizam-suzah.hr/index.php/9-aktivnosti/110-svjetski-dan-svjednosti-o-autizmu-2017-rusimo-zajedno-barijere-autizma-izgradimo-pristupacno-drustvo> (20.6.2017.)

29. Sensorna integracija na adresi http://www.udruzenje-defektologa./phocadownload/senzorna_integracija.pdf (16.5.2017.)
30. Udruga za djecu s teškoćama u razvoju Zvončići na adresi <http://www.udrugazvoncici.hr/senzorna.html> (20.5.2017.)

SLIKE:

Slika 1. Prikaz pokusa Simona Baron-Cohena (Bujas Petković i sur., 2010, str. 110)

Slika 2. Tri tipa priče (Bujas Petković i sur. 2010, str. 171)

Slika 3. Dječak s autizmom, precizno slaganje igračaka na adresi <http://www.sfhomeopath.com/articles.html> (23.5.2017.)

Slika 4. Primjer terapije senzorne integracije na adresi <http://www.korneo.hr> (20.5. 2017.)

Slika 5. Prikaz zajedničkog djelovanja mogućih različitih uzroka na nastanak autističnog poremećaja (prema Bujas Petković i sur., 2010, str.72)

Slika 6. Terapijsko jahanje na adresi <https://konjickiklubkoranakarlovac.wordpress.com/kategorije/> (20.6.2017.)

Slika 7. Primjer vizualnih razrednih pravila na adresi http://www.azoo.hr/images/izdanja/Poucavanje_ucenika_s_autizmom.pdf (25.6.2017.)

Slika 8. Znak svjesnosti o autizmu na adresi <http://www.nakladabombon.hr/proizvodi-vise/kalendar/travanj-svibanj-lipanj/2.4.-svjetski-dan-svjesnosti-o-autizmu-435> (20.6.2017.)

Slika 9. Obilježavanje Svjetskog dana svjesnosti o autizmu na adresi <https://www.vecernji.hr/vijesti/plavim-balonima-obiljezen-svjetski-dan-svjesnosti-o-autizmu-394122> (20.6.2017.)

ŽIVOTOPIS

Osobni podaci

- **Ime i prezime:** Tamara Raspudić
- **Datum rođenja:** 7. kolovoza 1993.
- **Adresa stanovanja:**
- **Mobitel:**
- **E-mail:**

Obrazovanje

- **Osnovna škola:** Osnovna škola Žitnjak, Zagreb
- **Glazbena škola:** Glazbena škola Zlatka Balokovića, Zagreb
- **Srednja škola:** Gornjogradska gimnazija, Zagreb
- **Fakultet:** Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet – Odsjek u Petrinji

Specifična znanja i vještine

Rad na računalu

- MS Office (Word, Excel, Power Point)
- Microsoft Outlook/Internet

Vozačka dozvola

- B kategorija

IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI DIPLOMSKOG RADA

I Z J A V A

Ja, dolje potpisana, Tamara Raspudić, kandidatkinja za magistricu primarnog obrazovanja ovime izjavljujem da je ovaj diplomski rad rezultat isključivo mojeg vlastitog rada te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Diplomskog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojeg necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava.

Studentica: _____

IZJAVA O JAVNOJ OBJAVI RADA

Naziv visokog učilišta

IZJAVA

kojom izjavljujem da sam suglasan/suglasna da se trajno pohrani i javno objavi moj rad

naslov

vrsta rada

u javno dostupnom institucijskom repozitoriju

i javno dostupnom repozitoriju Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu (u skladu s odredbama Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, NN br. 123/03, 198/03, 105/04, 174/04, 02/07, 46/07, 45/09, 63/11, 94/13, 139/13, 101/14, 60/15).

U _____, datum

Ime Prezime

OIB

Potpis
