

# Poremećaji autističnog spektra kod djece rane i predškolske dobi

---

**Grabar, Ella**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2024**

*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:147:904457>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-02-17**

*Repository / Repozitorij:*

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



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

**Ella Grabar**

**POREMEĆAJI AUTISTIČNOG SPEKTRA KOD DJECE  
PREDŠKOLSKE DOBI**

**Završni rad**

**Čakovec, rujan 2024.**

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

**Ella Grabar**

**POREMEĆAJI AUTISTIČNOG SPEKTRA KOD DJECE**  
**PREDŠKOLSKE DOBI**  
**ZAVRŠNI RAD**

**Mentor: doc. dr. sc. Tea Pahić**

**Čakovec, rujan 2024.**

## *Zahvala*

*Zahvaljujem svojoj mentorici doc.dr.sc. Tei Pahić na prenesenom znanju i smjernicama koje su mi pomogle kod pisanja ovog rada.*

*Za kraj ovog putovanja, želim se zahvaliti svima koji su me podržali na mom putu.*

*Veliko hvala curama s faksa, Tonka i Nika nezaboravni trenuci provedeni s vama, smijeh, avanture i zajednički trud obogatile su ove tri godine. Nikada vas neću zaboraviti!*

*Posebno hvala mojoj dragoj kolegici s posla, Valeriji. Tvoju neprocjenjivu pomoć i kreativne ideje uvijek ću pamtiti. Tvoja podrška i inspiracija su za mene od velike važnosti.*

*Hvala mom Luki, koji je bio moj superheroj tokom cijelog studija. Tvoj trud oko svakog isprintanog papira, isprintane skripte i poticaja cijenim i više nego što misliš. Bez tebe, sve bi bilo puno teže!*

*Moji roditelji i obitelj zaslužuju posebnu zahvalnost za beskonačnu podršku i motivaciju. Vaša vjera u mene bila je moj najveći oslonac. Mama i tata volim vas.*

*Ne smijem zaboraviti ni svoju dragu Ninu koja je uvijek bila uz mene, slušajući moje sviranje i pjevanje i pružajući podršku do kasno u noć. Tvoja prisutnost je bila neprocjenjiva i toga ću se uvijek sjećati.*

*Na kraju, hvala svim prijateljima i obitelji na podršci.*

*Bez svih vas, ovo putovanje ne bi bilo isto. Hvala vam što ste bili dio ove avanture i što ste je učinili nezaboravnom!*

## Sažetak

Pokazatelji poremećaja iz spektra autizma (PAS) najčešće se javljaju kod djece u predškolskoj dobi. Kroz povijest, djeca s PAS-a često nisu bila razumijevana od strane svoje okoline. Međutim, u posljednjem stoljeću došlo je do značajnih promjena u pristupu prema djeci s posebnim odgojno obrazovnim potrebama. Znanstvenici su prvotno smatrali da djeca koja pokazuju simptome poput povlačenja u sebe i favoriziranja samoće imaju shizofreniju, no kasnije su ove simptome izdvojili pod specifičan naziv - autizam.

Simptomi PAS-a najčešće se manifestiraju kao problemi u komunikaciji i socijalnoj interakciji te kroz repetitivna ili opsesivna ponašanja. Iako uzroci PAS-a nisu potpuno jasni, poznato je da se simptomi razlikuju od djeteta do djeteta, što zahtijeva individualizirani pristup svakom od njih. Kvalifikacija i sposobnost odgajatelja u prepoznavanju simptoma i zadovoljenju individualnih potreba djeteta ključni su za ovaj pristup. Stoga je neophodno da odgajatelji budu spremni na kontinuirano profesionalno usavršavanje.

Programi rane intervencije pružaju djeci strategije za prevladavanje trenutnih izazova te ih pripremaju za što samostalniji život putem odgojno-obrazovne podrške. Ovi programi omogućuju djeci da razviju vještine potrebne za samostalnost u odrasloj dobi, istovremeno pružajući potrebnu podršku tijekom odrastanja.

Ključne riječi: poremećaj iz spektra autizma (PSA), predškolska dob, rana intervencija

## Summary

Indicators of autism spectrum disorder (ASD) most commonly appear in preschool-aged children. Throughout history, children with ASD have often been misunderstood by their environment. However, significant changes in the approach to children with special educational needs have occurred in the last century. Initially, scientists believed that children exhibiting symptoms such as withdrawal and favoring solitude had schizophrenia, but later these symptoms were categorized under a specific term - autism.

ASD symptoms most commonly manifest as communication and social interaction issues, as well as repetitive or obsessive behaviors. Although the causes of ASD are not fully understood, it is known that symptoms vary from child to child, necessitating an individualized approach for each. The qualification and ability of educators to recognize symptoms and meet the individual needs of each child are crucial for this approach. Therefore, it is essential for educators to be committed to continuous professional development.

Early intervention programs provide children with strategies to overcome current challenges and prepare them for a more independent life through educational support. These programs enable children to develop skills necessary for independence in adulthood while providing the needed support during their development.

Keywords: autism spectrum disorder (ASD), preschool age, early intervention

## Sadržaj:

1. Uvod.....	7
2. Povijest poremećaja autističnog spektra .....	9
3. Poremećaji autističnog spektra.....	11
3.1. Autizam .....	11
3.2. Aspergerov sindrom .....	12
3.3. Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu (Hellerov sindrom).....	13
3.4. Pervazivni razvojni poremećaj - neodređen .....	13
4. Dijagnostika poremećaja autističnog spektra .....	14
5. Pristupi u radu s djecom s poremećajem autističnog spektra.....	18
5.1. Rana intervencija.....	18
5.2. Kognitivno – bihevioralna terapija.....	19
5.3. Terapija glazbom.....	19
5.4. Psihofarmakoterapija.....	20
5.5. TEACCH program .....	20
5.6. Terapija igrom .....	20
5.7. Kineziterapija .....	21
5.8. ABA .....	21
6. Kompetencije odgojitelja za rad s djecom rane i predškolske dobi uz dijagnozu poremećaja autističnog spektra .....	23
6.1. Stručne kompetencije .....	24
6.2. Pedagoške kompetencije .....	24
6.3. Osobne kompetencije .....	25
6.4. Suradnja i timski rad .....	25
6.5. Kontinuirano profesionalno usavršavanje .....	25
7. Zaključak.....	27
Literatura .....	28

## 1. Uvod

Tema ovog rada su poremećaji autističnog spektra (PAS) koji predstavljaju složenu grupu razvojnih poremećaja koji se manifestiraju kroz poteškoće u socijalnoj interakciji, komunikaciji te prisutnost ograničenih i ponavljajućih obrazaca ponašanja (HEMED, n.d.). Pojava ovih poremećaja obuhvaća različite stupnjeve težine, što može varirati od blage disfunkcije do teških oblika. Prepoznavanje i dijagnosticiranje PAS-a posebno je važno u predškolskoj dobi jer rani interventni pristupi mogu značajno utjecati na daljnji razvoj djeteta.

U posljednjim desetljećima, svijest o PAS-u značajno je porasla, što je dovelo do povećanja broja dijagnoza, ali i do unapređenja metoda dijagnostike i terapije. Međutim, unatoč napretku, izazovi u prepoznavanju simptoma kod vrlo male djece i dalje ostaju veliki. Djeca predškolske dobi su u kritičnoj fazi razvoja, gdje se osnovne vještine socijalne interakcije i komunikacije intenzivno razvijaju. Zato je važno razumjeti kako se PAS manifestira u ovoj dobnoj skupini kako bi se moglo pružiti adekvatnu podršku djeci i njihovim obiteljima.

Posljednjih nekoliko desetljeća bilježi se znatan porast prevalencije poremećaja iz autističnog spektra (PAS) u cijelom svijetu, a noviji podaci pokazuju da je učestalost ovog poremećaja veća od 1:100 (Cepanec i sur., 2015). Ove brojke upućuju na nužnost šireg razumijevanja i sustavne podrške za obitelji pogođene ovim poremećajem. U ovom kontekstu, ključnu ulogu igraju stručnjaci iz različitih područja – pedijatri, psiholozi, logopedi, radni terapeuti, edukacijski rehabilitatori i odgojno - obrazovni stručnjaci (odgojitelji) – koji zajedničkim radom mogu osigurati sveobuhvatni pristup u tretmanu i edukaciji djece s PAS-om.

Različiti pristupi i metode intervencije, kao što su terapije temeljene na primijenjenoj analizi ponašanja (ABA), razvojno-socijalni modeli poput Floortime-a, te različite logopedske i senzorne terapije, pokazuju varijabilne stupnjeve učinkovitosti, ovisno o individualnim potrebama djeteta. Rana dijagnostika, koja se idealno provodi prije treće godine života, omogućuje implementaciju ovih intervencija u najvažnijim fazama razvoja mozga, čime se može značajno poboljšati dugoročna prognoza (Cepanec i sur., 2015).

Također, socijalna uključenost i integracija djece s PAS-om u ustanove ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja predstavljaju izazov, ali i priliku za stvaranje inkluzivnog okruženja koje potiče raznolikost i prihvaćanje. Ovaj aspekt bavi se i istraživanjem politika i praksi u predškolskom odgoju koje omogućuju uspješnu inkluziju djece s PAS-om, kao i podrškom koju



vrtači i odgojitelji djece rane i predškolske dobi trebaju kako bi adekvatno odgovorili na specifične odgojno – obrazovne potrebe ove djece.

Kroz pregled relevantne literature i analizu različitih pristupa, cilj ovog rada je pružiti uvid u kompleksnu problematiku poremećaja autističnog spektra kod djece predškolske dobi. Ponuđene smjernice praktičnu primjenu služe kao doprinos boljem razumijevanju i podršci ovoj ranjivoj populaciji, omogućujući im da ostvare svoj puni potencijal u okruženju koje ih prihvaća i podržava.

## 2. Povijest poremećaja autističnog spektra

Kroz posljednjih je pedesetak godina poremećaj autističnog spektra prošao kroz razne promjene u definiciji i konceptualizaciji. Prema Lord i suradnici (2018) poremećaj je autističnog spektra u početku bio vrlo usko definiran i rijedak, dok je danas definiran mnogo bolje i opsežnije te je prepoznat kao vrlo raširen i prilično učestali. Unatoč tome, važno je naglasiti kako se opis njegovih temeljnih značajki nije mnogo promijenio do danas.

Evans (2013) navodi kako se pojam autizam prvi puta spominje kao jedan od simptoma shizofrenije koji se odnosio na povlačenje u tzv. svijet fantazije, a prvi ga koristi psihijatar Eugen Bleuler 1908. godine. Bujas Petković (2000) spominje kako je Kanner 1943. uočio i opisao zajedničke karakteristike djece s poremećajem autizma, koji je nazvao infantilni autizam. Ovaj naziv odabrao je zbog činjenice da se poremećaj javlja u ranom djetinjstvu i zbog deficita u komunikaciji. Smatrao je da su osnovni simptomi autizma nemogućnost djeteta da uspostavi normalne odnose s ljudima i stvarima, zakašnjeli razvoj govora i nekomunikativna upotreba govora, ponavljajuće i stereotipne igre, opsesivno inzistiranje na određenom redu, nedostatak mašte, dobro mehaničko pamćenje te normalan tjelesni izgled. Također, Kanner je prema Wolff (2004) primijetio da je autizam nejednako zastupljen među spolovima, odnosno da se češće javlja kod dječaka, kod 5 od 11 djece je primijetio povećan opseg glave i naglašava razliku od shizofrenije. 1944. Asperger se susreće s nizom slučajeva, većinom dječaka, kod kojih uočava njihove poteškoće u socijalnim interakcijama i povlačenje, neobično ponašanje, emocionalni problemi, ponavljajuće i ritualizirano ponašanje, poteškoće s učenjem i koncentracijom, ali i iznimne talente, navode Ousley i Cermak (2014). Važna je i 1947. godina kada Bander opisuje dječju shizofreniju kao sličnu shizofreniji odraslih, barem prema simptomima, ali i 1955. godina kada Rank u terminologiju uvodi pojmove „atipično dijete“, „atipična psihoza“ i „atipični razvoj“ (Bujas Petković i sur., 2010).

Tijekom šezdesetih i sedamdesetih godina prošlog stoljeća, prema Geschwind (2009), autizam se nekad smatrao oblikom psihoze slične dječjoj shizofreniji, a prevladavalo je mišljenje da je ovo stanje uvelike povezano s roditeljskim stilovima. Iako je rano prepoznato da određena rijetka genetska ili biomedicinska stanja mogu dovesti do autizma, sugerirajući da poremećaj nije uzrokovan vanjskim faktorima, biomedicinsko podrijetlo autizma nije bilo prihvaćeno sve do 1980-ih, kada je autizam klasificiran kao razvojni poremećaj, jer ga do tada APA i WHO nisu prepoznale kao zasebnu dijagnostičku kategoriju.

1967. godine u osmoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-8; prema Ousley i Cermak, 2014), u grupu se shizofrenije svrstava i infantilni autizam. Zatim se kroz desetak godina u devetoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-9; prema Ousley i Cermak, 2014) specificira pojam infantilnog autizma, ali i podtipove psihoze s podrijetlom specifičnim za djetinjstvo - infantilni autizam, dezintegrativnu psihozu, ostalo i nespecificirano. S druge strane, kako navode Ousley i Cermak (2014), u drugom izdanju Dijagnostičkog i statističkog poremećaja za mentalne poremećaje (DSM-II) navodi se shizofrenija, tip djetinjstva, dok se u trećem izdanju (DSM-III) uvode infantilni autizam i pervazivni razvojni poremećaji s početkom u djetinjstvu kao podtipovi u dijagnostičku kategoriju pervazivni razvojni poremećaji (Ousley i Cermak, 2014). Revizija ovog istog priručnika 1987. godine u svoje dijagnostičke kategorije uvrštava i autistični poremećaj te pervazivni razvojni poremećaj (APA, 1987; prema Bujas Petković i sur., 2010). U četvrtom izdanju DSM-a izdanom 1994. godine, prema Sharma i sur. (2018), uključeno je pet pervazivnih razvojnih poremećaja - autistični poremećaj, Aspergerov sindrom, pervazivni razvojni poremećaj - nespecificirani, Rettov sindrom i dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu. U petom i posljednjem izdanju iz 2013. godine, DSM-V uvodi pojam poremećaji iz autističnog spektra (PAS) koji objedinjuje autistični poremećaj, Aspergerov sindrom, pervazivni razvojni poremećaj – nespecificirani i dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu u jednu kategoriju, dok Rettov sindrom nije uključen jer se smatra neurološkim poremećajem (Hodges i sur., 2020).

### 3. Poremećaji autističnog spektra

Iako se u svakodnevnoj komunikaciji često može čuti za sve poremećaje iz autističnog spektra da su autizam, autizam je zapravo uz Aspergerov poremećaj, dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu (Hellerov sindrom) te neodređeni pervazivni razvojni poremećaj, poremećaj koji pripada u skupinu pervazivnih razvojnih poremećaja koji su karakteristični za ranu dječju dob (Nikolić i sur., 2005).

Kod velikog se broja osoba s ovim poremećajem pojavljuju karakteristična obilježja PAS-a, no bez obzira na to, on se naziva heterogenim poremećajem zato što ne postoje točno određeni uzroci koji bi doveli do manifestacije simptoma (Tarbox i sur. 2004). Prema znanstvenicima koji proučavaju PAS, uzroci istog mogu biti veoma različiti – počevši od genetskih čimbenika do oštećenja moždanih struktura ili funkcija, biokemijske različitosti u mozgu, pa čak i okolinskih čimbenika. Ono što još doprinosi heterogenosti ovih poremećaja je i kognitivno funkcioniranje. Prema istraživanju koje su proveli Braid i sur. 2006. godine, a čije istraživanje spominju Chaste i Leboyer (2012), primijećeno je da čak 25 do 35 posto ispitanika s PAS-om je urednog kognitivnog funkcioniranja.

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, MKB-10 (Mediatelly, 2024), svi navedeni poremećaji spadaju pod mentalne poremećaje i poremećaje ponašanja (koji obuhvaća sve poremećaje koji se nalaze pod šiframa od F00 do F99), odnosno, poremećaje psihološkog razvoja (svi poremećaji koji se nalaze pod šiframa od F80 do F89). Pervazivni razvojni poremećaj nalazi se pod šifrom F84, a pod njega spadaju dječji autizam (F84.0), atipičan autizam (F84.1), Rettov sindrom (F84.2), drugi disintegrativni poremećaj djetinjstva (F84.3), poremećaj hiperaktivnosti povezan s mentalnom retardacijom i stereotipnim pokretima (F84.4), Aspergerov sindrom (F84.5), drugi pervazivni poremećaji razvoja (F84.8) i pervazivni poremećaj razvoja, nespecifičan (F84.9).

#### 3.1. Autizam

Riječ autizam dolazi od grčke riječi authos, što bi prevedeno značilo sam. Bujas Petković i sur. (2010) navode kako su glavne značajke autizma slaba ili nikakva socijalna interakcija i komunikacija te ograničeni i ponavljajući obrasci ponašanja. Nadalje, Nikolić (2010) smatra da je ono što autizam čini specifičnim manjkavost, točnije nedovoljna socijalna razvijenost pojedinca, ali i značajna odstupanja psihofizičkih sposobnosti od prosječne osobe. Postoje dvije podvrste autizma i one su objašnjene u nastavku, međutim i kod osoba koje imaju istu dijagnozu postoje velike oscilacije u simptomima i manifestaciji istih.

Autizam u djetinjstvu definiran je kao prisutnost nenormalnog razvoja koji se očituje do treće godine, iako su prvi znakovi autizma potencijalno vidljivi već u dojenačkoj dobi. Dijete s ovom dijagnozom (F84.0) nenormalno funkcionira u trima područja empatije – uzajamnom socijalnom međuodnosom, komunikaciji i ograničenom, ponavljajućem ponašanju (Bujas Petković i sur., 2010).

Atipičan autizam specifičan je po tome što se javlja nakon treće godine djetetova života, ali i po tome što nema toliko dubok poremećaj ličnosti kao kod autizma. Iako je po simptomima vrlo sličan autizmu, razlika je u tome što ima atipičnu dob oboljevanja (kada su svi simptomi jednaki autizmu, ali su prepoznatljivi nakon treće godine) ili atipičnu simptomatiku - kada su simptomi vidljivi i prije treće godine, ali ne odgovaraju u potpunosti autizmu, pa se kod ove dijagnoze kod pacijenata često javlja snižen IQ, zbog čega se ovaj podtip često smatra sniženom inteligencijom uz autistična obilježja (Bujas Petković i sur., 2010).

### 3.2. Aspergerov sindrom

Šimleša i Ljubešić (2009) definirale su Aspergerov sindrom kao razvojni poremećaj koji pripada grupi pervazivnih razvojnih poremećaja, a karakteriziraju ga „brojne poteškoće vezane uz socijalne interakcije, poteškoće komunikacije, uski i specifični interesi, iako se radi o populaciji prosječne ili iznadprosječne inteligencije i dobrih ekspresivnih jezičnih sposobnosti. Navedene “jake strane” su ujedno i glavna obilježja koja ih razlikuju od autizma.“ Uz autizam, Aspergerov je sindrom najpoznatiji u svojoj dijagnostičkoj kategoriji.

Specifični simptomi koji se javljaju kod Aspergerova sindroma su teškoće u socijalnoj interakciji, iako djeca s ovom dijagnozom imaju razvijenu privrženost, „komunikaciji, suženi interesi i ponašanja koja vidamo kod djece s autizmom, ali ne postoje klinički značajna odstupanja u ekspresivnom i receptivnom jeziku, inteligenciji, vještinama samopomoći te znatiželji za okolinu. Motorička nespretnost je uglavnom tipična za navedeno stanje, premda nije nužna za dijagnozu istog“ (Šimleša i Ljubešić, 2009).

Djeca dijagnozu Aspergerova sindroma dobivaju kasnije nego li je to kod autizma, najčešće oko šeste godine života. Na temelju radova znanstvenika iz 90-ih godina 20. stoljeća, Baron – Chopen (prema Šimleša i Ljubešić, 2009) 2000. godine dolazi do zaključka kako se za ljude s dijagnozom Aspergerova sindroma i visokofunkcionalnog autizma ne bi smjelo reći da imaju poremećaj, već da je riječ o stanju (neuro)različitosti.

### 3.3. Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu (Hellerov sindrom)

Dezintegrativni poremećaj, koji se obično manifestira između treće i pete godine života, karakterizira naglo pogoršanje psihičkih funkcija nakon perioda normalnog razvoja. Ovaj poremećaj prvi je opisao austrijski neuropsihijatar Theodor Heller 1908. godine, nazivajući ga dementia infantilis, zbog čega je do danas zadržan i naziv Hellerov sindrom (Remschmidt, 2009).

Ovaj je poremećaj vrlo težak, iako je rijedak. Može se pojaviti nakon što dijete preboli ospice, a moguće ga je povezati i s cerebralnim oštećenjem ili psihosocijalnim stresom. Kao i prethodno navedeni poremećaji, učestaliji je kod dječaka. Prema Remschmidt (2009) manje od četvrtine djece s ovim sindromom može govoriti, a polovica ostaje doživotno nijema. Navodi i da su simptomi postanak nezainteresiranosti za okolinu, gubitak reakcija na vanjske stimulanse, sadržajno osiromašivanje govora ili njegov gubitak, nemogućnost razumijevanja tuđeg govornog sadržaja. Djeca također mogu postati razdražljiva, izgubiti stečenu kontrolu nad sfinkterima ili pokazivati znakove uobičajene za demenciju.

### 3.4. Pervazivni razvojni poremećaj - neodređen

Ova dijagnoza postavlja se kada kod djeteta postoje simptomi koji ukazuju na to da ima dijagnozu iz kategorije F84 – Pervazivni razvojni poremećaji, međutim nije moguće konkretno odrediti koju dijagnozu dijete ima jer ne pokazuje sve simptome karakteristične za neki od poremećaja.

#### 4. Dijagnostika poremećaja autističnog spektra

Kod postavljanja dijagnoze poremećaja autističnog spektra važna je multidisciplinarnost (Cepanec i sur., 2015). Odstupanja u razvoju najčešće prvo primjećuju roditelji – primjerice ukoliko dijete do godine dana ne uspostavlja kontakt očima ili ne reagira ako ga zovnu imenom, to pokazuje na određena odstupanja u razvoju tog djeteta. U ostatku rane dobi djetinjstva, moguće da roditelji primijete kako dijete kasni u govornom razvoju ili koristi neka stereotipna ponašanja, primjerice vrti kotače na automobilu stalno u istu stranu. Međutim, navedena ponašanja ne moraju značiti da dijete ima neki od poremećaja autističnog spektra. Stručno mišljenje potrebno je potražiti ukoliko se povećava intenzitet takvih ponašanja ili neko od tih ponašanja ometa funkcioniranje djeteta (Tarbox i sur., 2014).

Kako navode Cepanec i sur. (2015), ukoliko postoji sumnja na bilo koji od poremećaja iz spektra autizma, roditelji se najčešće javljaju pedijatru koji ih prema potrebi upućuje na dodatne pretrage, ali i drugim stručnjacima različitih profila – logopedu, psihologu, neuropedijatru, dječjem psihijatru. Dijagnostika se radi na osnovi djetetove anamneze i promatranja djeteta u različitim situacijama, međutim, potpuna anamneza djeteta samo je jedan od faktora važnih kod postavljanja dijagnoze – važno je napomenuti i djetetov ritam hranjenja i spavanja, na koji način se ponašanje djeteta promijenilo, kako se dijete igra i komunicira. Kod neurološkog pregleda, djetetu se radi EEG odnosno prati se električna aktivnost njegova mozga te se ona grafički bilježi (Cepanec, Šimleša, Stošić, 2015).

U pravilu, prema Nikolić (2000), u dijagnostici PAS-a sudjeluju psihijatar, psiholog i defektolog, svaki iz svog kuta gledišta, uzimajući u obzir rezultate ispitivanja svakog stručnjaka. Tijekom pregleda se promatra djetetovo ponašanje, uključujući prisutnost ili odsutnost samopovređivanja, verbalnu i gestovnu komunikaciju te njihov tip i kvalitetu, kao i djetetovu sposobnost za igru, socijalnu interakciju i imitaciju. U dijagnostičkom procesu, kako bi se bolje razumio mentalni život i funkcioniranje djeteta u njegovom okruženju, važno je saznati raniji kontekst u kojem su se pojavili prvi simptomi (Nikolić, 2000). Bujas Petković i sur (2010) zaključuju da dijagnoza autizma podrazumijeva identifikaciju skupine simptoma koji ga razlikuju od drugih sličnih poremećaja, poput dječje shizofrenije, razvojnih govornih smetnji, mentalne retardacije, naglušnosti, ali i od onoga što nazivamo normalnost.

Kriteriji za dobivanje dijagnoze nekog od poremećaja autističnog spektra nisu se mnogo promijenili od Kannerova do danas. Najbitnija promjena jest to da je danas priznato to da djeca

koja imaju dijagnozu autizma u djetinjstvu često imaju i različite stupnjeve intelektualnog oštećenja (Bujas Petković, 1995).

Gotovo svi sustavi kojima se utvrđuje dijagnoza i dalje su bazirani na kriterijima koje je 1943. godine postavio Kanner - nemogućnost djeteta da uspostavi normalne kontakte s ljudima; zakašnjeli razvoj govora i uporaba govora na nekomunikativan način; ponavljajuće i stereotipne igre i opsesivno inzistiranje na poštovanju određenog reda; nedostatak mašte; dobro mehaničko pamćenje; normalan tjelesni izgled, navode Bujas Petković i sur. (2010).

Jedna od najstarijih ljestvica koje su se koristile kod dijagnosticiranja PAS-a, prema Bujas Petković i sur. (2010) je Creakova nine-point ljestvica iz 1963. godine koja je sadržavala 14 točaka od kojih je bilo potrebno zadovoljiti barem 9 da bi se postavila dijagnoza. Danas se ova ljestvica gotovo i ne primjenjuje, osim kod postavljanja početne radne dijagnoze, zato što je osim tri osnovna područja nesposobnosti zadržavala i točke koje ukazuju na dječju shizofreniju.

Rutter (prema Bujas Petković, 1995) je autizam označio s četiri ključna kriterija. Oni su kasnije postali osnova dijagnostičkih kriterija Međunarodne klasifikacije bolesti i ozljeda, ali i dijagnostičkih kriterija u DSM klasifikacijama. Prema Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010), Rutterovi dijagnostički kriteriji su oštećenje socijalnog razvoja s brojnim posebnim karakteristikama koje odstupaju od djetetove intelektualne razine, zakašnjeli i izmijenjeni razvoj jezika i govora s određenim specifičnostima, a koji odstupa od djetetove intelektualne razine, inzistiranje na jednoličnosti, što se očituje u stereotipnim oblicima igre, abnormalnim preokupacijama ili u otporu promjenama, pojava poremećaja do dobi od 30 mjeseci.

Lord i suradnici (2018) navode kako su dva ključna elementa kod dijagnosticiranja PAS-a uzimanje djetetove razvojne povijesti kod skrbnika te promatranje djetetove interakcije sa skrbnicima i nepoznatim osobama. Prema načinu primjene instrumenata razlikujemo intervjue s roditeljima ili skrbnicima, izravno promatranje ponašanja od strane kliničara te kombinaciju ova dva pristupa. Dijagnoze koje se temelje na kombiniranom promatranju od strane liječnika i izvješćima roditelja ili skrbnika konzistentno su pouzdanije.

Prema Sharma i suradnici (2018), kod PAS-a dolazi do preklapanja simptoma s drugim psihijatrijskim poremećajima, stoga je od neizmjerne važnosti koristiti odgovarajuće instrumente za dijagnosticiranje. Kod dijagnostike PAS-a standardom smatraju dva instrumenta. Prvi od njih je 2003. je razvio Lord sa suradnicima i nazvao ga je ADOS (Autism Diagnostic Observation Scale), a drugi je razvijen iste godine od strane Ruttera i suradnika i nazvan je ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised). U današnjoj dijagnostici koristi se



drugo izdanje ADOS-a odnosno ADOS-2. Dijagnoza PAS-a može se postaviti već u dobi od 15 mjeseci, međutim prosječna je dob dobivanja dijagnoze 4,5 godina (Lord i sur., 2018). Intervjui koji se provode sa skrbnicima kod dijagnosticiranja PAS-a se razlikuju, a nazivaju se Razvojni, dimenzionalni i dijagnostički intervju (3D), Dijagnostički intervju za autizam – revidirani (ADI-R), Dijagnostički intervju za Aspergerov sindrom (ASDI), Dijagnostički intervju za socijalne i komunikacijske poremećaje (DISCO), Poremećaj autističnog spektra – Dijagnostička ljestvica za odrasle osobe s intelektualnim teškoćama (ASD-DA) te Intervju o autističnom ponašanju (ABI).

Sharma i sur. (2018) 3D intervju opisuju kao „istraživački intervju sa skrbnicima obuhvaća 740 stavki. Od tih stavki, 183 se odnosi na demografsku pozadinu, 266 na procjenu simptoma PAS-a, a 291 na ispitivanje mogućeg komorbiditeta s drugim poremećajima.“ Odgovori se ocjenjuju na ljestvici od 0 (bez dokaza o poremećenom ponašanju) do 2 (jasni dokazi takvog ponašanja). Procjena traje oko dva sata i prikladna je za sve uzraste.

ADI-R je polustrukturirani intervju u kojem se nalaze 93 stavke koje procjenjuju ponašanja u različitim dobima. Dijelovi intervjuja uključuju recipročnu društvenu interakciju, jezik i komunikaciju, stereotipna ponašanja ili interese koji se ponavljaju te kriterij dobi početka. Boduje se od 0 do 3, uz dodatne mogućnosti bodovanja. (Vllasaliu i sur., 2016). Ovaj se intervju primjenjuje samo kod osoba s najmanjom mentalnom dobi od dvije godine.

ASDI sadrži svega 20 stavki koje su podijeljene u kategorije verbalnih i govornih problema, problema neverbalne komunikacije, oštećenja u društvenoj interakciji, ograničenih interesa, rutina i motoričke nespretnosti. Boduje se od 1 do 3. Da bi dobio dijagnozu, potrebno je da pojedinac ima maksimalan rezultat za barem jednu stavku u svakoj skupini, izuzev u kategoriji verbalnih i govornih problema gdje je potrebno da ima maksimalan rezultat u tri stavke i u kategoriji problema neverbalne komunikacije, u kojoj je maksimalan rezultat potreban u dvije stavke, navode Vllasaliu i sur. (2016).

DISCO je intervju namijenjen djeci i odraslima koji imaju problema u socijalnoj interakciji i komunikaciji (Smolić Ročak, 2013). Iako sadrži 300 pitanja, tek se njih 93 uzima u obzir kod postavljanja dijagnoze. Ostalih se 38 pitanja odnosi na smetnje u socijalnoj komunikaciji, 15 na smetnje u komunikaciji, a 29 na stereotipna ponašanja. Boduje se bodovima od 0 do 2, pri čemu niži bodovi ukazuju na ozbiljniji problem prema Sharma i suradnici (2010).

ASD-DA se koristi za razlikovanje osoba s intelektualnim teškoćama i PAS-om od osoba samo sa intelektualnim teškoćama (Vllasaliu i sur., 2016). Moguće ga je provoditi kod osoba starijih

od 16 godina. Ovaj intervju pokriva tri ključna deficita - socijalno oštećenje, oštećenje u komunikaciji i ograničene interese. Sastoji se od 31 stavke koje se boduju sa 0 ili 1. Da bi se kod osobe postavila dijagnoza PAS-a, rezultat mora biti jednak ili veći od 19.

ABI se sastoji od 28 subskala, koje pokrivaju niz primjerenih i neprikladnih ponašanja. Boduje se na skali od 0 do 3.

## 5. Pristupi u radu s djecom s poremećajem autističnog spektra

Djeca s poremećajem iz spektra autizma manifestiraju različite simptome, stoga je važno da obitelj odabere tretman koji je najbolje prilagođen djetetovim potrebama. Moguće je kombinirati više tretmana istovremeno, ali je ključno paziti da se dijete ne optereti i pažljivo pratiti njegove želje i mogućnosti. Svaka od niže objašnjenih terapija je vrlo specifična i zahtijeva pristup prilagođen individualnim potrebama djeteta.

### 5.1. Rana intervencija

Prema Bujas Petković i sur. (2010) postoji 5 prioriteta u programima rane intervencije kod rada s djecom iz PAS-a, a to su:

- Funkcionalna komunikacija (koja je najvažniji program za djecu i osobe iz područja PAS-a)
- Podučavanje u različitim kontekstima (uključuje ranu intervenciju u domu djeteta, ustanovi RPOO i inkluzivnim uvjetima; provodi se kroz tri ključna aspekta rane intervencije, a to su dobro razrađeni i definirani planovi podučavanja i razvoja vještina, kontinuirano praćenje djetetova razvoja i prilagodba sadržaja istom te primjenjivanje vještina koje omogućuju funkcioniranje u dnevnim rutinama u djetetovom okruženju)
- Podučavanje igre s naglaskom na interakciji s vršnjacima i pravilnom korištenju igraćaka (uključuje učenje djeteta igrama koje su prilagođene njegovim specifičnim potrebama, važno je osmisliti i planirati zajedničke aktivnosti koje će služiti kao osnova za razvoj socijalnih i komunikacijskih vještina)
- Podučavanje koje obuhvaća generalizaciju i održavanje kognitivnih ciljeva u prirodnom kontekstu (djeca trebaju sudjelovati u aktivnostima koje ih podučavaju, a najbolje rezultate postiže podučavanje unutar prirodnog okruženja, gdje im se omogućuje izbor i koriste intrinzične nagrade kroz pristup koji potiče djetetovu generalizaciju i motivaciju. Generalizacija se razvija kroz funkcionalne vještine koje su primjenjive u svakodnevnim situacijama i rutinama, kao i kroz vještine koje se koriste u različitim aktivnostima i okruženjima tokom dana)
- Pozitivan pristup nepoželjnim ponašanjima (uključuje funkcionalnu analizu ponašanja, razvoj plana za podučavanje prikladnih i funkcionalnih vještina, kao i pronalaženje alternativnih ponašanja koja mogu zamijeniti nepoželjna ponašanja)

Isti autori navode kako je program rane intervencije osmišljen da bi pomogao djeci s poremećajima ponašanja, uključujući poremećaje iz spektra autizma, u njihovom psihičkom,

fizičkom i socijalnom razvoju, te njihovim obiteljima koje igraju ključnu ulogu u poticanju tog razvoja. Ciljevi ovog programa su podržati obitelji u poticanju razvoja djece, potaknuti razvoj djece na određenim područjima i prevenirati buduće poteškoće. Rana uključenost u ovakve programe donosi znatno bolje rezultate. Istraživanja su pokazala da razvijanjem komunikacijskih vještina dolazi do značajnog smanjenja nepoželjnih ponašanja i povećanja sposobnosti djece za interakciju s vršnjacima.

## 5.2. Kognitivno – bihevioralna terapija

Kognitivno - bihevioralna terapija je psihoterapijska intervencija koja se pokazala korisnom za niz psihijatrijskih poremećaja kao što su anksioznost, depresija, opsesivno – kompulzivni poremećaj (Tešija, 2019). Osim što je KBT prikladna za navedene poremećaje, koristi se i kod osoba s PAS-om zbog učinka na osnovnu bolest. Međutim, također djeluje na komorbiditete – anksioznost i depresiju. Ovaj terapijski program uključuje psihoedukaciju, socijalni trening za razvoj socijalnih vještina, upute za samopomoć i visokostrukturirana vizualna pomagala. CBT mora biti prilagođena osobama s PAS kako bi se izbjegla negativna interferencija prisutnih simptoma, kao što su poteškoće u prepoznavanju i razumijevanju vlastitih i tuđih misli i osjećaja, s terapijskim protokolima. Terapija se može provoditi individualno, uz prisustvo člana obitelji, ili u većim grupama. Individualna terapija omogućava bolju prilagodljivost i personalizaciju specifičnim potrebama pacijenta, dok grupna terapija potiče bolju socijalnu interakciju, dijeljenje iskustava, prihvaćanje sebe te bolji uvid u pozitivne i negativne aspekte PAS-a. Nedavni pregled 48 istraživanja pokazao je da CBT značajno poboljšava komunikaciju, socijalne vještine, kogniciju i percepciju facijalnih emocija kod djece i adolescenata, ali ne i kod odraslih osoba s PAS-om (Sharma i sur., 2018).

## 5.3. Terapija glazbom

Terapija glazbom može biti vrlo djelotvorna kod osoba s PAS-a jer utječe na promjene u strukturnoj i funkcionalnoj povezanosti korteksa. Osobe s PAS-om često zadržavaju, pa čak i posjeduju pojačani osjećaj za muzikalnost te su sposobne interpretirati i reagirati na emocije izražene u glazbi, iako to nisu u mogućnosti postići kroz govor. Kratkoročno i dugoročno slušanje, kao i stvaranje glazbe, dovode do promjena u vezama između multisenzornih i motoričkih puteva. Kontinuirana izloženost glazbi može također uzrokovati formiranje veza između udaljenih, ali funkcionalno povezanih dijelova mozga, koji sudjeluju u kognitivnim, senzorno-motornim i emocionalnim procesima te integraciji informacija. Stoga, čini se da bi glazba trebala biti ključni element terapijskog pristupa osobama s PAS-om (Sharma i sur., 2018)

#### 5.4. Psihofarmakoterapija

Za poremećaje autističnog spektra trenutno ne postoji lijek, ali psihofarmakoterapija se često koristi za ublažavanje simptoma poput hiperaktivnosti, agresije i psihomotorne agitacije (Šafarić, 2018). Lijekovi ne utječu izravno na inteligenciju, već mogu poboljšati sposobnost učenja i učinkovitost terapija. Međutim, nije moguće odvojiti učinak lijekova od drugih terapija koje se primjenjuju paralelno, navode Bujas Petković i suradnici (2010).

Antipsihotici, posebice atipični, najčešće se koriste kod djece s autizmom za kontrolu nepoželjnih ponašanja poput agresije i hiperaktivnosti. Uporaba antipsihotika mora biti pažljivo praćena i individualno dozirana. Neki od korištenih antipsihotika su: Risperidon, Kvetiapin, Olanzapin, Ziprasidon, Aripiprazol, Klozapin, Haloperidol i Levopromazin.

Prema Šafarić (2018), antidepresivi, posebno noviji koji djeluju na serotonin, koriste se kod djece za smanjenje simptoma autizma. Preporučeni antidepresivi uključuju: Fluoksetin, Fluvoksamin, Sertralin i Mirtazapin.

Vitaminska terapija također pokazuje terapeutsko djelovanje, osobito vitamin B6, često u kombinaciji s vitaminom C i magnezijem. Folna kiselina i folati preporučuju se dječacima s autizmom i fragilnim X-kromosomom. Efikasna psihofarmakoterapija zahtijeva liječenje uzroka, a ne samo simptoma (Šafarić, 2018).

#### 5.5. TEACCH program

Prema Bujas Petković i sur. (2010), TEACCH program je jedan od najopsežnijih za dijagnostiku, procjenu sposobnosti i deficita te terapiju djece i odraslih s autizmom. Fokus je na kontinuiranoj procjeni koja omogućava kreiranje individualizirane terapije i obrazovanja. Ciljevi programa uključuju izobrazbu djece, usvajanje školskih znanja i vještina za one koji su za to sposobni, poboljšanje adaptacije, učinkovitosti učenja, govora i komunikacije te razvijanje socijalizacije. Program se stalno prilagođava djetetovoj dobi, intelektualnim sposobnostima, psihičkom stanju, interesima i deficitima (Bujas Petković, 1995).

#### 5.6. Terapija igrom

Terapija igrom je dio obrazovnog programa vođenog terapeutom, s jasno definiranim početkom i završetkom. Prvi korak je procjena stanja pojedinca i njegove interakcije s okolinom, uzimajući u obzir motoričke sposobnosti, način komunikacije i interese. Važno je uključiti obitelj u procjenu interesa i iskustava, te uzeti u obzir njihova očekivanja i zanimanje za motoričke aktivnosti u slobodno vrijeme (Young, 2010).

Kreativni voditelji aktivnosti mogu potaknuti sudjelovanje djece kroz česte promjene sadržaja, radne stanice i organizirane prijelaze između stanica, čime se može poboljšati pažnja i koncentracija. Djeca s autizmom, unatoč razvojnim specifičnostima, imaju istu potrebu za tjelesnom aktivnošću kao i druga djeca. Dobro vođeno tjelesno vježbanje može značajno potaknuti razvoj socijalizacije, što je područje gdje su najviše pogođeni. Tjelesno vježbanje je stoga ključan dio poticanja razvoja, rehabilitacije i edukacije djece s autizmom (Pappas i sur., 2010).

### 5.7. Kineziterapija

Kineziterapija, kao dio tretmana autistične djece, koristi se već duže vrijeme i postaje sve važnija u terapiji djece i odraslih s autizmom. Ima pozitivne učinke na smanjenje hiperaktivnosti, agresije, autoagresije i destruktivnog ponašanja te smanjuje stereotipije. Kineziterapija također povoljno utječe na normalan rast, razvoj i zdravstveni status osoba s autizmom (Blažević i sur., 2016).

### 5.8. ABA

Prema Foxx (2008), skraćenica ABA dolazi od primijenjene analize ponašanja, što se odnosi na terapiju koja koristi opće zakone ponašanja i procese učenja za poticanje željenih ponašanja i smanjenje nepoželjnih. ABA terapija se primjenjuje za proširenje vokabulara, poboljšanje komunikacijskih vještina, fokusa, socijalnih vještina i pamćenja. Koristi različite tehnike temeljene na uzrocima ponašanja i posljedicama, kao što su diskretno ispitivanje, učenje kroz usputnu poduku u prirodnom okruženju, verbalno ponašanje, obuka ključnih odgovora te paradigma prirodnog jezika. Pozitivno potkrepljivanje je ključna tehnika, gdje se nakon pozitivnog ponašanja pruža nagrada. ABA terapija može pomoći djeci u učenju novih vještina te rješavanju problematičnih ponašanja kroz funkcionalnu procjenu ponašanja (Yu i sur., 2020).

Foxx (2008) navodi da se diskretno probno učenje temelji na ideji da praksa pomaže djetetu u savladavanju vještine. Ova terapija koristi metodu učenja jedan na jedan i uključuje intenzivno učenje specifičnih ponašanja. Intenzivno ponavljanje određenog ponašanja naziva se "drill". Ove vježbe su korisne jer uključuju ponavljanje istog zadatka pet ili više puta na isti način. Ponavljanje je ključno za djecu kojima može trebati više vježbanja da bi usvojila određenu vještinu, te pomaže dugoročnom jačanju memorije. Terapeut i dijete sjede za stolom, a terapeut potiče dijete da obrati pažnju na njega govoreći "pogledaj me". Dijete podiže pogled prema terapeutu, nakon čega terapeut nagrađuje dijete s pet. Usputna poduka, ili obuka u prirodnom okruženju, temelji se na ideji da je važno povezati naučene vještine s stvarnim životnim

situacijama koje dijete redovito doživljava. Ova terapija se fokusira na poučavanje vještina u okruženjima gdje će ih dijete spontano koristiti. Korištenje prirodnog okruženja pomaže djetetu da prenese naučene vještine u svakodnevne situacije. Dijete obično odabire aktivnost, a skrbnik ili terapeut prati djetetovo vodstvo ili interese. Terapeut koristi postupne upute kako bi potaknuo odgovore djeteta u situacijama koje prirodno nastaju, poput izražavanja interesa za loptanje ili slične aktivnosti. Verbalno ponašanje slično je diskretnom probnom učenju po tome što je strukturirana, intenzivna terapija jedan na jedan. Razlikuje se u tome što je usmjerena na poticanje djeteta da uči jezik kroz povezivanje riječi s njihovim značenjem. Za neku djecu, učenje riječi ili pojmova mora uključivati namjerni fokus na funkcionalno korištenje tih riječi. Trening središnjeg odgovora je prirodna terapijska intervencija koja se temelji na principima mogućnosti i posljedica vlastitog ponašanja. Glavni cilj je povećati motivaciju dodavanjem elemenata kao što su nasumični zadaci, promicanje bržeg izvođenja zadataka putem pojačanja, davanje djetetu izbora u vježbama te integracija prethodno naučenih vještina. Ova metoda se fokusira na područja koja dijete još nije usavršilo i usmjerava pažnju na ključne aspekte potrebne za normalno svakodnevno funkcioniranje. Četiri ključna područja identificirana su kao motivacija, samoinicijativa djeteta, samoregulacija i reagiranje na znakove (Bošković, 2023).

## 6. Kompetencije odgojitelja za rad s djecom rane i predškolske dobi uz dijagnozu poremećaja autističnog spektra

Odgojitelji se sve češće susreću s djecom s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama, posebno s djecom s poremećajima iz spektra autizma. To od njih zahtijeva nove vještine i podršku stručnog tima, kao i blisku suradnju s roditeljima kako bi se osigurao individualizirani pristup koji u potpunosti zadovoljava djetetove potrebe. Odgojitelji igraju ključnu ulogu u poticanju djetetovog rasta i razvoja te u ostvarivanju njegovih potencijala. Profesionalna kompetentnost odgojitelja je presudna za uspješnu inkluzivnu pedagošku praksu, koja će omogućiti djetetu da ostvari svoje sposobnosti i potencijale (Bouillet, 2018).

Odgojitelji stječu osnovna znanja, vještine i sposobnosti na fakultetu, a dalje ih razvijaju kroz pedagošku praksu, stručna usavršavanja i kontinuirani profesionalni razvoj u sklopu cjeloživotnog učenja. Međutim, istraživanja su pokazala da odgojitelji često nemaju dovoljno razvijene kompetencije za suradnju s obiteljima i podršku roditeljstvu te se ne osjećaju dovoljno kompetentnima za rad s djecom s teškoćama (Bouillet, 2018). Ovi nedostaci su povezani s početnim obrazovanjem koje odgojitelji stječu na fakultetu.

Kontinuiranim profesionalnim razvojem, odgojitelji proširuju svoja znanja i stječu nove vještine kako bi teoriju primijenili u praksi. To uključuje sudjelovanje na stručnim seminarima i skupovima, edukacije raznih organizacija, proučavanje literature, aktivno sudjelovanje u odgojiteljskim aktivima te refleksiju i samorefleksiju. Kako bi odgojitelj bio kompetentan u radu s djecom s poremećajima iz spektra autizma (PSA), mora posjedovati specifična znanja, vještine i sposobnosti. Odgojitelj mora razumjeti razvoj djece i razlike u razvoju kod djece s PSA, uključujući senzorne razlike, te teškoće u socijalnoj komunikaciji, interakciji i imaginaciji (Morling i O'Connell, 2018).

Prepoznavanje karakteristika PSA, kao što su teškoće u interakciji s vršnjacima, preosjetljivost na senzorne podražaje, teškoće u komunikaciji, povlačenje u sebe, i opsjednutost stvarima (Thompson, 2016), omogućuje odgojitelju da pravovremeno uključuje djecu u programe rane intervencije i podrške. Postavljanjem pitanja o reakcijama djeteta na podražaje, načinima obrade informacija, stilovima učenja, komunikaciji i ulozi obitelji (Kostelnik i sur., 2004), odgojitelj može bolje razumjeti potrebe djeteta i prilagoditi svoj pristup.

Odgojitelj treba sustavno promatrati i pratiti dijete kako bi pravovremeno zadovoljavao njegove posebne potrebe te osigurao individualizirani odgojno-obrazovni pristup i evaluaciju napretka. U suradnji sa stručnim timom i roditeljima, odgojitelj razmjenjuje informacije i postavlja ciljeve



za individualizirani pristup, uključujući godišnje ciljeve, kratkoročne ciljeve, procjenu uspješnosti i potrebne usluge (Kostelnik i sur., 2004)

### 6.1. Stručne kompetencije

Odgojitelji koji rade s djecom s PAS-om trebaju imati temeljno znanje o karakteristikama poremećaja autističnog spektra, uključujući uočavanje tipičnih simptoma. Prepoznavanje karakteristika PSA, kao što su teškoće u interakciji s vršnjacima, preosjetljivost na senzorne podražaje, teškoće u komunikaciji, povlačenje u sebe, i opsjednutost stvarima (Thompson, 2016), omogućuje odgojitelju da pravovremeno uključuje djecu u programe rane intervencije i podrške. Postavljanjem pitanja o reakcijama djeteta na podražaje, načinima obrade informacija, stilovima učenja, komunikaciji i ulozi obitelji (Kostelnik i sur., 2004), odgojitelj može bolje razumjeti potrebe djeteta i prilagoditi svoj pristup. Također, trebaju biti upoznati s različitim metodama i pristupima koji se koriste u radu s ovom djecom, kao što su primijenjena analiza ponašanja (ABA), PECS sustav (Picture Exchange Communication System), te senzorna integracija.

Prema istraživanju Gajger i Babić (2016), odgojitelji u Hrvatskoj ističu potrebu za kontinuiranim profesionalnim razvojem i edukacijom u području rada s djecom s PAS-om, jer se često osjećaju nedovoljno pripremljenima za učinkovito vođenje inkluzivnih skupina. Kamenov i Buđa (2013) također naglašavaju važnost edukacije odgojitelja kako bi se osiguralo odgovarajuće prilagodbe i metode rada u inkluzivnim okruženjima.

### 6.2. Pedagoške kompetencije

Pedagoške kompetencije odnose se na sposobnost odgojitelja da prilagode odgojno-obrazovne metode i pristupe specifičnim potrebama djece s PAS-om. To uključuje individualizaciju pristupa, izradu i primjenu prilagođenih programa, te korištenje vizualnih pomagala i strukture koja pomaže djeci s PAS-om da bolje razumiju i sudjeluju u aktivnostima (Pavlović-Breneselović, 2015).

U praksi, ovo znači kreiranje sigurnog i poticajnog okruženja u kojem dijete može napredovati vlastitim tempom. Odgojitelji također trebaju biti vješti u promatranju i prepoznavanju individualnih potreba djece, odnosno, trebaju sustavno promatrati i pratiti dijete kako bi pravovremeno zadovoljavali njegove potrebe te osigurali individualizirani odgojno-obrazovni pristup i evaluirati napredak te surađivati s roditeljima, stručnim timovima i drugim odgojiteljima kako bi osigurali kontinuitet podrške (Pavlović-Breneselović, 2015). Dakle, u suradnji sa stručnim timom i roditeljima, odgojitelj razmjenjuje informacije i postavlja ciljeve

za individualizirani pristup, uključujući godišnje ciljeve, kratkoročne ciljeve, procjenu uspješnosti i potrebne usluge (Kostelnik i sur., 2004)

Dodatno, odgojitelji trebaju biti sposobni za postavljanje jasnih i dosljednih granica, što je od iznimne važnosti za djecu s PAS-om, koja se često bore s promjenama u rutini i pravilima. Majdak i Macan (2016) ističu važnost primjene asistivne tehnologije kao dodatnog alata za podršku djeci s PAS-om u vrtiću, čime se omogućuje bolje prilagođavanje obrazovnih aktivnosti njihovim potrebama.

### 6.3. Osobne kompetencije

Osobne kompetencije uključuju emocionalnu inteligenciju, strpljenje, empatiju i fleksibilnost (Pavlović-Breneselović, 2015). Rad s djecom s PAS-om može biti izazovan zbog nepredvidivosti ponašanja i potreba za stalnom prilagodbom. Odgojitelji trebaju biti sposobni održavati smirenost u stresnim situacijama te pokazivati visok stupanj emocionalne osjetljivosti i razumijevanja.

Kako navodi Pavlović-Breneselović (2015), važnost osobnih kompetencija odgojitelja očituje se u njihovoj sposobnosti da uspostave bliski odnos s djecom i prepoznaju suptilne signale koje dijete s PAS-om koristi za komunikaciju, što je ključno za razvoj povjerenja i sigurnosti.

### 6.4. Suradnja i timski rad

Odgojitelji koji rade s djecom s PAS-om trebaju imati razvijene vještine suradnje i timskog rada. Suradnja s roditeljima, stručnjacima (logopedima, psiholozima, terapeutima) i drugim odgojiteljima ključna je za uspješno uključivanje djeteta u vrtićki program i pružanje kontinuirane podrške (Vrsaljko i Hmelina, 2014).

U Hrvatskoj, modeli suradnje i timskog rada se sve više promoviraju kao dio inkluzivnog obrazovanja, pri čemu je važna uloga odgojitelja u koordinaciji i provođenju intervencija koje odgovaraju individualnim potrebama djeteta (Hrvatska udruga za autizam, 2018). Vrsaljko i Hmelina (2014) također naglašavaju važnost suradnje među stručnjacima i kontinuiranog praćenja djetetovog napretka.

### 6.5. Kontinuirano profesionalno usavršavanje

Budući da je područje rada s djecom s PAS-om dinamično i kontinuirano se razvija, odgojitelji trebaju sudjelovati u redovitim oblicima stručnog usavršavanja. Kontinuiranim profesionalnim razvojem, odgojitelji proširuju svoja znanja i stječu nove vještine kako bi teoriju primijenili u praksi. To uključuje sudjelovanje na stručnim seminarima i skupovima, edukacije raznih

organizacija, proučavanje literature, aktivno sudjelovanje u odgojiteljskim aktivima te refleksiju i samorefleksiju. Kako bi odgojitelj bio kompetentan u radu s djecom s poremećajima iz spektra autizma (PSA), mora posjedovati specifična znanja, vještine i sposobnosti. Odgojitelj mora razumjeti razvoj djece i razlike u razvoju kod djece s PSA, uključujući senzorne razlike, te teškoće u socijalnoj komunikaciji, interakciji i imaginaciji (Morling i O'Connell, 2018).

U Hrvatskoj su dostupni razni oblici profesionalnog usavršavanja za odgojitelje, no istraživanja pokazuju da mnogi odgojitelji i dalje osjećaju potrebu za dodatnim znanjima i vještinama u ovom području (Gajger i Babić, 2016). Stoga je važno da obrazovni sustav i institucije koje se bave obrazovanjem odraslih prepoznaju ovu potrebu i nude odgovarajuće programe.

## 7. Zaključak

Poremećaji iz spektra autizma predstavljaju složene razvojne poremećaje koji utječu na socijalnu interakciju, komunikaciju i ponašanje. Iako je prepoznavanje i dijagnosticiranje PSA kod djece predškolske dobi izazovno, rana intervencija i podrška ključni su za poboljšanje dugoročnih ishoda. Ovaj rad analizirao je specifične simptome PSA kod predškolske djece, metode dijagnostike, te pristupe terapiji i podršci.

Istraživanja pokazuju da su rani znakovi PSA često vidljivi već u prvim godinama života, no njihovo prepoznavanje zahtijeva pažljivo promatranje i specifične alate za procjenu. Uključivanje roditelja i odgajatelja u proces prepoznavanja simptoma od presudne je važnosti, jer oni često prvi primjećuju odstupanja u razvoju djeteta. Nadalje, multidisciplinarni pristup dijagnostici, koji uključuje pedijatre, psihologe, logopede i druge stručnjake, omogućava precizniju i bržu identifikaciju PSA.

Terapijski pristupi PSA kod predškolske djece variraju, no svi naglašavaju važnost individualiziranih programa koji se prilagođavaju specifičnim potrebama svakog djeteta. Rano uključivanje u terapije kao što su radna terapija, logopedska terapija, te bihevioralna terapija može značajno unaprijediti razvoj komunikacijskih i socijalnih vještina, te smanjiti izazovna ponašanja. Prepoznavanje, dijagnosticiranje i terapija poremećaja iz spektra autizma kod djece predškolske dobi zahtijevaju koordiniran i sveobuhvatan pristup. Edukacija roditelja, odgajatelja i šire zajednice ključna je za rano prepoznavanje simptoma i pravovremenu intervenciju. Unatoč izazovima, s odgovarajućom podrškom i terapijom, djeca s PSA mogu ostvariti značajan napredak i postići bolje životne ishode. Daljnja istraživanja i ulaganja u sustave podrške nužni su za unapređenje kvalitete života djece s poremećajem iz spektra autizma i njihovih obitelji.

## Literatura

1. Blažević, K., Cvetko, J, Ružić, L. i Škrinjar, L. (2016). Posebnosti odabira tjelesne aktivnosti i posebnosti prehrane kod djece s autizmom. *Hrvatski športsko medicinski vjesnik*, (21), 70 – 82
2. Bošković, P. (2023). *Usporedba terapijskih modela kod osoba s autizmom*. (urn:nbn:hr:122:784485) [Završni rad, Sveučilište Sjever]. Repozitorij Sveučilišta Sjever. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:784485>
3. Bouillet, D., Pasarić, K.B., Cerjak, S., Čavar, A., Dobrošek, S., Fiala, J., Herak, N., Kraljević, V., Karabegović, A., Krkoč, Z.M., Kunert, A., Latin, M., Lopatić, J., Matijević, R., Rak, S., Rendulić, D., Rogić, J., Skupnjak, L., Šarić, Lj., Totar, N. i Vukša, V. (2016). *Uvažavanjem različitosti do kulture mira: priručnik za odgojitelje djece rane i predškolske dobi*. Centar za civilne inicijative.
4. Bouillet, D. (2018). *S one strane inkluzije djece rane i predškolske dobi: analiza pristupačnosti kvalitetnog ranog i predškolskog odgoja i obrazovanje djece u ranjivim situacijama u Hrvatskoj*. UNICEF Ured za Hrvatsku.
5. Bujas-Petković, Z. (1995). *Autistični poremećaj, dijagnoza i tretman*. Zagreb: Školska Knjiga.
6. Bujas Petković, Z., Frey Škrinjar, J. i Krznarić-Vohalski, G. (2010). *Poremećaji autističnog spektra: značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška*. Školska knjiga.
7. Cepanec, M., Šimleša, S. i Stošić, J. (2015). Rana dijagnostika poremećaja iz autističnog spektra - Teorija, istraživanja i praksa. *Klinička psihologija*, 8 (2), 203-224.
8. Chaste, P. i Leboyer, M. (2012): Autism risk factors: genes, environment, and geneenvironment interactions. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14, 3, 281-292.
9. Evans, B. (2013). How autism became autism: The radical transformation of a central concept of child development in Britain. *History of the Human Sciences*, 26(3), 3–31.
10. Foxx, R. M. (2008). Applied behavior analysis treatment of autism: The state of the art. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(4), 821-834.
11. Gajger, V. i Babić, N. (2016). Inkluzija djece s poremećajem iz autističnog spektra u redovne vrtičke skupine. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 52(1), 39-54
12. Geschwind, D. H. (2009). Advances in autism. *Annual review of medicine*, 60, 367-380.
13. Hodges, H., Fealko, C. i Soares, N. (2020). Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational pediatrics*, 9(Suppl 1), S55-S65.

14. Hrvatska udruga za autizam. (2018). *Inkluzija i podrška u predškolskom odgoju za djecu s poremećajem iz autističnog spektra*.
15. Kamenov, E. i Buđa, B. (2013). *Odgojitelji u inkluziji: izazovi i mogućnosti*. Savez defektologa Srbije.
16. Kostelnik, M. J., Onaga, E., Rohde, B. i Whiren, A. (2004). *Djeca s posebnim potrebama: priručnik za odgajatelje, učitelje i roditelje*. Educa.
17. Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G. i Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The lancet*, 392(10146), 508-520.
18. Majdak, M. i Macan, A. (2016). Primjena asistivne tehnologije u radu s djecom s poremećajem iz autističnog spektra u vrtiću. *Zbornik radova Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 8(2), 15-27.
19. Mediatelly. (n.d.). *F00-F99 Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja*. Preuzeto 12. srpnja 2024. s <https://mediately.co/hr/icd/F00-F99/Mentalni-poremecaji-i-poremecaji-ponasanja>
20. Morling, E. i O'Connell, C. (2018). *Autizam: Podrška djeci i učenicima s poremećajima iz spektra autizma*. Educa.
21. Nikolić, S. (2000). *Autistično dijete: kako razumjeti dječji autizam*. Prosvjeta.
22. Nikolić, S. i Marangunić, M. (2005). *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Školska knjiga.
23. Ousley, O. i Cermak, T. (2014). Autism Spectrum Disorder: Defining Dimensions and Subgroups. *Current developmental disorders reports*, 1(1), 20–28.
24. Pappas, G. P., Golin, S. i Meyer, D. L., (2000). Reducing symptoms of depression with exercise. *Psychosomatics*, 31(1), 112-3.
25. Pavlović-Breneselović, D. (2015). Kompetencije odgojitelja za rad u inkluzivnom kontekstu. *Zbornik radova Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 7(1), 63-76.
26. *Pervazivni razvojni poremećaj*. (n.d.). Preuzeto 1. lipnja 2024. s <https://mediately.co/hr/icd/F00-F99/set/F80-F89/cls/F84/Pervazivni-razvojni-poremecaj>
27. Remschmidt, H. (2009). *Autizam. Pojavni oblici uzroci, pomoć*. Naklada Slap.
28. Sharma, S. R., Gonda, X. i Tarazi, F. I. (2018). Autism spectrum disorder: classification, diagnosis and therapy. *Pharmacology & therapeutics*, 190, 91-104.
29. Smolić-Ročak, A. (2013). *Dijagnostika i tretman autizma i ostalih pervazivnih poremećaja*. URL: <https://www.istrazime.com/klinicka-psihologija/dijagnostika-i-tretman-autizma-i-ostalih-pervazivnih-poremecaja> (pristupano 3.6.2024)

30. Sulkes, S. B. (n.d.). *Poremećaji iz autističnog spektra* (M. Ćurković, prev.). U J. Markić (Ur.), *MSD priručnik*. Preuzeto 15. srpnja 2024. s <https://hemed.hr/Default.aspx?sid=19184>
31. Šafarić, J. (2018). *Terapijski pristup autističnom djetetu*. (urn:nbn:hr:147:480272) [Završni rad, Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu]. Repozitorij Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:147:480272>
32. Šimleša, S. i Ljubešić, M. (2009). Aspergerov sindrom u dječjoj dobi. *Suvremena psihologija*, 12 (2), 373-389.
33. Tarbox, J., Dixon, D.R., Sturmey, P. i Matson, J.L. (2014). *Handbook of Early Intervention for Autism Spectrum Disorders*. Springer.
34. Tešija, L. (2019). *Nove terapijske mogućnosti u liječenju poremećaja iz spektra autizma*. (urn:nbn:hr:163:487585 ) [Diplomski rad, Farmaceutsko – biokemijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu]. Repozitorij Farmaceutsko – biokemijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:163:487585>
35. Thompson, J. (2016). *Vodič za rad s djecom i učenicima s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama*. Educa.
36. Vllasaliu, L., Jensen, K., Hoss, S., Landenberger, M., Menze, M., Schütz, M., Ufniarz, K., Kieser, M. i Freitag, C. M. (2016). Diagnostic instruments for autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-24
37. Vrsaljko, A. i Hmelina, M. (2014). Specifičnosti u odgojno-obrazovnom radu s djecom s poremećajem iz autističnog spektra. *Metodički ogledi*, 21(1), 77-92.
38. Wolff, S. (2004). The history of autism. *European child & adolescent psychiatry*, 13(4), 201-208.
39. Young, R. J. (2010). *The effect of regular exercise on cognitive functioning and personality*. Sports Med.
40. Yu, Q., Li, E., Li L., i Liang, W. (2020). Efficacy of Interventions Based on Applied Behavior Analysis for Autism Spectrum Disorder. *Psychiatry Investig*, 17(5), 432-443.

## IZJAVA O SAMOSTALNOSTI RADA

Ja, Ella Grabar, izjavljujem da sam ovaj završni rad, na temu *Poremećaji spektra autizma kod djece predškolske dobi*, izradila samostalno uz vlastito znanje, pomoć stručne literature i mentorice.

Potpis



Izjava o javnoj objavi rada  
Sveučilište u Zagrebu  
Učiteljski fakultet

**IZJAVA**

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

**„POREMEĆAJI SPEKTRA AUTIZMA KOD DJECE PREDŠKOLSKE DOBI“**

**ZAVRŠNI RAD**

U javno dostupnom institucijskom repozitoriju

Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

I javno dostupnom repozitoriju Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu  
(u skladu s odredbama Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju)

U Zagrebu, 12. 9.2024.

ELLA GRABAR

---