

# Strategije podrške za djecu s poremećajem iz spektra autizma

---

**Dreven, Andrea**

**Undergraduate thesis / Završni 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:147:360279>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-21**

*Repository / Repozitorij:*

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
UČITELJSKI FAKULTET  
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ**

**ANDREA DREVEN**

**STRATEGIJE PODRŠKE ZA DJECU S  
POREMEĆAJEM IZ SPEKTRA  
AUTIZMA**

**ZAVRŠNI RAD**

**Čakovec, rujan 2017.**

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
UČITELJSKI FAKULTET  
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ  
(Čakovec)**

**PREDMET: Inkluzivna pedagogija**

**ZAVRŠNI RAD**

**Ime i prezime pristupnika: Andrea Dreven**

**TEMA ZAVRŠNOG RADA: Strategije podrške za djecu s poremećajem  
spektra autizma**

**MENTOR: prof.dr.sc. Dejana Bouillet, socijalna pedagoginja**

**SUMENTOR: mr. Zlatko Bukvić, predavač**

**Čakovec, rujan 2017.**

## ZAHVALA

Zahvaljujem svojim roditeljima koji su mi bili najveća podrška tokom fakultetskog obrazovanja, koji su bili uz mene svaki puta kada bi se osjećala loše ili kada bi pomislila da nešto ne mogu te su mi ukazali na to da s upornošću i radom mogu postići ono što želim.

Veliko hvala mom dečku, braći te prijateljima bez kojih svaki dan ne bi bio poseban, zabavan, lakši.

Hvala profesorici Dejani Bouillet koja je pristala da uz pomoć sumentora, profesora Zlatka Bukvića, napravim ovaj rad. Najveća hvala profesoru Zlatku Bukviću na uloženom trudu, strpljenju i vremenu. Hvala mu na zanimljivim predavanjima, koja su me i potaknula da napišem rad na ovu temu. Hvala mu na omogućenim radionicama u Centru Tomislav Špoljar u Varaždinu na kojima smo imali priliku boraviti s djecom iz autističnog spektra.

Hvala za sve.

# SADRŽAJ

Sažetak .....	5
Summary .....	6
UVOD .....	7
1. OBILJEŽJA I SPOZNAJE O POREMEĆAJIMA SPEKTRA AUTIZMA .....	9
1.1. Povijesni pregled i definicija .....	9
1.2. Dijagnostički kriteriji i klasifikacije .....	10
1.2.1. Znakovi i simptomi poremećaja spektra autizma .....	12
1.2.2. Podjela poremećaja spektra autizma (pervazivni razvojni poremećaji).....	13
1.3. Dijagnostički instrumenti i skale za procjenu autizma.....	17
1.3.1. Rimlandova dijagnostička <i>check-lista</i> .....	17
1.3.2. Instrument za procjenu ponašanja autistične i atipične djece (BRIAAC – <i>Behavior Rating Instrument for Autistic and Atypical Children</i> ) .....	18
1.3.3. Sustav za ocjenu ponašanja (BOS – <i>Behavior Observation System</i> ).....	18
1.3.4. Ljestvica za procjenu dječjeg autizma (CARS – <i>Childhood Autism Rating Scale</i> ) .....	19
1.3.5. Psihoedukacijski profil (PEP –R) .....	19
1.3.6. Lista za procjenu ponašanja djece s autizmom (ABC – <i>Autism Behavior Check-list</i> ).....	19
1.3.7. Dijagnostički intervju za autizam (ADI – <i>Autistic Diagnostic Interview</i> ) .....	20
1.3.8. ADOS ( <i>Autism Diagnostic Observation Schedule</i> ) .....	20
2. ODGOJNO-OBRAZOVNA I REHABILITACIJSKA PODRŠKA DJECE S POREMEĆAJIMA IZ SPEKTRA AUTIZMA.....	21
2.1. Primjenjena analiza ponašanja ili <i>Applied Behavioral Analysis</i> (ABA) .....	25
2.2. Son-rise program.....	25
2.3. FloorTime .....	26
2.4. Programi senzorne integracije.....	26
2.4.1. Mozart efekt.....	27
2.4.2. Tomatis .....	27
2.4.3. Listening program .....	28
2.5. TEACCH – Program s vizualnom okolinskom podrškom .....	28
2.6. PECS – Sustav komunikacije razmjenom slika .....	29
2.7. Didaktičko-metodički aspekti rada u odnosu na djecu s teškoćama .....	29
4. RAD ODGOJITELJA I BORAČAK DJECE S POREMEĆAJEM IZ SPEKTRA AUTIZMA U REDOVNOM PROGRAMU DJEČJEG VRTIČA .....	33
ZAKLJUČAK .....	35
LITERATURA .....	36
BIOGRAFIJA .....	39

## **Sažetak**

Poremećaji spektra autizma globalni su razvojni poremećaji za koje je poznato da se javljaju i počinju u djetinjstvu, većinom u prve tri godine života, zahvaćaju gotovo sve psihičke funkcije i traju cijeli život.

Među obilježjima poremećaja spektra autizma bez obzira na razinu funkcionalnosti djece ističu se narušenost socijalne interakcije i komunikacije te ograničeni obrasci ponavljajućih oblika ponašanja, interesa ili aktivnosti. Navedena obilježja ponašanja i funkcioniranja utječu na mogućnost zadovoljenja osnovnih životnih potreba kao i na ukupnu kvalitetu života djece i odraslih. Od iznimne je važnosti rano prepoznavanje poremećaja, a u cilju primjerenog odgoja i obrazovanja.

Temeljem spoznaja o pozitivnom doprinosu ranog uključivanja djece s poremećajima spektra autizma u vršnjačke skupine na samostalnost i sudjelovanje u svakodnevnim aktivnostima, suvremeni se oblici podrške usmjeravaju na odgoj, edukaciju i rehabilitaciju u zajednici. Sukladno tome, mijenja se i odnos društva prema integraciji i inkluziji djece s poremećajima spektra autizma u društvenu zajednicu općenito te njihovo uključivanje u ustanove ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja uz jednake mogućnosti kao i drugoj djeci bez teškoća.

Inkluzivno okruženje i njegove promjene ne određuju samo djeca s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama već i potrebe druge djece, roditelja, odgajatelja i neposredne okoline s kojima je dijete u izravnom doticaju. U osiguravanju kvalitetne i uspješne inkluzivne prakse razvijeni su profesionalni i programski oblici podrške koji podrazumijevaju kompetencije odgojitelja i stručnih suradnika u ustanovama ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja.

U ovom radu ističu se strategije i oblici podrške djeci s poremećajem iz spektra autizma u redovnim ustanovama, programska potpora dostupna odgojiteljima i drugim stručnjacima u radu s ovom skupinom djece.

**Ključne riječi:** poremećaji spektra autizma, inkluzija, strategije podrške, odgojitelji

## **Summary**

Autistic disorder is a global developmental disorder that begins in childhood, mostly in the first three years of life, affects almost all psychic functions and lasts for a lifetime. It is characterized by the damage of a number of development areas: social interaction and communication, manifestation of stereotypical forms of behavior, interests or activity's. Such form of behaviors affect the ability to meet basic human needs as well as the overall quality of life. It is of utmost importance to recognize the disorder and diagnose it as early as possible so that the child can be included in the system of adequate and continuous rehabilitation and education.

It has been proven that it is best to integrate a child as early as possible in the community to make the relationship between children with special needs and other children more productive. That is why today there is more and more talk about the integration and inclusion of children with disorder of the autism spectrum in the society and their inclusion in early and pre-school education. Children with difficulty in development are provided with equal opportunities for socializing and activities in regular groups of preschool institutions.

Inclusive environment is not only determined by children with special needs, but also by the whole society, and mostly by parents and preschool teachers with whom the child is in direct contact. For inclusive practice to be as successful as possible and suitable for a child, it is necessary for the preschool teachers to possess certain competencies, i.e., a set of skills, knowledge and abilities that allow them to do their job properly.

The paper covers strategies and ways to help children with disorders of autism spectrum to engage in a regular programs that can help preschool teachers and other professionals in working with autistic children and how much are preschool teachers ready to include such children in their group.

Key words: autism, inclusion, educational strategies, work of preschool teachers

## UVOD

Danas se sve više pažnje posvećuje kvaliteti uključivanja djece s različitim teškoćama u redovite programe ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja. Navedeno uključivanje temeljeno je na suvremenim spoznajama o pozitivnom djelovanju poticajnog okruženja na razvoj sposobnosti djece s teškoćama i na temelju inkluzivnog modela skrbi za osobe s invaliditetom. Kvaliteta odgojno-obrazovne inkluzije pretpostavlja individualizirani pristup svakom djetetu sukladno njegovim sposobnostima, interesima i posebnim odgojno-obrazovnim potrebama. Sukladno tome, djeci je iskorištavanjem svih dostupnih resursa i mogućnosti uz redovni odgojno-obrazovni rad potrebno osigurati individualni i/ili grupni rad u dodatnim obrazovnim ili rehabilitacijskim programima.

Djeci s teškoćama u razvoju treba u odgojno-obrazovnom radu omogućiti inkluzivno okruženje. Inkluzivno okruženje odnosi se na institucije koje „u potpunosti priznaju prava djece s teškoćama u razvoju te im omogućuju sudjelovanje u svakodnevnim aktivnostima“ (UNESCO, 2009, str. 7).

Praćenjem pedagoške stvarnosti utvrđeno je kako inkluzija u ranom odgoju nailazi na mnoge implementacijske barijere, od stavova odgojitelja i očekivanja roditelja (Buysse, Skinner i Grant, 2001) do nepostojanja socijalnih resursa kojima bi se olakšalo uključivanje djece s teškoćama u razvoju u institucije ranog odgoja (Guralnick, Hammond, Connor i Neville, 2006).

Na temelju principa socijalnog modela izdan je osnovni dokument UN-a *Standardna pravila za izjednačavanje mogućnosti za osobe s invaliditetom* (48. zasjedanje Glavne skupštine UN, 20. prosinac 1993, Rezolucija 48/96), koji sadržava smjernice za politiku svih država. U tom se dokumentu posebno ističe razvijanje svijesti o potrebama i pravima osoba s teškoćama u razvoju, kao što su prava na zdravstvenu zaštitu, rehabilitaciju i pomagala. Država je obvezna osigurati odgoj i obrazovanje u maksimalno uključujućim uvjetima. Svi zakoni i ostale mjere trebaju omogućiti život osoba sa teškoćama u razvoju u vlastitoj obitelji, uz pružanje dodatnih usluga. Prijeko je potrebno osigurati im sva prava kao i ostalim građanima. Također se zahtijeva da organizacije osoba s teškoćama u razvoju i organizacije roditelja, ravnopravno sudjeluju u donošenju odgovarajućih zakonskih propisa, uklanjajući pritom sve oblike diskriminacije (Cvetko, Gudelj i Hrgovan, 2000).



Bouillet (2011, str. 324) navodi da „inkluzija podrazumijeva filozofiju ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja koja osigurava da odgajatelji u svom radu podržavaju ravnopravnost sve djece. U tom je kontekstu najvažnije da odgajatelji djecu ne doživljavaju i ne procjenjuju temeljem njihovih teškoća, nego temeljem sposobnosti i interesa, pri čemu je teškoća shvaćena samo kao jedna od karakteristika djeteta“.

Istraživanje kojem je glavni cilj bio utvrđivanje aspekata kvalitete inkluzije u kontekstu institucijskog predškolskog odgoja ukazuje da su glavni indikatori kvalitetne inkluzije interakcija odrasli - dijete/djeca, vršnjački odnosi, suradnja s roditeljima i stručnjacima te programska struktura (Romstein, 2015). Čimbenici koji umanjuju mogućnost kvalitetne inkluzije djece s teškoćama u redovne predškolske ustanove su: sve veći broj djece s teškoćama, ograničeni broj dostupnog profesionalnog osoblja te nedostatna podrška odgajateljima u provedbi inkluzivnog procesa (Bouillet, 2011).

# 1. OBILJEŽJA I SPOZNAJE O POREMEĆAJIMA SPEKTRA AUTIZMA

## 1.1. Povijesni pregled i definicija

Pojam autizam razvio je švicarski psihijatar Eugen Bleuler 1911. godine kojim je opisao jedan od osnovnih simptoma shizofrenije, a kao glavne oblike ponašanja shizofrenih bolesnika naveo je misaono povlačenje u vlastiti svijet, postupno smanjenje socijalne interakcije s ljudima u okruženju te prepuštanje fantastičnim mislima (Remschmidt, 2009).

Isto tako, 1943. godine američki dječji psihijatar Leo Kanner opisao je jedanaestero djece koja su izgledala tjelesno zdravo, ali su pokazivala karakteristične smetnje komunikacije i govora te je ovaj poremećaj nazvao infantilni autizam (Bujas Petković i sur., 2010). Kanner je tada pretpostavio da je urođena nesposobnost razvijanja komunikacije uvelike uvjetovana hladnim i odbijajućim držanjem majke prema djetetu (Bujas Petković i sur., 2010).

Godine 1944. njemački psihijatar Hans Asperger opisuje sindrom kojem daje naziv „autistična psihopatija“. Prema današnjim dijagnostičkim kriterijima, Aspergerov sindrom sličan je infantilnom autizmu (Bujas Petković i sur., 2010).

1988. godine Lorna Wing stvara naziv autistični spektar za autizam i slične razvojne poremećaje. Termin autistični spektar obuhvaća pervazivne razvojne poremećaje, tj. niz psihijatrijskih poremećaja rane dječje dobi obilježenih velikim abnormalnostima u socijalnim interakcijama, komunikaciji i motoričkim aktivnostima (Bujas Petković i sur., 2010).

Jedna od prvih definicija autizma jest definicija Laurete Bender (1953) kojim je autizam karakteristično promijenjeno ponašanje u svim područjima središnjeg živčanog sustava: motoričkom, perceptivnom, intelektualnom, emotivnom i socijalnom. Prema suvremenom shvaćanju, Švel (2006) navodi da autizam nije bolest nego stanje, odnosno neurorazvojni poremećaj koji proizlazi iz multifaktorskih disfunkcija razvoja središnjeg živčanog sustava. Poznato je da autizam pogađa dio stanovništva neovisno o geografskim, socijalnim, kulturalnim i rasnim uvjetima. Bujas Petković i sur. (2010, str. 6) za autizam pišu da je „*pervazivni razvojni poremećaj koji počinje u djetinjstvu, većinom u prve tri godine života, zahvaća gotovo sve psihičke funkcije i traje cijeli život*“.

## 1.2. Dijagnostički kriteriji i klasifikacije

Kako bismo djeci s poremećajima spektra autizma pružili što kvalitetniju stručnu pomoć, potrebno je što ranije prepoznati simptome ili znakove i uključiti djecu u primjeren tretman. Prema Švelu (2006) da bi se postavila dijagnoza autizma moraju biti uočene četiri važne činjenice:

- Djetetovi društveni odnosi i društveni razvoj odstupaju od uobičajenoga.
- Razvoj jezika i govora zakasnio je, izmijenjen je i dijete teško uspostavlja normalnu komunikaciju.
- Takva djeca inzistiraju na jednodimenzionalnosti, interesi su im suženi, a igra stereotipna.
- Poremećaj se javlja u dobi do tridesetšest mjeseci života.

Osnovne karakteristike autističnog poremećaja kod većine autora su iste. Tako je Kanner 1943. godine naveo slijedeće karakteristike: nemogućnost djeteta da uspostavi normalne kontakte s roditeljima, djecom i drugim ljudima općenito; zakašnjeni razvoj i uporaba govora na nekomunikativan način (eholalija, metalalija, neadekvatna uporaba zamjenica); ponavljajuće i stereotipne igre i opsesivno inzistiranje na poštovanju određenog reda; nedostatak mašte i dobro mehaničko pamćenje te normalan tjelesni izgled. Kannerova klasična studija potaknula je znanstveno zanimanje za proučavanje i tretman autizma i rezultirala je različitim mišljenjima o etiologiji i terapiji (Švel, 2006).

Prva dijagnostička klasifikacija koja uvodi autizam kao posebnu dijagnostičku kategoriju je DSM-III klasifikacija (1980.), odnosno *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-III-R klasifikacija mijenja naziv infantilni autizam u autistični poremećaj, a u dijagnostičkim se kriterijima ne navodi zahtjev za dob do kada bi se simptomi trebali pojaviti (Bujas Petković i sur., 2010).

U klasifikacijama MKB-10 (Međunarodna klasifikacija bolesti, 1992.) za skupinu psihičkih poremećaja dječje dobi koristi naziv pervazivni razvojni poremećaj. Ova skupina razvojnih poremećaja obuhvaća ne samo autistični poremećaj u užem smislu nego i niz poremećaja s dominantnim simptomima poremećene socijalne interakcije i komunikacije, jezika i govora, mašte, senzornih odgovora, ponavljajućih stereotipnih radnji i posebnih vještina (Bujas Petković i sur., 2010).

Često korištena klasifikacija, DSM-IV (*Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja*), navodi da je za pervazivne razvojne poremećaje karakteristično teško i pervazivno oštećenje većega broja razvojnih područja kao npr. socijalna interakcija i komunikacija ili javljanje stereotipnih oblika ponašanja, interesa i aktivnosti. Kvalitativne deficite kod tih poremećaja obilježavaju jasna odstupanja razvojnog stupnja i intelektualne dobi određene osobe (Bujas Petković i sur., 2010).

Prema DSM-V svi poremećaji autizma spojeni su u jednu dijagnozu – poremećaji autističnog spektra (PAS). DSM-V diferencira 3 razine poremećaja, s obzirom na stupanj u kojem ometaju svakodnevno funkcioniranje. Tu klasifikaciju koristi i glavni instrument za dijagnozu autizma, ADOS-II, koji smješta rezultat u razine 1, 2 ili 3 (*Autizam – jednaki u različitosti*).

Posljednjih dvadesetak godina dijagnostički kriteriji se mijenjaju od općenitih opisa abnormalnosti u ponašanju do detaljnih opisa simptoma. Nije važno samo dijagnosticirati poremećaj prema kliničkoj slici, već je težnja i cilj da se odredi uzrok (priroda) poremećaja. Najveće teškoće nastaju pri dijagnosticiranju poremećaja koji se pojavljuju zajedno s autizmom, poremećaja sličnih autizmu (autistični spektar) te intelektualnog oštećenja.

### 1.2.1. Znakovi i simptomi poremećaja spektra autizma

Kod djece s poremećajem spektra autizma, katkad se već u dojenačkoj dobi mogu primijetiti prvi znakovi bolesti: rani poremećaj prehrane (odbijanje dojke ili bočice, prihvaćanje samo određene hrane), poremećaj sna, plačljivost, autoagresija, pretjerana mirnoća ili nemir, odsutnost anticipirajućeg držanja djeteta i postularna adaptacija (mišićna atonija ili rigiditet), smanjen interes za igračke, pretjerana anksioznost, nezainteresiranost za zbivanje u okolini. Kod neke djece nedostaje emocionalna povezanost s roditeljima. Nedostatak pogleda oči u oči mnogi autori navode kao jedan od bitnih simptoma autizma. Djeca s autizmom imaju smanjenu sposobnost imitacije, pa su njihove igre nemaštovite i stereotipne, a u igri ne imitiraju životne situacije. Igračkama se koriste na neadekvatan način, odnosno povezuju se s određenim predmetom koji neprestano nose sa sobom, iako im je nepoznata stvarna uporaba toga predmeta (Bujas Petković i sur., 2010).

Autistična djeca su često negativistična, odbijaju suradnju i kontakte. Pretpostavlja se da je to zbog toga što su nesposobna ostvariti željeni kontakt ili to pokušavaju na pogrešan, bizaran i neadekvatan način koji nije primjeren njihovoj dobi. Jačina i trajanje socijalnog hendikepa ovisi o djetetovim intelektualnim i govornim sposobnostima. Djeca višeg intelektualnog funkcioniranja i ona koja imaju bolje razvijen govor i razumijevanje lakše se socijalno adaptiraju (Bujas Petković i sur., 2010). „Govor djeteta s autizmom, ako je prisutan, svodi se na konkretno“ (Bujas Petković i sur., 2010, str. 107). Djeca s autizmom često ponavljaju samo posljednje riječi ili slogove, skupljaju i sažimaju riječi ili sklapaju svoje riječi; ne pokazuju socijalnu imitaciju, ne mašu „pa-pa“, ne imitiraju roditelje, ne igraju se igračkama. Sposobnost manipulacije djece s autizmom veća je od uporabe lingvističkih simbola i lakše im je konkretizirati nego se koristiti apstraktnim simbolima. Čitanje im je također teško. Neka djeca s autizmom nauče čitati, ali u tome ne uživaju i nikad ne čitaju spontano (Škrinjar, 2001).

Za razliku od djece s oštećenjem sluha, djeca s autizmom ne razvijaju mimiku i gestu kao način komunikacije, već potrebe iskazuju plačem, krikovima ili drugim neadekvatnim oblicima komunikacije. Neka djeca s autizmom mogu usvojiti pojedine gestovne znakove, ali to je veoma teško (Bujas Petković i sur., 2010).

Djeca s autizmom zadatke izvršavaju automatski na zadovoljavajućoj razini, no s teškoćom se sjete što su radili čak i nakon kratkog vremena. „*Dijete s autizmom nema oslabljeno pamćenje nego oslabljenu osobnu komponentu pamćenja, te je spontano pretraživanje memorije za detalje otežano i dijete se mora osloniti na direktno usmjeravanje od strane drugih*“ (Blažević, Škrinjar, Cvetko, Ružić, 2006). Inzistiranje na jednoličnosti bitan je simptom autističnog poremećaja, a opisao ga je Kanner 1943. godine. Dijete često slaže predmete u besmislen niz, opire se promjenama, uspostavlja uvijek isti red. Ako ga u tome pokušamo spriječiti, uznemiri se, opire i negoduje (Bujas Petković i sur., 2010).

Klinička slika autizma kao specifičan spoj poremećaja socijalne interakcije, verbalne i neverbalne komunikacije i motoričkih smetnji uz različite smetnje ponašanja daje mu posebnost i razlikuje ga od drugih sličnih poremećaja rane dječje dobi, navode Bujas Petković i sur., 2010.

### **1.2.2. Podjela poremećaja spektra autizma (pervazivni razvojni poremećaji)**

Pervazivni razvojni poremećaji teška su oštećenja na tri područja razvoja: vještine recipročne socijalne interakcije, vještine verbalne i neverbalne komunikacije uz postojanje stereotipnih ponašanja, interesa i aktivnosti. Prema DSM-IV (1995.) pervazivni razvojni poremećaji obuhvaćaju pet podskupina: autistični poremećaj, Rettov poremećaj, dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu, Aspergerov poremećaj te pervazivni razvojni poremećaj, neodređen (atipični autizam) (Bujas Petković i sur., 2010). Djeca koja pohađaju redovni program ranog i predškolskog odgoja u većini slučajeva imaju Aspergerov poremećaj.

Autistični poremećaj ili autizam u djetinjstvu (dječji autizam, Kannerov sindrom) karakterizira nenormalno funkcioniranje u svim područjima psihopatologija: socijalna interakcija, komunikacija i ograničeno stereotipno nesvrhovito ponašanje. Simptomi se pojavljuju prije treće godine života. Neki od problema koji se mogu pojaviti, ali i nemoraju su: fobije, poremećaj spavanja i hranjenja, napadaj bijesa, agresija i autoagresija (Bujas Petković i sur., 2010).

Rettov poremećaj ili Rettov sindrom, poremećaj je kojeg je opisao austrijski pedijatar i dječji psihijatar Andreas Rett (1966.), a pretežito se pojavljuje kod djevojčica. Manifestira se između sedmog i dvadeset i četvrtog mjeseca života, a javlja se kao posljedica X-kromosomske mutacije MECP2 gena na distalnom dijelu X-kromosoma. Osnovna obilježja ovog poremećaja su: potpun gubitak svrsishodne uporabe ruke, potpun ili djelomičan gubitak razvoja jezičnog razumijevanja i izražavanja, usporenje rasta glave te stereotipski pokreti šake. Zaustavljen je društveni razvoj i razvoj igre uz istodobno održan društveni interes (Remschmidt, 2009).

Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu (dječja demencija, dezintegrativna psihoza, Hellerov sindrom, simbiotska psihoza) pojavljuje se između treće i pete godine života. Nakon zdravog razdoblja djeteta prestaje komunicirati, govoriti, pratiti zbivanja u okolini, prestaje kontrolirati sfinkter, zaboravlja naučene vještine. Bolest se većinom pojavljuje u akutnoj fazi u obliku konfuzije, povlačenja, hiperaktivnosti te regresije svih psihičkih funkcija u razdoblju od nekoliko mjeseci. Prema DSM-IV klasifikaciji, dezintegrativni poremećaj ima posebne dijagnostičke kriterije: očito normalan razvoj tijekom najmanje prve dvije godine života koji se očituje odgovarajućom verbalnom i neverbalnom komunikacijom, socijalnim odnosima, igrom i adaptivnim ponašanjem primjerenima dobi; klinički značajan gubitak već usvojenih vještina (jezično razumijevanje i izražavanje, socijalne vještine ili adaptivno ponašanje, kontrola sfinktera, igra te motoričke vještine); abnormalnost funkcioniranja na najmanje dva područja (kvalitativno oštećenje socijalnih interakcija, kvalitativno oštećenje komuniciranja, ograničeni, repetitivni i stereotipni modeli ponašanja, interesa i aktivnosti) te kod posljednji kriterij kod kojeg smetnja nije bolje opisana kao neki drugi pervazivni razvojni poremećaj ili shizofrenija (Bujas Petković i sur., 2010).

Aspergerov poremećaj (autistična psihopatija, shizoidni poremećaj u djetinjstvu) je poremećaj koji se najlakše prepoznaje kod djece koja polaze u školu. Dobio je ime po Hansu Aspergeru, austrijskom pedijatru koji je 1944. godine opisao djecu koja imaju urednu inteligenciju, uredan jezični razvoj, sužene interese, siromašnu ekspresiju te razumijevanje neverbalne komunikacije, fizički su nespretni i ne pokazuju empatiju. Stanje koje je opisao, sam Asperger je nazvao “*autistična psihopatija*” (engl. autistic psychopathy), odnosno smatrao je da se radi o određenom poremećaju ličnosti. Glavna klinička obilježja ovog sindroma su brojne poteškoće vezane uz socijalne interakcije, poteškoće komunikacije, uski i specifični interesi. Teškoće koje se pojavljuju tijekom socijalne interakcije kod ove djece su: nerazumijevanje neverbalnih signala, emocija, problemi s razumijevanjem metafora, ironije, sarkazma, teškoće u započinjanju spontane konverzacije, “egocentričan konverzacijski stil”, teškoće apstraktnog mišljenja, razvojno neprikladni interesi (Šimleša i Ljubešić, 2009).

Atipični autizam (atipična psihoza u dječjoj dobi, duševna zaostalost s autističnim obilježjima) navodi se u MKB-10 kao posebna kategorija pervazivnih razvojnih poremećaja koji ima obilježja autističnog poremećaja, ali ne zadovoljava sve dijagnostičke kriterije. Poremećaj se pojavljuje od rođenja ili nakon razdoblja normalnog razvoja djeteta. Uzroci mogu biti nasljedni i biološki, a veliku ulogu mogu imati i psihološki čimbenici. Simptomi atipičnog autizma su povlačenje od ljudi, uzmicanje u svijet fantazije, mutizam ili uporaba jezika na nekomunikativan način, bizarnosti u držanju, stereotipije, ravnodušnost ili provale anksioznosti i ljutnje, inhibicija, rituali, pomanjkanje kontakta oči u oči. Osnovna razlika između atipičnog autizma i autističnog poremećaja je neispunjavanje svih zadanih dijagnostičkih kriterija ili razlikovanje po životnoj dobi pojavljivanja (Bujas Petković i sur., 2010).

DSM-V klasifikacija navodi da u poremećaje autističnog spektra pripadaju: rani infantilni autizam, dječiji autizam, Kanerov autizam, visoko - funkcionalni autizam, atipični autizam, nespecifični pervazivni razvojni poremećaj, dezintegrativni poremećaj koji se javlja u djetinjstvu i Aspergerov poremećaj. Rettov sindrom, koji je pored navedenih bio uvršten u DSM-IV sad više ne pripada autističnom spektru (American Psychiatric Association, 2013).



### 1.2.3. Posebne sposobnosti osoba s autizmom (*autistic-savant*)

Osobe s autizmom koje pokazuju posebne sposobnosti u literaturi su poznate pod nazivom *idiot-savant* osobe ili *autistic-savant*. *Savant* je riječ francuskog podrijetla, a označava učenu osobu (Bujas Petković i sur., 2010).

Hill (1974.) je pojmom *idiot-savant* definirao „osobe s intelektualnim oštećenjem koje pokazuju jednu sposobnost ili više njih iznad razina očekivanih za prosječne osobe.“ Sposobnost se odnosi na različita područja: pamćenje, matematiku, umjetnost, glazbu, mehaničke sposobnosti i sl. (Bujas Petković i sur., 2010).

Bujas Petković i sur. (2010) navode Bernarda Rimlanda, američkog psihijatra, kao jednog od najvećih istraživača ovog područja. Rimland je 1978. godine izvjestio o incidenciji od 9,8 % darovitih među onima koji imaju poremećaj iz spektra autizma. On sam je imao sina, autista, koji je pokazao veliki dar za slikarstvo.

Posebne sposobnosti kod osoba s autizmom mogu se primijetiti već u drugoj, najkasnije u trećoj godini života, a već nakon godinu - dvije dosegnu vrhunac, bez obzira na vanjsku stimulaciju. Zbog usporenog razvoja drugih sposobnosti i socijalizacijom, darovitost često gubi intenzitet. Neke od vrsta sposobnosti su glazbene sposobnosti (pamćenje, savršen sluh, sviranje), pamćenje (auditivno i vizualno pamćenje), matematičke sposobnosti (rješavanje matematičkih operacija), umjetnost (slikarski talent, modeliranje), pseudoverbalne sposobnosti (reproduciranje cijelih tekstova, čak i na potpuno nepoznatom jeziku), ekstrasenzorna percepcija (sposobnost prepoznavanja i predviđanja prema gotovo nevidljivim znakovima) te mnoge druge sposobnosti (mehaničke, određivanje vremena, šah, koordinacija...) (Bujas Petković i suradnici, 2010).

Unatoč mnogim saznanjima još smo daleko od potpunog razumijevanja posebnih sposobnosti u osoba s autizmom. Rimland, već ranije spomenuti istraživač, iznio je hipotezu koja povezuje genetsku predispoziciju za autizam i ograničeno usmjeravanje pozornosti na usko područje u takvih osoba iz čega se razvija talent. Odnosno, Rimland navodi da „*zdrave osobe pozornost mogu usmjeriti na sitne detalje ili na široko područje, osobe s autizmom to ne mogu. Zato neke osobe s autizmom, iako hendikepirane u mnogim sposobnostima, svoju pozornost usmjeruju na usko područje, iz čega se razvija talent, zbog stalne autostimulacije i vježbe*“ (Bujas Petković i sur., 2010, str. 158).

### **1.3. Dijagnostički instrumenti i skale za procjenu autizma**

Poznato je da se neka ponašanja karakteristična za poremećaje spektra autizma pojavljuju i kod drugih mentalnih poremećaja dječje dobi. Obzirom da se dijagnostički kriteriji za poremećaje spektra autizma mijenjaju i nadopunjuju prvi znakovi mogu se lakše prepoznati, a djeci osigurati primjerenu profesionalnu podršku od najranije dobi. Pojedine dostupne testove, skale i instrumente mogu primjenjivati roditelji, djelatnici u odgojnim i obrazovnim ustanovama, zdravstveni djelatnici. Najčešće ih primjenjuju pedijatri i specijalisti dječje psihijatrije, a od ostalih stručnjaka edukacijski rehabilitatori i psiholozi.

#### **1.3.1. Rimlandova dijagnostička *check-lista***

Jedan od prvih upitnika za kvantifikaciju autizma je Rimlandova dijagnostička *check-lista*. Prva verzija sadržavala je 76 pitanja na koja su odgovarali roditelji, a odnosila su se na podatke o djetetovu rođenju, razvoju govora i drugih sposobnosti, ponašanju i karakterističnim simptomima. Modificirani upitnik sadržava 80 pitanja o socijalnim interakcijama, razvoju govora, reakcijama na podražaje, afektima, motorici, kognitivnom razvoju i percepciji te podatke o obitelji. Svaki odgovor donosi pozitivan ili negativan bod, što ovisi o tome jesu li odgovori karakteristični za autistično ponašanje ili nisu. Raspon rezultata kreće se od -42 do +45. Na osnovi analize 2218 upitnika, autor izvješćuje da rezultati od +20 ili više odgovaraju autizmu Kannerova tipa (postiže 9,7 % ispitanika s autizmom). Ova vrsta upitnika je korisna, ali se na temelju toga ne može postaviti dijagnoza te se taj upitnik danas rijetko koristi (Bujas Petković i sur., 2010).

### **1.3.2. Instrument za procjenu ponašanja autistične i atipične djece (BRIAAC – *Behavior Rating Instrument for Autistic and Atypical Children*)**

Ova vrsta upitnika sadržava osam ljestvica koje mjere ponašanje u ovim područjima: odnosu prema okolini, komunikaciji, ovladavanju vještina, vokalizaciji i ekspresivnom govoru, primanju zvukova i govora, socijalnim odgovorima, pokretima tijela i psihobiološkom razvoju. Najvažnije obilježje BRIAAC-a jest izravan empirijski opis ponašanja temeljen na opisu opservirane djece. Zbog velikog subjektivnog utjecaja procjenjivača, upitna je pouzdanost i valjanost liste. Dobre strane BRIAAC-a su objektivno i precizno definirano ponašanje te opis razvojne progresije od normalnog do ekstremno devijantnog ponašanja, a nedostaci su teže razlikovanje podskupina autizma, drugih psihičkih poremećaja i intelektualnog oštećenja (Bujas Petković i sur., 2010).

### **1.3.3. Sustav za ocjenu ponašanja (BOS – *Behavior Observation System*)**

Konačna verzija ovog upitnika (Freeman, Ritvo i Schrith, 1984; prema Bujas Petković i sur., 2010) sadržava 24 pitanja vezanih uz procjenu ponašanja djece s autizmom i intelektualnim oštećenjima u odnosu na prosječnu djecu. Područja procjene podijeljena su na četiri skupine: osamljenost, odnos prema stvarima, odnos prema ljudima te govor. Svaka skupina je podijeljena na 10 intervala u koje se unose podaci o djetetovu ponašanju, što se uspoređuje s ponašanjem djeteta iste dobi. Prema BOS-u dijete se procjenjuje tako da mu se dadu igračke primjerene njegovoj dobi, a potom se promatra kroz staklo i snima videom. Upitnik je ocijenjen kao valjan i pouzdan, ali autori upitnika napominju da rezultati upitnika nisu dovoljni za postavljanje dijagnoze. Ovakav oblik upitnika se danas sve rjeđe koristi (Bujas Petković i sur., 2010).

#### **1.3.4. Ljestvica za procjenu dječjeg autizma (CARS – *Childhood Autism Rating Scale*)**

Schopler, Reichler, De Villis i Daly (1980; prema Bujas Petković i sur., 2010) konstruirali su ljestvicu za procjenu dječjeg autizma (CARS) zbog razlikovanja podskupina autizma od drugih razvojnih poremećaja. Ljestvica se sastoji od 15 odvojenih podljestvica koje obuhvaćaju poremećaje u odnosu prema ljudima, imitaciju, neadekvatnost i izražavanju afekata, bizarne pokrete tijela i stereotipije, osebujnost u odnosima sa stvarima, pružanje otpora promjenama, osebujnost u vizualnim odgovorima, osebujnost u auditivnim odgovorima, neadekvatne odgovore na druge podražaje, anksioznost, verbalnu i neverbalnu komunikaciju, razinu aktivnosti, intelektualno funkcioniranje i opći dojam. CARS ispunjava profesionalna osoba (liječnik, psiholog, defektolog) nakon promatranja djeteta kroz jednostrano prozirno staklo u strukturiranoj dijagnostičkoj situaciji. Djetetovo ponašanje može biti pokazatelj njegovih sposobnosti, ali i nesposobnosti u određenim područjima (kognitivnim, motoričkim i perceptivnim) (Bujas Petković i sur., 2010).

#### **1.3.5. Psihoedukacijski profil (PEP –R)**

Psihometrijska ljestvica *Psihoedukacijski profil* dokazala se kao jedinstven i uspješan instrument za procjenu složenih teškoća u učenju djece s autizmom. Tri glavna dijagnostička kriterija ovog testa su: poremećaj komunikacije, poremećaj socijalne interakcije i stereotipije. PEP-R test sastoji se od dvije odvojene ljestvice: ljestvice ponašanja sa 43 zadatka i razvojne ljestvice sa 131 zadatkom. Rezultati procjene na tim ljestvicama integriraju se u psihoedukacijski profil na osnovi kojeg se oblikuje individualizirani rehabilitacijsko-edukacijski program (Bujas Petković i sur., 2010).

#### **1.3.6. Lista za procjenu ponašanja djece s autizmom (ABC – *Autism Behavior Check-list*)**

Lista je namijenjena procjeni ponašanja djece s autizmom. Ukupno 57 simptoma podijeljeno je u pet skupina: percepcija, odnosi s ljudima i stvarima, korištenje tijela i predmeta, govor te socijalno ponašanje i samozbrinjavanje. Upitnik ABC pokazao se uspješnim za diferencijalnu dijagnozu autističnog poremećaja, intelektualnog oštećenja, emocionalnih poremećaja, gluhoće i sljepoće (Bujas Petković i sur., 2010).

### **1.3.7. Dijagnostički intervju za autizam (ADI – *Autistic Diagnostic Interview*)**

Intervju se sastoji od tri glavna područja funkcioniranja za prvih pet godina djetetova života (komunikacija i govor, socijalni razvoj te razvoj igre). Pitanja su standardizirana, odgovori roditelja o ponašanju djeteta kategorizirani kao pozitivni ili negativni, a svakao abnormalno ponašanje je detaljno opisano u sadašnjosti i prošlosti. Posebna se pozornost pridaje razvoju od 30. do 36. mjeseca djetetova života i eventualnim abnormalnostima unutar toga kritičnog razdoblja (Bujas Petković i sur., 2010).

### **1.3.8. ADOS (*Autism Diagnostic Observation Schedule*)**

ADOS je jedan od najpouzdanijih instrumenata za procjenu i dijagnostiku poremećaja iz autističnog spektra, a koristi se za različite razvojne i kognitivne razine djeteta i adolescenta. Traje od 30 do 45 minuta. Instrument sadržava četiri modula (modul namijenjen djeci mlađoj od 6 godina i ona koja nemaju razvijen govor, modul namijenjen djeci čiji je govor oskudan ili frazeološki, modul namijenjen djeci i adolescentima tečnoga govora te modul namijenjen adolescentima i odraslima s dobro razvijenim govorom). ADOS omogućava odrediti razvojnu razinu na područjima socijalizacije, komunikacije, repetitivnim i stereotipnim pokretima te razvojnoj razini mašte i simboličkoj igri (Bujas Petković i sur., 2010).

## **2. ODGOJNO-OBRAZOVNA I REHABILITACIJSKA PODRŠKA DJECE S POREMEĆAJIMA IZ SPEKTRA AUTIZMA**

Iako se sva djeca s rizikom ili sumnjom za nastanak poremećaja spektra autizma uključuju u medicinske postupke utvrđivanja i donošenja formalne dijagnoze, ona nije presudna za rano uključivanje u dostupne programe poticanja cjelokupnih sposobnosti. Problem je izostanak pravodobnog informiranja roditelja o mjestima gdje mogu ostvariti pomoć i podršku programa rane intervencije ali i nedostatak pružatelja usluga ovih programa.

U Republici Hrvatskoj skrb za djecu i osobe s autizmom provodi se kroz zdravstveni, odgojno-obrazovni i sustav socijalne skrbi. Odgoj i obrazovanje donedavno je bio organiziran isključivo kroz predškolske, osnovnoškolske i srednjoškolske takozvane posebne ustanove koje i danas djeluju s istom svrhom. Središnja ustanova s dugogodišnjom tradicijom je Centar za autizam Zagreb (uz podružnice u Splitu i Rijeci te jedinice za autizam u razvoju Nova Gradiška, Čakovec, Osijek, Sisak, Vukovar, Slavonski Brod, Dubrovnik). Centar za autizam nudi različite programe za djecu s poremećajem iz autističnog spektra. U program se uključuju djece s prosječno četiri i pol godine.

U Hrvatskoj, sukladno suvremenim saznanjima i promjenama djeca s poremećajima spektra autizma mogu uz primjerenu podršku biti uključena u redovne ustanove predškolskog odgoja i obrazovanja. Predškolski program djeteta može pohađati sve dok ne postane školski obveznik. Sastavni dio predškolskog programa je pomoć i savjetovanje u pronalaženju primjerenog oblika školovanja za djeteta s autizmom (Švel, 2006).

Primjereni oblici odgoja i obrazovanja za djecu s poremećajem spektra autizma podrazumijevaju profesionalnu, programsku i organizacijsku podršku. Profesionalna podrška podrazumijeva stručni kadar sa svim potrebnim kompetencijama i znanjima o metodičko-didaktičkoj prilagodbi svakodnevnih aktivnosti specifičnim potrebama djeteta. Nadalje, profesionalnu podršku djeci s poremećajim aspektra autizma pružaju osobni asistenti i stručni suradnici ustanova.

Za razvijanje kvalitetnih programa potrebno je uskladiti metode s individualnim stilom učenja i okolinom, zatim usklađivati analizu pozitivnih rezultata i indikatora kvalitete iz osobne prakse s onima iz stručne i znanstvene literature, kontinuirano provoditi evaluaciju programa i prema potrebi ju mijenjati te je potrebno ispitivati čimbenike podrške koji rezultiraju pozitivnim ishodima, bez obzira na metodologiju kojom se koriste (Bujas Petković i sur., 2010).

Bujas Petković i suradnici (2010) navode šest specifičnih obilježja edukacijsko-rehabilitacijskog procesa:

- individualna multidisciplinarna procjena
- individualizirani plan podrške obitelji
- individualiziran odgojno-obrazovni program
- kurikulum, program podučavanja
- metode podučavanja
- okolina.

Individualna multidisciplinarna procjena obuhvaća temeljitu dijagnostičku, razvojnu i obrazovnu procjenu s određivanjem potencijala i potreba djeteta. Procjenu obavlja tim stručnjaka. Procjena uključuje ispitivanje vještina, sposobnosti i potencijala te specifičnih potreba djeteta.

Individualiziran plan podrške ili individualiziran odgojno-obrazovni program izrađuje multidisciplinarni stručni tim (edukacijski-rehabilitator, logoped, psiholog i prema potrebi psihijatar i socijalni radnik). Stručni tim se koristi rezultatima procjene, mišljenjem roditelja te trenutnim stupnjem funkcioniranja djeteta. Cilj tima je zadovoljiti djetetove potrebe za razvojem jezika (komunikacije), kognitivnih sposobnosti i socioemocionalnog razvoja te razvoj adaptivnih vještina.

Kurikulum podrazumijeva sve sadržaje, procese i aktivnosti usmjerene na ostvarenje ciljeva i zadataka odgoja i obrazovanja, sa ciljem promoviranja osobnog intelektualnog, tjelesnog i društvenog razvoja djeteta. Kurikulum za odgoj i obrazovanje učenika s poremećajem iz autističnog spektra uzima u obzir specifične potrebe djeteta s teškoćom koje se usklađuju sa standardima kurikuluma za djecu tipičnog razvoja.

Program podučavanja osigurava niz razvojno i funkcionalno primjerenih aktivnosti, iskustva i materijala koji dijete uključuje u smisleno učenje. Aktivnosti podučavanja trebaju povećavati mogućnosti za interakciju, motivirati i biti zanimljive, promovirati aktivnu uključenost djeteta/učenika/odrasle osobe, biti usmjerene najprije na temeljne, a zatim na kompleksnije vještine, uključivati komunikacijsku namjeru u sve interakcije i biti uvrštene u prirodne rutine djetetova doma, škole i zajednice.

Metode podučavanja trebaju zadovoljavati jedinstvene potrebe djece s autizmom te uključivati razvojnu primjerenost i individualne sposobnosti i potrebe. Važno je da budu prilagođene dobi, sposobnostima i stilovima učenja. Djecu se podučava kako se nositi s čimbenicima koji ih ometaju i izvorima frustracija iz okoline koje su sastavni dio svakodnevnog života uz ostvarenje jasnog plana razvoja za metode koje će sustavno promicati održavanje i generalizaciju naučenih vještina u novim situacijama.

Okolina u kojoj se provodi edukacijsko-rehabilitacijski proces treba osigurati strukturu koja podržava djetetove sposobnosti i interes, te treba smanjiti čimbenike koji remete učenje. Okolina treba biti pojednostavljena kako bi dijete lakše prepoznalo bitne informacije, učionice trebaju imati dijelove koji osiguravaju jasne granice za specifične aktivnosti. Komunikacija s djecom treba biti u skladu s njihovim jezično-govornim sposobnostima (jasna, svrhovita) (Bujas Petković i sur., 2010).

Opća obilježja programa podrške su: uključenost i podrška obitelji, inkluzija, planiranje prijelaza iz jednog u drugo okruženje (tranzicijski programi), sprječavanje i ublažavanje nepoželjnih ponašanja, suradnja sa zajednicom, osoblje te evaluacija programa.

Članovi obitelji potiču se da u sklopu svojih interesa i sposobnosti budu aktivni sudionici u svim aspektima kontinuirane procjene i edukacije djeteta. Roditelji su partneri u razvijanju individualiziranog plana podrške obitelji i individualiziranog odgojno-obrazovnog programa za njihovo dijete. Program osigurava savjetovanje i podučavanje roditelja te pruža informacije o djetetovom razvoju, potrebama djeteta te njegovom napretku.



Roditelji i stručnjaci planiraju prijelaz iz određenog programa/razreda u drugi. Važno je u tranzicijske programe uključiti članove obitelji, stručnjake koji su do tada radili s djetetom te stručnjake koji će početi pružati daljnu podršku.

Za nepoželjne oblike ponašanja koristi se pozitivna biheviorna podrška. Ona se temelji na funkcionalnoj procjeni ponašanja. Bujas Petković i suradnici (2010, str. 243) navode da „*program sadržava biheviorna sustav koji definira očekivanja za odgovarajuće ponašanje u svim okružjima, koristi se proaktivnim strategijama za management ponašanja, sadržava napisane strategije za krizne intervencije, omogućuje edukaciju osoblja o preporučenim biheviornim strategijama*“. U procjeni ponašanja koriste se različite metode (neposredno promatranje, funkcionalna analiza, ljestvice procjene, intervjui). Planovi intervencije za ponašanje nisu usmjereni na kratkoročne ishode, već na dugoročne (npr. upoznavanje novih prijatelja, sudjelovanje u grupnim aktivnostima).

Zaposlenici ustanove, u čiji je program uključeno dijete s poremećajem iz autističnog spektra, obaviješteni su o teškoćama osoba s autizmom i sudjeluju u kontinuiranom profesionalnom razvoju (konzultacije, radionice, stručni sastanci). Omjer broja djece i zaposlenika treba biti dovoljan za pružanje podrške potrebne kako bi se ostvarili ciljevi individualiziranog edukacijskog programa.

Program se sustavno evaluira ispitivanjem njegove provedbe, a uključuje praćenje individualnih ishoda za pojedino dijete te zadovoljstva korisnika programa. Kvaliteta programa i njegova učinkovitost procjenjuje se analizom ostvarenih ciljeva, generalizacijom djetetovih vještina i napretkom djeteta. Informacije koje se dobivaju evaluacijom programa koriste za poboljšanje i napreda programa (Bujas Petković i sur., 2010).

Nema metode koja može izliječiti autistični poremećaj, no uz pomoć dostupnih terapijskih postupaka dolazi do značajnog poboljšanja u svim segmentima funkcioniranja. Još ne postoji jedan oblik terapije koji pomaže svima, već postoje različiti pristupi, a prema individualnim karakteristikama djeteta se određuje koji je najbolji za određeno dijete. Prihvaćena je podjela na pristupe koji su znanstveno utemeljeni i one koji to nisu. Za sve programe je važno da ih se počne što ranije primjenjivati kako bi bili što učinkovitiji uvažavajući razvojne faze djeteta.

## **2.1. Primjenjena analiza ponašanja ili *Applied Behavioral Analysis* (ABA)**

**Primjenjena analiza ponašanja** je pristup koji ima jake empirijske temelje i najbolje je empirijski vrednovan pristup u tretmanu autizma. Primjenjena analiza ponašanja temelji se na točnoj interpretaciji interakcije između prethodnog podražaja i posljedica te upotrebe dobivenih informacija za planiranje željenog učenja i programa promjene ponašanja. Ova metoda se koristi kako bi se podržale osobe s poremećajem iz spektra autizma na najmanje pet načina: da uče nove vještine, da pojačaju i održavaju prethodno stečene vještine, da generaliziraju ponašanja iz jedne u drugu situaciju, da ograniče ili usmjere stanja pod kojima se određena ponašanja pojavljuju te da smanje ometajuća ponašanja i zamjene ih poželjnima (Friščić, 2016).

## **2.2. Son-rise program**

Program su osmislili roditelji djeteta s autizmom te se temelji na individualnom pristupu. Cilj programa je poboljšati kvalitetu komunikacije i interakcije djeteta s okolinom. Specifično je to što se provodi u djetetovom obiteljskom domu u posebnoj prostoriji koja je prilagođena potrebama djeteta te sadrži poticaje na koje dijete pozitivno reagira. Program se temelji na principima: da su mogućnosti djeteta iz autističnog spektra neograničene; da je motivacija, a ne ponavljanje ključ učenja; da autizam nije poremećaj u ponašanju; da stereotipna ponašanja djeteta imaju veliko značenje i vrijednost; da je roditelj djetetu najveća pomoć; da dijete može napredovati u pravom okruženju te da su roditelji i profesionalci najuspješniji ako se osjećaju ugodno sa svojim djetetom i optimistično gledaju na sposobnosti svojeg djeteta. Son-Rise program može se uspješno kombinirati s drugim dopunskim terapijama kao što su medikamentozna terapija, senzorna integracijska terapija, slušna integracijska terapija (*Autism Canada*).

### **2.3. FloorTime**

Pristup koji se zasniva na razvojnoj interaktivnoj teoriji prema kojoj se većina kognitivnih vještina razvijenih u prvih pet godina života temelji na emocijama i odnosu. Kako mu i prijevod znači *vrijeme na podu* podrazumijeva uključivanje odrasle osobe ili terapeuta u zaokupljajuće interese djeteta ta slaganje s njim kako bi mu se pomoglo elaborirati misli posredstvom gesta, govora i igre pretvaranja. Dva temeljna cilja ovog pristupa su uspostavljanje interakcije s djetetom uz njegovo vođenje i uvođenje djeteta u svijet združene pažnje. *Floortime* je proces u pet koraka, a to su: opservacija, pristupanje – otvaranje ciklusa komunikacije, praćenje djetetova vodstva, produžena i proširena igra te je posljednji korak djetetovo zatvaranje komunikacije, odnosno dijete nauči odgovarati gestama i komentarima (Greenspan i Lewis, 2004).

Prema Greenspanu i Lewisu (2004) funkcionalne razvojne razine tijekom terapije floortime su: poticanje vještina združene pažnje, uključivanje u ophođenje, dvosmjerna komunikacija, složena komunikacija, razrađivanje ideja te povezivanje ideja. Kada dijete počinje razvijati govor korisno ga je uključivati u skupinu interaktivne i komunikativne djece.

### **2.4. Programi senzorne integracije**

Senzorna integracija jest neurobiološka aktivnost koja omogućuje primanje i obradu osjetnih informacija koje u mozak pristižu iz različitih osjetila. Teškoće mogu nastati zbog neadekvatne, nedovoljne, ili slabe senzorne obrade podražaja što se manifestira poteškoćama ili disfunkcijom senzorne integracije. Tek kada svi pojedinačni sustavi skladno djeluju, tada dolazi do kvalitetne integracije na razini globalnoga sustava, dobro smo orijentirani u okolini u kojoj se nalazimo, te okolinu i sebe u njoj emocionalno primjereno doživljavamo i izražavamo se (Fisher, Murroy, Bundy, 1991).

Problemi koji se javljaju kod osoba s disfunkcijom senzorne integracije su: poteškoće učenja usprkos dobi primjerenoga ili čak višeg intelektualnog funkcioniranja, osjećaj manje vrijednosti i izrazito nisko samovrednovanje, podložnost stresu, poteškoće kontroliranja ponašanja, lako otklonjiva pažnja, kašnjenje u razvoju govora, poteškoće žvakanja, gutanja i automatskog zatvaranja usta, nedostatna usklađenost pokreta – izbjegavanje penjanja, sklonost ozljeđivanju, prekomjerni strah od visine, nedostatna ravnoteža, promjene raspoloženja, izbjegavanje korištenja ruku, poteškoće pri zakopčavanju gumba, patent-zatvarača i sl. Djeca s autizmom po svojim obilježjima pokazuju cijeli niz neobičnih reakcija na osjetne podražaje i to na području taktilnog, auditivnog, vizualnog i olfaktornog te vestibularnog i proprioceptivnog sustava (Mamić, Fulgosi Masnjak, Pintarić Mlinar, 2010). Programi koji pomažu kod senzorne integracije su: Mozart efekt, Tomatis i Listening program.

#### **2.4.1. Mozart efekt**

Mozart efekt označava kratkotrajno poboljšanje učinka u testu specijalnih sposobnosti nakon slušanja određene vrste glazbe. U dosadašnjim istraživanjima je najčešće korištena Mozartova sonata u D-duru (K448). Rauscher, Shaw i Ky (1993; prema Terzin-Laub, Ivanec, 2012) godine dolaze na ideju o mogućnosti poticanja mozgovne aktivnosti, a time i kognitivnog učinka kompleksnom glazbom te su proveli eksperiment u svrhu usporedbe djelovanja kompleksne glazbe i relaksacijskih tehnika na kognitivni učinak. Eksperimentom je pokazano statistički značajno poboljšanje u *Testu savijanja i rezanja papira* nakon slušanja Mozartove sonate za dva klavira u D-duru (Terzin-Laub, Ivanec, 2012).

#### **2.4.2. Tomatis**

Kod Tomatis metode djeca slušaju klasičnu glazbu čije su donje frekvencije isfiltrirane. Tokom terapije djeca se igraju, potiču se da budu kreativna. Terapija traje više tjedana uz najmanje dva sata dnevno. Ova metoda poznata je i pod nazivom auditivni trening, auditivna stimulacija ili terapija slušanjem (Remschmidt, 2009).

### **2.4.3. Listening program**

Listening program je program u kojem se koristi TLP uređaj. Pokazalo se kako program dobro djeluje na poboljšanje društvene i emocionalne funkcije, motoričku koordinaciju, reakcije na stres, senzorne obrade i sl. (Udruga za autizam POGLED)

### **2.5. TEACCH – Program s vizualnom okolinskom podrškom**

TEACCH (*Tretman and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children*) „jedan je od najsveobuhvatnijih programa koji obuhvaća dijagnostičke postupke, procjenu sposobnosti i potreba te podršku za djecu i odrasle a autizmom“ (Bujas Petković i sur., 2010, str. 287). Temeljni principi ovog programa su struktura, dosljednost i univerzalnost primjene. Program TEACCH prilagođen je kognitivnom stilu osoba s autizmom te omogućuje razumijevanje slijeda događaja i anticipiranje, poštuje potrebu za rutinom i osigurava uspješnost. Podučava se inicijalno u vrlo strukturiranim uvjetima s mnogo vizualnih i drugih oblika podrške koje proizlaze iz organizacije prostora, vremena i materijala te metoda podučavanja.

Programska područja i ciljevi TEACCH programa su: komunikacija (osobe s nerazvijenim govorom koriste slikovne kartice, komunikacijske ploče, znakovni govor), socijalni odnosi (obuhvaćaju podizanje razine socijalne pažnje i socijalnog razumijevanja, poticanje socijalnih interakcija, razine socijalne kompetencije, usvajanje novih vještina socijalne interakcije), ponašanje (prevencija i ublažavanje nepoželjnih oblika ponašanja), slobodno vrijeme (programirano, strukturirano) te radne vještine (razvijanje primjerenih radnih navika i modela ponašanja) (Bujas Petković i sur., 2010).

Organizacija prostora važna je komponenta provođenja programa TEACCH. Specifična organizacija prostora omogućuje vizualne znakove koji pomažu djetetu s autizmom da razumije gdje treba biti, kako do tamo doći i što raditi. Važno je prostor opremiti ekonomično i funkcionalno prema individualiziranim potrebama učenika.

Strukturiranje vremena ima važnu ulogu kod djece s autizmom. Raspored pomaže djeci da planiraju i slijede dnevne i tjedne događaje, pomaže pri samostalnom prelasku s jedne aktivnosti na drugu, potiče motivaciju za dovršenje teškog zadatka ako prema rasporedu slijedi ugodnija aktivnost. Osim organizacije prostora i strukturiranja vremena, važnu ulogu u TEACCH programu ima i organizacija materijala. Radni materijal treba biti jasno označen ili organiziran prema razini razumijevanja djeteta. Svi materijali su sortirani prema funkciji i moraju biti uredno složeni da manipulacija njima bude jednostavna te da djeca mogu sama uzimati didaktički materijal i vraćati ga na mjesto (Bujas Petković i sur., 2010).

## **2.6. PECS – Sustav komunikacije razmjenom slika**

PECS (*Picture Exchange Communication system*) je sustav komunikacije razmjenom slika, a koristi se za djecu i osobe s poteškoćama u govoru. Ovaj postupak omogućuje vođenje i oblikovanje (bihevioralni postupci) u učenju iniciranja interakcije, a time i shvaćanja koncepta komunikacije. Djeca, upotrebljavajući PECS, uče prići i predati sliku željenog predmeta komunikacijskom partneru u zamjenu za taj predmet. Bujas Petković i sur. (2010., str. 295.) navode da „komuniciranje sustavom razmjene slika ne sputava spontani razvoj govora.“ PECS se provodi u šest faza: fizička razmjena, razvijanje samostalnosti, razlikovanje slika, struktura rečenice, odgovaranje na pitanje „što želiš“ te spontano odgovaranje. Nema mnogo istraživanja temeljenih na evaluaciji uspješnosti programa PECS, no ona koja postoje (Charlop-Christy 2002., Magiati 2003., Howlin 2007.) govore o jednostavnosti primjene i razmjernoj uspješnosti (Bujas Petković i sur., 2010).

## **2.7. Didaktičko-metodički aspekti rada u odnosu na djecu s teškoćama**

U radu je već nekoliko puta istaknuto da se uključivanje djece s poremećajima spektra autizma temelji na načelima jednakosti i uvažavanja različitosti. U odnosu na to, autorica Bouillet (2010) ističe da je pri odabiru primjerenih didaktičko-metodičkih pristupa potrebno procijeniti sposobnosti, znanja, interese i posebne potrebe. Na temelju toga, pristup djetetu moguće je individualizirati i prilagoditi na razini percepcije, spoznaje, govora i na razini zahtjeva.

Kostelnik i sur. (2004; prema Bouillet, 2010) navodi da odgojitelji skloni provođenju prakse primjerene razvoju djeteta nastoje realizirati sljedeća načela:

- usmjerenost na dijete
- individualizacija programa na način da odgovara određenom djetetu
- shvaćanje važnosti ponašanja i aktivnosti koje dijete samo započinje
- prihvaćanje igre kao kvalitetnog načina učenja
- stvaranje promjenjivih i poticajnih okruženja
- naglašavanje pristupa učenju putem vlastitog iskustva djece
- dopuštanje djetetu da odabere način na koji će učiti

U odnosu na djecu s poremećajima spektra autizma, dobar metodički pristup temelji se na pretpostavci da je svaki zadatak potrebno razdijeliti na jednostavne i razumljive dijelove s jasnim ciljevima (Bouillet, 2010).

### **3. RODITELJI DJECE S POREMEĆAJEM SPEKTRA AUTIZMA**

Dykens i Hodapp (2001; prema Bukvić, 2011) smatraju da različite teškoće mogu predstavljati izazov za ponašanje roditelja koji utječu na roditeljsko funkcioniranje. Poznato je da se nesigurnost i depresivnost roditelja pojavljuje kad roditelji primijete da njihovo normalno dijete zaostaje ili gubi već stečene sposobnosti. Stres roditelja se povećava kako pitanja o nastanku i uzroku teškoće ostaju nerazjašnjena, a očekivanja za budućnost djeteta ostaju nepoznanica te je stoga roditeljima potrebno osigurati jasne informacije o ciljevima djece koja su uključena u školski sustav, razjasniti prava i obveze roditelja, a istovremeno uključiti roditelje u donošenje odluka (Trute, 2005; Nachen i sur., 2005; prema Bukvić, 2011).

Roditelji djece s teškoćama u razvoju često su izloženi brojnim stresnim situacijama, od spoznaje da im je dijete „drugačije“, preko njegovih čestih hospitalizacija do, katkad, spoznaje da će mu trebati cjeloživotna skrb. Takvi roditelji, cijelo svoje vrijeme posvećuju djetetu i njegovu razvoju te nemaju vremena misliti na sebe i svoje potrebe što dovodi do izgaranja i osjećaja frustracije. Neempatičnost i nepristupačnost stručnog tima te stavljanje tereta djetetove cjelokupne rehabilitacije na njih, roditeljima stvara osjećaj straha, potištenosti i nekompetentnosti. U svemu tome osjećaju se izgubljeno i često ne znaju kome se obratiti kako bi porazgovarali o svojim problemima. Zbog svega toga od velike je važnosti suradnja stručnjaka i roditelja pri čemu je roditelj partner, a ne samo klijent, u poticanju razvoja djeteta. Razvoj djeteta u velikoj je mjeri određen kontekstom u kojem ono odrasta.

Danas roditelji imaju ključnu ulogu u svim edukacijsko-rehabilitacijskim postupcima kroz koje prolazi njihovo dijete. Temelj ili preduvjet uspješne suradnje roditelja i edukacijsko-rehabilitacijskog stručnjaka, osim znanja rehabilitatora o autizmu i posebnim potrebama djece/osoba, te načinu njihova zadovoljavanja, jest i razumijevanje roditelja. Profesionalci od roditelja mogu naučiti mnogo o jedinstvenim potrebama svakog djeteta, ali i steći šire razumijevanje o iskustvu življenja s autizmom (Bujas Petković i sur., 2010).



Kako bi se roditelje pripremlilo na život s djetetom s poremećajem iz spektra autizma postoje savjetovališta za roditelje (individualni i grupni tretmani). Osnovni ciljevi edukacije roditelja su smanjiti štetno ponašanje članova obitelji, poboljšati kvalitetu obiteljskog odnosa i povećati adaptivne funkcije obitelji.

Osim profesionalne pomoći rehabilitatora, psihologa i drugih, najvažniju ulogu kod pomoći roditeljima ima obitelj. Istraživanje koje su proveli Leutar i Oršulić (2014) je pokazalo da su roditeljima važni svi oblici podrške: emocionalna, financijska, praktična i savjetodavna pomoć unutar obitelji, te da je supružnička podrška najvažnija i najizraženija. Nešto manje prisutna je podrška prijatelja i rodbine kao i zadovoljstvo roditelja takvom podrškom, a institucionalna podrška i podrška stručnjaka najmanje je zastupljena i nju roditelji najmanje traže i najmanje su njome zadovoljni.

Švel (2008) navodi kako su osobe s autizmom (time i obitelj) isključeni na raznim društvenim područjima zbog nedovoljnog obrazovanja ljudi o autizmu. Kao glavni pomak od takvog načina života, navodi da se mora ozakoniti izobrazba svih djelatnika koji na bilo koji način dolaze u kontakt s autistima uz posebnu nastavu, seminare i ispite kod nezavisnih stručnjaka za autizam (Švel, 2008).

#### **4. RAD ODGOJITELJA I BORAVAK DJECE S POREMEĆAJEM IZ SPEKTRA AUTIZMA U REDOVNOM PROGRAMU DJEČJEG VRTIĆA**

Službeni podaci govore da trenutno u sustavu predškolskog odgoja i obrazovanja ima samo oko 2 % djece s teškoćama u razvoju (Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. godine, Vlada RH, 2007). Djeca s teškoćama u razvoju borave kraće u dječjem vrtiću. Stručni suradnici vrtića timski promišljaju o obogaćivanju materijalno-organizacijskih uvjeta i unose promjene ako su potrebne za bolju adaptaciju djece s teškoćama u razvoju. Također, stručni tim je podrška odgojiteljima te u okviru ustanove organiziraju predavanja, radionice i stručne aktivne. Njihov cilj nije isključivo educirati, već poticati na promišljanje, osnažiti te razvijati nove vještine kod odgojitelja. Primarna zadaća u radu s djecom s teškoćama u razvoju je uspostavljanje pozitivnih vršnjačkih odnosa u skupini, a rehabilitacija se uglavnom ostvaruje izvan dječjeg vrtića. Da bi se uspješno ostvarila ta zadaća, u svakoj skupini u koju je uključeno dijete s teškoćama u razvoju nastoji se osigurati dodatni odgajatelj ('treći odgajatelj') ili asistent. Dodatni odgajatelj u skupini pomaže kod ostvarivanja inkluzije (Miloš i Vrbić, 2015).

Prije uspostavljanja prvog susreta s djetetom odgajatelj se putem stručne dokumentacije o djetetu, putem roditelja, ili drugih djetetu bliskih osoba, detaljnije upoznaje sa etiologijom, s poteškoćama djeteta, ali i s pozitivnim osobinama, njegovim interesima, potrebama i mogućnostima, te s uvjetima života u obitelji i izvan nje. Na taj način odgajatelj upoznaje dijete – stvara sliku o djetetu. Od odgajatelja se očekuje da bude dobar metodičar i didaktičar sa što bogatijim radnim iskustvom u radu s djecom predškolske dobi, da može prihvatiti dijete s poteškoćama i želi mu pomoći, da zna i može uočiti i iskoristiti sve pozitivne osobine djeteta, da stalno raščlanjuje svoje postupke, primjenjuje metode i oblike rada i pronalazi nove, da ne stigmatizira dijete, da bude spreman i sposoban da surađuje i radi u skupini stručnjaka razvojno-pedagoške službe i s roditeljima, da redovito radi na svom stručnom usavršavanju (Kuntarić, 1993).

Bouillet (2011) navodi kako se odgajatelji svakodnevno suočavaju s različitim izazovima jer moraju kreirati i provoditi programe koji će odgovoriti na najrazličitije potrebe djece u ranoj i predškolskoj dobi. Kompetencije odgojitelja koje u tome pomažu su: razumijevanje socijalnog i emocionalnog razvoja djece, razumijevanje individualnih razlika u procesu učenja djece, poznavanje tehnika kvalitetnog vođenja odgojne skupine, komunikacijske vještine (u odnosu s djecom, roditeljima, drugim stručnjacima i kolegama), poznavanje učinkovitih tehnika podučavanja, poznavanje specifičnosti pojedinih teškoća u razvoju i drugih teškoća socijalne integracije djece, sposobnost identifikacije teškoća u razvoju i drugih posebnih potreba, poznavanje didaktičko-metodičkih pristupa i planiranje prilagođenog kurikulumu, poznavanje savjetodavnih tehnika rada, praktično iskustvo u odgoju i obrazovanju djece s pojedinim teškoćama te spremnost na timski rad, suradnju i cjeloživotno obrazovanje.

Temeljna načela u radu s djecom s poremećajima autističnog spektra su: pomoći djetetu da savlada i nadomjesti osnovne teškoće koje su vezane uz simptome autizma, smanjiti ili otkloniti probleme ponašanja osobito u odnosu na stereotipije i rigiditet koje nalazimo gotovo u svim aspektima dječje ličnosti, povećati razinu socijalne kompetencije, razviti lingvističke motoričke i spoznajne sposobnosti, poticati usvajanje znanja na praktično-životnom i obrazovnom području, pomoći osobi s autizmom da ostvari kvalitetu življenja zadovoljenjem osnovnih potreba, prihvaćanjem uvažavanjem njegove ličnosti, poticati proces normalizacije integracije i inkluzije u svim njegovim aspektima, strogo poštovati proces individualizacije u izboru metodskog pristupa, sadržaja rada, rehabilitacijskih tehnika i uvjeta rada.

## ZAKLJUČAK

Iznimno je mnogo terapijskih postupaka i edukacijskih strategija koje se primjenjuju u tretmanu poremećaja spektra autizma. Najučinkovitijima su se pokazali sveobuhvatni programi edukacijsko-rehabilitacijskih strategija zahvaljujući kojima 95% osoba s autizmom ostaje živjeti u zajednici. Sve je više onih koji se zapošljavaju i vode neovisan život uz podršku specijaliziranih službi. Podrška okoline povećava osamostaljivanje i sposobnost sudjelovanja osobe s autizmom u svakodnevnim životnim aktivnostima.

U ovom radu navedeni su različiti programi koji mogu pomoći roditeljima, rehabilitatorima te odgojiteljima. Sve više djece se uključuje u redovne programe dječjeg vrtića te je zbog toga velika važnost u informiranosti odgojitelja. Ključni elementi profesionalnih kompetencija odgojitelja su suradnja s obitelji i stručnjacima, usklađivanje kurikulumu s individualnim potrebama djece, promicanje inkluzivne kulture u vrtiću i aktivno sudjelovanje odgojitelja u procjenama posebnih potreba djece. Kao budućeg odgojitelja zanima me rad s djecom s poremećajem iz autističnog spektra i rado bih prihvatila skupinu u kojoj je takvo dijete.

Stručnjaci u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma su ljudi koji se bave djecom sa čitavom svojom dobrom voljom, stručno obrazovani i dobro odabrani i pripremljeni za takav specifičan rad. Tu se posebno nalaže respektiranje djeteta, uvažavanje različitosti svakog pojedinca. Preduvjet je ozbiljno prilaženje svakom zadatku i radost koja proizlazi iz uspješnosti, kao i spremnost na ponekad razočaravajuću nemoć. Često puta i najbolja namjera i izuzetan trud nisu dovoljni za postizanje očekivanog. Ali uvijek treba imati na umu konačni cilj rada s djecom s poremećajem autističnog spektra, a to je poboljšanje kvalitete življenja zadovoljavanjem specifičnih potreba kroz pružanje primjerene podrške tj. maksimalno moguće postizanje kompetentnosti, autonomije, prihvaćenosti, uvažavanja – inkluzije.

## LITERATURA

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
2. Blažević K., Škrinjar J., Cvetko J. I Ružić, L. (2006). Posebnosti odabira tjelesne aktivnosti i posebnosti prehrane kod djece s autizmom. *Hrvat. Športskomed. Vjesn.*, 2006 (21), 70 - 83.
3. Bouillet, D. (2010). *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Školska knjiga.
4. Bouillet, D. (2011). Kompetencije odgojitelja djece rane i predškolske dobi za inkluzivnu praksu. *Pedagogijska istraživanja*, 8 (2), 323 – 340.
5. Bujas Petković Z., Frey Škrinjar i sur. (2010). *Poremećaji autističnog spektra: značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška*. Zagreb: Školska knjiga.
6. Bukvić, Z. (2011). Obiteljsko funkcioniranje, stres, depresija i samopoštovanje majki djece i adolescenata s mentalnom retardacijom. Magistarski rad. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
7. Buysse, V., Skinner, D. i Grant, S. (2001). Toward a definition of quality inclusion: perspectives of parents and practitioners. *Journal of early intervention*, 24 (2), 146 - 161.
8. Cvetko, J., Gudelj, M.-T., Hrgovan L. (2000). Inkluzija. *Diskrepancija*, 1 (1), 24 – 28.
9. Fisher, A.G., Murroy, E.A., Bundy, A.C. (1991). *Sensory integration: Theory and practice*. Philadelphia: F. A. Davis.
10. Friščić, D. (2016). *Terapijski postupci i edukacijske strategije za djecu s autizmom*. Sveučilište Sjever, Odjel za biomedicinske znanosti.
11. Greenspan, S.I., Lewis, D. (2004). *Program emocionalnog poticanja govorno-jezičnog razvoja: intenzivni program za obitelj, terapeute i edukatore*. Zagreb: Ostvarenje.
12. Guralnick, M. J., Hammond, M. A., Connor, R. T. i Neville, B. (2006). Stability, change, and correlates of the peer relationships of young children with mild developmental delays. *Child Development*, 77, 312 - 324.

13. Kuntarić, A. (1993). *Predškolski odgoj s programskim usmjerenjima njege, odgoja, zaštite i rehabilitacije djece predškolske dobi s poteškoćama u razvoju*. Zagreb: Ministarstvo kulture i prosvjete zavod za školstvo.
14. Leutar, Z., Oršulić, V. (2015). Povezanost socijalne podrške i nekih aspekata roditeljstva u obiteljima s djecom teškoćama u razvoju. *Revija za socijalnu politiku*, 22 (2), 153 - 176.
15. Mamić, D., Fulgosi Masnjak, R., Pintarić Mlinar, Lj. (2010). Senzorna integracija u radu s učenicima s autizmom. *Napredak*, 15 (1), 69 - 84.
16. Miloš, I., Vrbić, V. (2015). Stavovi odgajatelja prema inkluziji. *Dijete, vrtić, obitelj*, 20 (77/78), 60 - 63.
17. Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. godine. NN 63/07.
18. Remschmidt, H. (2009). *Autizam – Pojavni oblici, uzroci, pomoć*. Naklada slap.
19. Romstein, K. (2015). Procjenjivanje kvalitete inkluzivnog okruženja u institucijama predškolskog odgoja. *Napredak*, 156 (4), 401 - 421.
20. Šimleša S., Ljubešić M. (2009). Aspergerov sindrom u dječjoj dobi. *Suvremena psihologija*, 12 (2), 373 - 390.
21. Škrinjar, J. (2001). Autizam: osnovne značajke i specifičnosti potrebne podrške. *Dijete i društvo*, 3, 303 - 318.
22. Švel, B. (2006). *Priručnik za edukaciju i zaštitu osoba s autizmom*. Zagreb: Udruga za autizam Hrvatske.
23. Švel, B. (2008). *Autizam i socijalna isključenost u Hrvatskoj*. Zagreb: Udruga za autizam Hrvatske.
24. Terzin-Laub, N., Ivanec, D. (2012). Mozartov efekt – provjera hipoteze o pobuđenosti. *Suvremena psihologija*, 15 (1), 5 - 20.
25. UNESCO (2009). *Teaching Children with Disabilities in Inclusive Settings*. Bangkok: UNESCO Bangkok.

## MREŽNE STRANICE

1. Autizam – jednaki a različiti <https://autizamsite.wordpress.com/> (24.09.2017.)
2. Autism Canada <https://autismcanada.org/living-with-autism/treatments/non-medical/behavioural/son-rise-program/> (19.09.2017)
3. Udruga za autizam na adresi <https://www.udrugapogled.com> (02.09.2017)

## **BIOGRAFIJA**

Andrea Dreven rođena je 09.04.1996.godine u Varaždinu. Živi u Varaždinu. Završila je V.osnovnu školu u Varaždinu, a poslije osnovne škole upisala je Prvu gimnaziju u Varaždinu, prirodoslovno-matematički smjer. Nakon srednjoškolskog obrazovanja upisala je Sveučilišni studij Rani i predškolski odgoj i obrazovanje na Sveučilištu u Zagrebu, Odsjek u Čakovcu.



## IZJAVA

### o odobrenju za pohranu i objavu ocjenskog rada

kojom ja \_\_\_\_\_, OIB: \_\_\_\_\_, student Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, kao autor ocjenskog rada pod naslovom: Strategije podrške za djecu s poremećajem iz spektra autizma, dajem odobrenje da se, bez naknade, trajno pohrani moj ocjenski rad u javno dostupnom digitalnom repozitoriju ustanove Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i Sveučilišta te u javnoj internetskoj bazi radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu, sukladno obvezi iz odredbe članka 83. stavka 11. *Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju* (NN 123/03, 198/03, 105/04, 174/04, 02/07, 46/07, 45/09, 63/11, 94/13, 139/13, 101/14, 60/15).

Potvrđujem da je za pohranu dostavljena završna verzija obranjenog i dovršenog ocjenskog rada. Ovom izjavom, kao autor ocjenskog rada dajem odobrenje i da se moj ocjenski rad, bez naknade, trajno javno objavi i besplatno učini dostupnim:

**a) široj javnosti**

b) studentima i djelatnicima ustanove

c) široj javnosti, ali nakon proteka 6 / 12 / 24 mjeseci (zaokružite odgovarajući broj mjeseci).

*\*Zaokružite jednu opciju. Molimo Vas da zaokružite opciju a) ako nemate posebnih razloga za ograničavanje dostupnosti svog rada.*

---

Vrsta rada: a) završni rad preddiplomskog studija

b) diplomski rad

Mentor/ica ocjenskog rada:

\_\_\_\_\_

Naziv studija:

\_\_\_\_\_

Odsjek

\_\_\_\_\_

Datum obrane: \_\_\_\_\_

Članovi povjerenstva: 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Adresa elektroničke pošte za kontakt:

\_\_\_\_\_

U Čakovcu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(vlastoručni potpis studenta)

Ja, Andrea Dreven, izjavljujem da sam ovaj završni rad na temu Strategije podrške za djecu s poremećajem iz spektra autizma izradila samostalno uz vlastito znanje, pomoć stručne literature i uz pomoć svoga mentora.

Potpis: