

Poremećaji autističnog spektra kod djece rane dobi

Svržnjak, Marina

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

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:147:074127>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-26**

Repository / Repozitorij:

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



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

PREDMET: PSIHOLOGIJA

ZAVRŠNI RAD

Ime i prezime pristupnika: Marina Svržnjak

TEMA DIPLOMSKOG RADA: Poremećaji autističnog spektra kod djece rane dobi

MENTOR: doc.dr.sc. Tea Pahić

Čakovec, srpanj 2019.

SADRŽAJ

SADRŽAJ	1
Sažetak	3
Summary	4
1. UVOD	5
2. POVIJESNI OSVRT	6
3. PERVAZIVNI RAZVOJNI POREMEĆAJI.....	7
3.1. Definicija autističnog poremećaja	8
3.1.1. Etiologija autističnog poremećaja	9
3.1.2. Karakteristike djece s autističnim poremećajem	11
3.1.3. Dijagnoza autističnog poremećaja.....	12
3.1.4. Psihometrijski instrumenti za procjenu autizma.....	14
3.1.4.1. Dijagnostička check- lista za djecu poremećena ponašanja	15
3.1.4.2. Ljestvica za procjenu dječjeg autizma(CARS).....	15
3.1.4.3. Dijagnostički intervju za autizam (ADI)	16
3.1.4.4. Dijagnostička opservacijska skala za autizam (ADOS)	16
3.2. Aspergerov poremećaj	17
3.2.1. Dijagnoza Aspergerovog poremećaja.....	18
3.2.2. Karakteristike djece s Aspergerovim poremećajem	19
3.3. Rettov poremećaj.....	21
3.4. Dezintegrativni poremećaj.....	23
3.5. Atipični autizam	24
4. DSM-V KLASIFIKACIJA	26
5. POSEBNE SPOSOBNOSTI DJECE S AUTIZMOM.....	28
6.1. Programi rane intervencije.....	30
6.2. Bihevioralna terapija.....	31
6.3. Muzikoterapija.....	32
7. ODGAJATELJ U RADU S DJECOM S POREMEĆAJIMA IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA	34
8. OBITELJI DJECE S POREMEĆAJIMA AUTISTIČNOG SPEKTRA.....	36
9. ZAKLJUČAK	37
LITERATURA.....	38
Kratka biografska bilješka.....	40

Izjava o samostalnoj izradi rada	41
Izjavao odobrenju za pohranu i objavu ocjenskog rada	42

Sažetak

U skupinu pervazivno- razvojnih poremećaja se ubrajaju autistični poremećaj, Rettov sindrom, dezintegrativni poremećaj, Aspergerov sindrom i pervazivni razvojni poremećaj-neodređen. DSM- V za skupinu poremećaja sličnih autizmu, koji su se prema DSM- IV nazivali pervazivno- razvojni poremećaji, upotrebljava jedinstven naziv poremećaji iz autističnog spektra.. Točan uzrok poremećaja još nije poznat, pa se većinom govori o multikauzalnosti etiologije poremećaja autističnog spektra. Znakove koji upućuju na poremećaj iz autističnog spektra je teško prepoznati, a kriteriji za postavljanje dijagnoze autističnog poremećaja su početak poremećaja u djetinjstvu, socijalna interakcija, komunikacija te ograničeni interesi. U današnje vrijeme, sve je više djece s poremećajem iz autističnog spektra koja pokazuju izuzetne sposobnosti za neko usko područje, a ta se djeca nazivaju *idiot-savant* ili *autistic savant*. Nakon što se postavi dijagnoza, potrebno je osmisliti primjerene terapijske postupke. Postoje brojni terapijski postupci koji su se pokazali uspješnim u tretmanu poremećaja iz autističnog spektra, no za nijedan od njih se ne može tvrditi da može izliječiti poremećaj već može dovesti do značajnog poboljšanja. Za osmišljavanje tretmana treba procijeniti individualne sposobnosti, specifičnosti i potrebe svakog djeteta s poremećajem iz autističnog spektra pomoću psihometrijskih instrumenata. Djeca s poremećajem iz autističnog spektra se većinom uključuju u program redovnih vrtića, pri čemu je ključni čimbenik odgojitelj koji mora prilagoditi prostor i materijale u skladu s potrebama djece te surađivati s roditeljima kako bi zajednički djelovali na djetetov napredak. Dijagnoza poremećaja utječe na cijelu obitelj koja se teško nosi s novom životnom situacijom i promjenama koje ona donosi. Stoga je važno roditeljima, ali i braći i sestrama djece s poremećajem iz autističnog spektra pružiti podršku i razumijevanje kako bi se oni lakše prilagodili i mogli pomoći autističnom djetetu.

Ključne riječi: poremećaj iz autističnog spektra, etiologija, tretman, *autistic-savant*, podrška obitelji

Summary

The category of pervasive developmental disorders (PDD) includes autistic disorder, Rett syndrome, disintegrative disorder, Asperger's syndrome and pervasive developmental disorder not otherwise specified (PDD-NOS). DSM-V uses a unique term – autism spectrum disorders – for a group of disorders similar to autism, which were called pervasive developmental disorders according to DSM-IV. The correct cause of the disorders is not yet known, so it is often said that there is multicausality of the etiology of autism spectrum disorders. Signs which indicate the autistic spectrum disorder are difficult to recognize. The criteria for the diagnosis of an autistic disorder are the beginning of the disorder during the childhood, social interaction, communication, and limited interests. Nowadays, there is an increasing number of children with an autism spectrum disorder who show remarkable abilities in some narrow field. These children are called *idiot-savant* or *autistic savant*. After the diagnosis is established, a suitable treatment method needs to be developed. Many methods proved successful in the treatment of an autism spectrum disorder. None of them is to be said to completely cure the disorder, but they can rather lead to a significant improvement. For the development of the treatment, individual abilities, peculiarities, and needs of every child with an autism spectrum disorder must be assessed with the help of psychometric tests. Children with an autism spectrum disorder mostly attend full-time kindergarten programs, where an educator is a crucial factor. Educators need to adapt the space and materials to the children's needs, as well as cooperate with parents to affect the child's progress. The diagnosis of disorders affects the entire family, who have difficulty dealing with a new life situation and the changes it brings about. Therefore it is important to show support and understanding for the parents and siblings of a child diagnosed with an autism spectrum disorder in order for them to adapt more easily and to be able to help their autistic child.

Keywords: autism spectrum disorder, etiology, treatment, *autistic-savant*, support to the family

1. UVOD

Broj djece s teškoćama u razvoju sve više raste, a jedni od poremećaja od kojih djeca sve češće boluju su poremećaji iz spektra autizma. Poremećaji iz spektra autizma objedinjuju autistični poremećaj, Aspergerov sindrom, Rettov sindrom, dezintegrativni poremećaj te atipični autizam koji su prema DSM-IV klasifikaciji pripadali skupini pervazivno-razvojnih poremećaja. Poremećaji iz spektra autizma se pojavljuju vrlo rano, najčešće u prve tri godine života te uzrokuje promjene u komunikaciji, ponašanju i socijalnim interakcijama. Glavne karakteristike autistične djece su nemogućnost uspostavljanja kontakata s okolinom, zaostajanje u razvoju, govorne teškoće, ponavljajuće i stereotipne igre, nedostatak mašte i normalan tjelesni izgled. Uzroci poremećaja iz autističnog spektra nisu točno definirani pa se danas govori o multikauzalnosti etiologije prema kojoj različiti uzroci dovode do slične kliničke slike. Djeca s poremećajima iz spektra autizma se međusobno jako razlikuju pa tako ne postoje dva djeteta s poremećajem iz autističnog spektra s istim simptomima i karakteristikama. Važno je rano postaviti dijagnozu poremećaja iz autističnog spektra kako bi se što ranije počelo s tretmanom, no to je izuzetno teško u ranom djetinjstvu. Ne postoji nijedan terapijski postupak kojim se može izliječiti poremećaj već se pomoću pravilnog tretmana može dovesti do značajnog poboljšanja kod autistične djece.

U ovom radu predstavljen je kratki povijesni osvrt o zabilježenim slučajevima autistične djece u prošlosti. Također su spomenute odrednice nekih od najpoznatijih klasifikacija kao što su DSM-IV, MKB-10, ICD-10 i DSM-V. Prezentirane su i neke najvažnije karakteristike djece s poremećajem iz autističnog spektra, mogući uzroci, mogućnosti postavljanja dijagnoze te kako nakon postavljene dijagnoze odabrati primjeren terapijski postupak koji će pozitivno djelovati na djetetov razvoj. Autistična djeca imaju brojne poteškoće, ali uz to mogu imati i izuzetne sposobnosti u različitim područjima: pamćenju, matematici, umjetnosti, glazbi i drugim. Takva djeca nazivaju se *autistic-savant* te ih je danas u svijetu sve više. Kako bi se autistično dijete lakše snašlo u svijetu u kojem živi potrebna mu je kvalitetna prilagodba i podrška obitelji i vršnjaka. U radu su navedeni osnovni načini podrške autističnoj djeci, ali i podrške obiteljima s autističnom djecom te metode prilagodbe prostora i materijala u kojem važnu ulogu osim obitelji ima i odgojitelj.

2. POVIJESNI OSVRT

Početak 20. stoljeća autistični poremećaji su se smatrali nekom vrstom intelektualnog oštećenja ili drugim riječima mentalnom retardacijom te su se djeca sa simptomima autističnog poremećaja smještala u ustanove za mentalno retardirane (prema Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). U povijesti je zabilježeno nekoliko slučajeva autističnog poremećaja. Prvi znanstveno zabilježen slučaj autizma bio je slučaj divljeg dječaka iz Aveyrona po imenu Victor koji je doveden u civilizaciju nakon što je pronađen u šumi u južnoj Francuskoj. Njegov slučaj je opisao liječnik Jean Gaspard Itard 1801. godine koji je dječaka bezuspješno pokušao naučiti govoriti. U ono vrijeme je rečeno da se kod dječaka radi o disharmoničnom razvoju osjetnog aparata koji bi odgovarajućom stimulacijom okoline mogao uspostaviti harmonično funkcioniranje, no dječak je najvjerojatnije imao autistični poremećaj od rođenja (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Godine 1943. američki je dječji psihijatar Leo Kanner opisivao djecu koja su na prvi pogled izgledala zdravo, no pokazivala su neke smetnje u komunikaciji u govoru. Opisao je poremećaj kod kojeg se prvi simptomi pojavljuju unutar 30 mjeseci od rođenja te ga je nazvao infantilnim poremećajem. Smatrao je da je uzrok smetnji u komunikaciji, hladan i odbijajući odnos majke prema djetetu (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Godine 1944. njemački psihijatar Hans Asperger je opisao sindrom pod nazivom „autistična psihopatija“ koji po dijagnostičkim kriterijima slični Kannerovom infantilnom autizmu. Lauretta Bender je 1947. pisala o dječjoj shizofreniji, dok 1955. godine B. Ranku dječju psihijatriju uvodi naziv „atipično dijete“ (Bujas, Petković i Frey Škrinjar, 2010).

U DSM-IV (1995) za skupinu poremećaja sličnih autizmu upotrebljava se naziv pervazivni razvojni poremećaji, dok su u najnovijem dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje DSM-V (2014) svi poremećaji autizma nazvani jedinstvenim nazivom poremećaji autističnog spektra jer su svi poremećaji autizma ista stanja samo što se razlikuju po stupnju težine (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

3. PERVAZIVNI RAZVOJNI POREMEĆAJI

Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010) navode kako su pervazivni razvojni poremećaji skupina poremećaja nepoznate etiologije koji se pojavljuju u ranom djetinjstvu. Etiologija pervazivno razvojnih poremećaja obuhvaća organske čimbenike kao što su genetski, biokemijski, imunološki, ali i psihogene čimbenike. Provedena su brojna istraživanja vezana uz pronalaženje uzroka pojave tih poremećaja, no etiologija tih poremećaja je još uvijek nerazjašnjena. Smatraju se multifaktorski uzrokovanim a te ih je moguće prepoznati putem manifestnih modela ponašanja. Značajke poremećaja su specifična odstupanja na tri područja razvoja: područjima socijalne interakcije, komunikacije (verbalne i neverbalne) i ponašanja. Ta se odstupanja mogu javiti samostalno, ali i uz neke druge dodatne poteškoće kao što je mentalna retardacija (Vlašić-Cicvarić i Modrušan-Mozetić, 2004). Remschmidt (2009) navodi kako je važno razlikovati pervazivno razvojne poremećaje od psihoze i shizofrenije, iako se kod nekih pervazivnih razvojnih poremećaja (npr. kod Aspergerova sindroma) kasnije može razviti shizofrenija. MKB-10 (deseta međunarodna klasifikacija bolesti, ozljeda i srodnih zdravstvenih stanja) definira pervazivno- razvojne poremećaje kao „Skupinu poremećaja koje obilježavaju kvalitativne nenormalnosti uzajamne interakcije i obrazaca komunikacije kao i ograničen, stereotipan, ponavljajući repertoar interesa i aktivnosti“ (Remschmidt, 2009. str. 14). Prema MKB-10 iz 1992. godine pervazivni razvojni poremećaji dijele se na osam podskupina (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010):

- F84.0 autizam u djetinjstvu
- F84.1 atipični autizam
- F84.2 Rettov poremećaj
- F84.3 drugi dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu
- F84.4 hiperkinetski poremećaj povezan s duševnom zaostalošću i stereotipijama
- F84.5 Aspergerov poremećaj
- F84.8 ostali poremećaji razvoja u djetinjstvu
- F84.9 nespecifični pervazivni razvojni poremećaji.

DSM-IV priručnik je pervazivne razvojne poremećaje podijelio u pet podskupina (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010):

- F84.0 autistični poremećaj
- F84.2 Rettov poremećaj
- F84.3 Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu
- F84. 5 Aspergerov poremećaj
- F84.9 Pervazivni razvojni poremećaj neodređen, uključujući i atipični autizam.

Klasifikacija DSM-IV priručnika se poklapala s klasifikacijom ICD-10. Glavnim predstavnikom skupine pervazivno razvojnih poremećaja smatra se autistični poremećaj.

ICD 10	DSM - IV
Dječji autizam	Autistični poremećaj
Atipični autizam	Pervazivni razvojni poremećaj ne drugačije određen (PDD NOS)
Rettov sindrom	Rettov poremećaj
Drugi dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu	Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu
Hiperaktivni (overactive disorder) poremećaj sa mentalnom retardacijom i stereotipnim pokretima	Nema korespondirajuće kategorije
Aspergerov sindrom	Aspergerov poremećaj
Drugi pervazivni razvojni poremećaj	Pervazivni razvojni poremećaj ne drugačije određen (PDD NOS)
Pervazivni razvojni poremećaj, neodređeni	Pervazivni razvojni poremećaj ne drugačije određen (PDD NOS)

Slika 1. Korespondencija klasifikacija pervazivnih razvojnih poremećaja prema ICD 10 i DSM IV (85) (prema Blažević i sur., 2006).

3.1. Definicija autističnog poremećaja

„Autistični poremećaj (infatilni autizam, autistični sindrom, autizam) pervazivni je razvojni poremećaj koji počinje u djetinjstvu, većinom u prve tri godine života, zahvaća gotovo sve psihičke funkcije i traje cijeli život (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010. str.6).“

Najpoznatija definicija autizma koja se još i danas koristi jest definicija Laurette Bender (1953) koja navodi kako je autizam karakteristično promijenjeno ponašanje koje se iskazuje u svim područjima središnjeg živčanog sustava: motoričkom,

perceptivnom, intelektualnom, emotivnom i socijalnom (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). Leo Kanner je 1943. godine na temelju jedanaest slučajeva sažeo zajednička obilježja na sljedeći način:

„Izraziti osnovni patognomični poremećaj jest od rođenja postojeća nemogućnost uspostavljanja odnosa s osobama i situacijama. Roditelji predstavljaju tu djecu i opisuju da su "sama sebi dovoljna", "žive kao u nekoj školjci", "najsretnija su kad ih se ostavi na miru", "ponašaju se kao da nitko nije prisutan", "ne obraćaju pažnju na okruženje", "pružaju dojam tihe mudrosti", "nisu u mogućnosti pokazati normalnu razinu socijalne osjetljivosti", "ponašaju se kao da su hipnotizirana". Pritom se ne radi kao kod shizofrene djece ili odraslih o povlačenju iz postojećih veza ili prije postojeće komunikacije. Štoviše, radi se od početka o autističnom biti sam koje sve što izvana djeluje na dijete, ono ne opaža, ignorira i isključuje.“ (Remschmidt, 2009. str.9).

Prema Kanneru autistični poremećaj se pojavljuje u prve tri godine te je tri do četiri puta češći kod dječaka nego kod djevojčica. Eugen Bleuler je prvi koji pojam autizam uvodi u psihijatriju, a njime je označio jedan od osnovnih simptoma shizofrenije: nekomunikativnost, povlačenje u vlastiti svijet i osamljivanje. Prema Kanneru, autistična djeca se razlikuju od shizofrenih bolesnika po tome što im nedostaje mašte. Kanner je smatrao da su djeca s autističnim poremećajem sasvim normalna, a neka čak i iznadprosječno inteligentna te da je njihovo intelektualno funkcioniranje samo posljedica autistične nemogućnosti uspostavljanja kontakta i negativizma (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). DSM-III klasifikacija (1980) prva je jasno odijelila autizam od dječje shizofrenije te ga nazvala infantilnim autizmom. No, to ne znači da djeca s autističnim poremećajem ne mogu oboljeti od shizofrenije ili nekog drugog psihičkog poremećaja. Uzroci autizma su različiti te još uvijek nisu potpuno poznati (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

3.1.1. Etiologija autističnog poremećaja

Uzroci autističnog poremećaja su većinom organski, genski i biološki određeni. Kanner je smatrao da se poremećaj češće pojavljuje kod djece u višim društvenim slojevima i intelektualnim obiteljima. Glavnim uzrokom smatrao je roditelje koji svojom profesionalnom aktivnošću i emocionalnom hladnoćom otežavaju djetetu ostvarivanje ranih odnosa i uzrokuju teške razvojne poremećaje. Kasnija istraživanja su pokazala da je njegova teza pogrešna.

Bruno Bettelheim je također smatrao da su glavni uzrok poremećaja roditelji koji djetetu pružaju negativne vanjske utjecaje kojima ga osiromašuju iznutra. On je pokušao djecu s autističnim poremećajem liječiti odvajajući ih od roditelja, no terapijski rezultati nisu potvrdili njegove pretpostavke. Danas je dominantno mišljenje o multikauzalnosti etiologije prema kojoj različiti uzroci dovode do slične kliničke slike (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Kako navode Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010) uzroci autističnog poremećaja mogu biti oštećenje središnjeg živčanog sustava pa su tako kod velikog broja djece s autističnim poremećajem prisutni genski čimbenici, problematična trudnoća s oštećenjem ploda, anoksija/hipoksija pri porođaju, rane infekcije ili mikrotraume središnjeg živčanog sustava koje uzrokuju anomalije u funkcioniranju ili strukturna oštećenja. Zbog osjetljivosti djece na osjete vida i sluha, Rutter je smatrao da je kod njih oštećena središnja organizacija osjetnih podražaja što se može manifestirati kao hiperosjetljivost, odnosno hipoosjetljivost. Ornitz je proučavajući neurofiziološke mehanizme koji su osnova perceptivne nestabilnosti otkrio da su kod djece s autističnim poremećajem moguća oštećenja centralnih vestibularnih mehanizama. Ritvo i sur. naglašavali su da je kod djece s autističnim poremećajem nenormalan metabolizam serotonina. Novija istraživanja pokazuju kako je razina serotonina kod djece i odraslih s autističnim poremećajem povećana, a uzroci povećanja serotonina mogu biti poremećena sinteza i razgradnja perifernog serotonina. Gulić je istražujući rizične čimbenike dokazao da je kod autistične djece prisutno više rizičnih čimbenika nego kod zdrave djece što upućuje na to da prenatalni, perinatalni i postnatalni rizični čimbenici nisu specifični za autistični poremećaj, ali sudjeluju u etiologiji. Brojna istraživanja pokazuju i ulogu genskih čimbenika u nastanku autističnog poremećaja. Osim toga, poznate su i neke genske i kromosomske anomalije koje se katkad pojavljuju usporedno s autističnim poremećajem: fenilketonurija, tuberozna skleroza, fragilni X-sindrom i neurofibromatoza, no to su rijetki poremećaji, iako od izuzetne važnosti za istraživanje uzroka autističnog poremećaja. Teško je precizno zaključiti o utjecaju genskih čimbenika jer je malo obitelji s više autistične djece, a osobe s autističnim poremećajem nemaju potomstvo. No, unatoč tome postoje četiri razloga koji upućuju na gensku uvjetovanost autističnog poremećaja, a to su veća učestalost među braćom, češće kognitivne smetnje među braćom, osnova autističnog poremećaja te povezanost s fragilnim X-kromosomom i poznatim genskim anomalijama (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Simon Baron-Cohen i Patric Bolton su 1993. predstavili model krajnjeg zajedničkog učinka koji govori da genski uzroci, virusne infekcije u ranoj dobi, komplikacije u trudnoći i

pri porođaju te drugi čimbenici mogu uzrokovati moždano oštećenje, a rezultat krajnjeg zajedničkog učinka svih tih čimbenika je autistični poremećaj ili intelektualno oštećenje, a 70% djece s autističnim poremećajem ima i intelektualno oštećenje (Bujas Petković i Frey Škrinjarić, 2010).

Ne postoji jedinstveni uzročnik autističnog poremećaja, nego veći broj čimbenika koji zajedničkim djelovanjem utječu na razvoj tog poremećaja (Remschmidt, 2009). Klinička slika osoba s autističnim poremećajem uključuje lakše i teže oblike, kao i različito intelektualno funkcioniranje. Simptomi su jako raznoliki pa su stoga kod utvrđivanja etiologije autističnog poremećaja još uvijek prisutne brojne dileme (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

3.1.2. Karakteristike djece s autističnim poremećajem

Prema DSM-IV (prema Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010) obilježja autizma su izrazito abnormalan ili oštećen razvoj socijalnih interakcija i komuniciranja te smanjen broj aktivnosti i interesa. Razvojni stupanj i kronološka dob određuju koliko će se poremećaj manifestirati. Kanner (1943) je naveo neke osnovne karakteristike autističnog poremećaja kao što su nemogućnost uspostavljanja normalnih kontakata s okolinom, zaostajanje u razvoju te uporaba govora na nekomunikativan način, ponavljajuće i stereotipne igre zbog smanjene sposobnosti imitacije, nedostatak mašte i dobro mehaničko pamćenje te normalan tjelesni izgled (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Većina djece s autističnim poremećajem ima neki oblik intelektualnog oštećenja. Specifičnost poremećaja je i nemogućnost prepoznavanja tuđih emocija što znači da djeca s autističnim poremećajem ne znaju da su drugi ljudi tužni, ljuti, veseli, ne prepoznaju emocionalne zahtjeve drugih, ne suosjećaju s drugima i nemaju potrebu za prijateljstvom. Djeca s autističnim poremećajem su neosjetljiva ili slabo osjetljiva na dodire i bol, na jaki izvor zvuka zatvaraju oči, a kod jakog izvora svjetlosti zatvaraju uši što znači da ona preferiraju osjete mirisa i okusa više nego osjete vida i sluha (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Začetnica dječje psihijatrije u Hrvatskoj, Beck-Dvoržak (prema Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010) navela je neke moguće simptome ranog autizma u prvoj godini života pa je tako ona smatrala da djeca s autizmom imaju smetnje u spavanju i sisanju, odbijaju se priviti uz majku, ne pokazuju interes za igračke, preosjetljiva su na zvukove, zaostaju u razvoju

govora, a sa sedam mjeseci kod njih se ne pojavljuje karakterističan strah od nepoznatih osoba. Jedan od najvažnijih simptoma jest nedostatak pogleda oči u oči (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). Autistična djeca veoma intenzivno osjećaju strah koji ne mogu objasniti, a pokazuju fiziološke znakove straha kao što su znojenje, bljedilo kože, drhtanje tijela, lupanje srca i ubrzano disanje. Dijete zbog straha vrišti, traži zaštitu ili ju panično odbija te besciljno bježi. U takvim situacijama najbolje je dijete nježno primiti i zagrliti te izbjegavati pretjerano pričanje jer ga to može još više uznemiriti. Najvažnije je ne biti grub prema djetetu jer ono nije krivo što se boji (Nikolić i sur., 1992).

Roditelji rano uoče da nešto nije uredu s njihovim djetetom jer ih njihovo dijete ne slijedi po kući, ne trči im ususret, izbjegava tjelesne kontakte. Autistično dijete nesvjesno odbija socijalnu situaciju jer ju ne razumije, a zbog tog nerazumijevanja ona može postati frustracija na koju reagira na neprimjeren način (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Djeca s autističnim poremećajem imaju velike teškoće u razumijevanju apstraktnih pojmova i pojmova za koje je potrebna generalizacija. Većina ih ne uspije razviti ekspresivni govor koji se kod zdrave djece pojavi krajem prve godine, a imaju problema i s neverbalnom komunikacijom. Neka autistična djeca uspijevaju spontano ponavljati zadnje riječi u rečenici, cijele rečenice ili razgovore koji su mu poznati, ali izvan konteksta i bez svrhe komunikacije. Lotter (1966) navodi kako 19% autistične djece nema razvijen govor, dok kod njih 31% govor nije u funkciji komunikacije. Osim što je govor siromašan sadržajem vide se odstupanja u ritmu, intonaciji, visini i naglasku te je vidljivo da autistično dijete govori bez emocija. Također imaju problema s čitanjem pa tako autistična djeca koja uspiju svladati vještinu čitanja nikad neće spontano čitati s uživanjem već će za njih to uvijek biti prisila. Ona inzistiraju na jednodimenzionalnosti i teško prihvaćaju promjene. Zbog vrlo različite kliničke slike djece s autističnim poremećajem, teško je točno postaviti dijagnozu, no otkrivanjem uzroka riješile bi se brojne nedoumice (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

3.1.3. Dijagnoza autističnog poremećaja

Kod djece mlađe od tri godine je teško s potpunom sigurnošću postaviti dijagnozu autističnog poremećaja te potom odrediti potreban tretman i edukaciju. Važne odrednice u dijagnozi autističnog poremećaja su intenzitet simptoma, dob djeteta, intelektualno funkcioniranje, anamnestički podaci i nalazi medicinskih pretraga. Multidisciplinarna

dijagnostička procjena te iskusni kliničar koji kontinuirano prati dijete doprinose postavljanju sigurne dijagnoze. U postavljanju dijagnoze od izuzetne je važnosti precizno utvrditi intelektualni status djeteta. Gluhom ili nagluhom djeci te djeci sa senzomotoričkom afazijom ili disfazijom može biti pogrešno dijagnosticiran autistični poremećaj (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Postoji veliki broj ljestvica za procjenu autističnih poremećaja, a jedna od najpoznatijih i ujedno najstarijih je Creakova nine-point ljestvica (1963) koja služi za postavljanje početne dijagnoze, no sve se manje praktično primjenjuje. Creakova nine-point ljestvica sadrži 14 ponuđenih simptoma od kojih bi za postavljanje dijagnoze autizma dijete trebalo imati minimalno devet simptoma. Ponuđeni simptomi su (prema Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010):

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

Rutter je 1978. postavio četiri dijagnostička kriterija za autistični poremećaj prema kojima su potom dijagnostičke kriterije postavili Međunarodne klasifikacije bolesti i ozljeda te DSM klasifikacija. Ključni kriteriji prema Rutteru su (prema Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010):

- 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 mjeseca

ICD-10 i DSM-IV smatraju poremećaj komunikacije, poremećaj socijalne interakcije te stereotipije i ograničene interese glavnim kriterijima za dijagnozu autističnog poremećaja uz pojavu tih simptoma u prve tri godine života (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Tri ključne točke autističnog poremećaja koje uključuju svi dijagnostički kriteriji su: početak poremećaja u djetinjstvu, nedostatak odgovora na osobe i predmete te poremećaj govora i kognitivnih funkcija. Kako bi se povećala pouzdanost dijagnoze potrebno je napraviti standardne krvne slike, rendgenske pretrage (CT mozga, magnetna rezonancija, PET) i EEG standardno snimanje, objektivnu audiometriju, detaljan okulistički nalaz i osnovne genetičke pretrage (kariogram), a ukoliko je to moguće i cjelonočno snimanje te snimanje nakon neprospavane noći (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Autističan poremećaj se može pogrešno dijagnosticirati kao dječja shizofrenija, no dječja shizofrenija se za razliku od autističnog poremećaja pojavljuje kasnije, negdje u pubertetu te kod shizofrenije nije zahvaćen govor. Također shizofrenično dijete može imati halucinacije i poremećaje mišljenja, dok kod autističnog djeteta to nije slučaj (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

3.1.4. Psihometrijski instrumenti za procjenu autizma

Nakon postavljanja dijagnoze potrebno je izraditi kvalitetan edukacijsko-rehabilitacijski program te isplanirati i isprogramirati primjerene rehabilitacijske postupke. Kako bi to mogli učiniti važno je dobro procijeniti individualne sposobnosti, specifičnosti i potrebe svakog djeteta s poremećajem iz autističnog spektra. Procjena se obavlja psihometrijskim instrumentima koji su namijenjeni isključivo djeci i odraslima s autističnim poremećajem. Psihometrijski instrumenti služe za procjenjivanje općih i specifičnih sposobnosti djeteta te je od izuzetne važnosti odabrati primjeren instrument za procjenu. Neki od najpoznatijih su Rimlandova dijagnostička check-lista, ljestvica za procjenu dječjeg

autizma(CARS), dijagnostički intervju za autizam, dijagnostička opservacijska skala za autizam (ADOS), lista za procjenu ponašanja djece s autizmom(ABC), psihoedukacijski profil (PEP-R) te mnogi drugi (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

3.1.4.1. Dijagnostička check- lista za djecu poremećena ponašanja

Rimland je 1966. godine sastavio jedan od prvih upitnika za kvantifikaciju autističnog poremećaja pod nazivom dijagnostička check-lista. Upitnik (E-1) je bio namijenjen roditeljima koji su odgovarali na 76 pitanja vezanih uz djetetovo rođenje, razvoj govora i drugih sposobnosti, ponašanje i karakteristične simptome te obiteljsku anamnezu. Rimland je naglašavao da simptomi autističnog poremećaja koji su u predškolskoj dobi jedva uočljivi su simptomi koji odvajaju djecu od većine njihovih vršnjaka. Upitnik je kasnije modificiran pa su tako roditelji odgovarali na 80 pitanja koja su se odnosila na socijalne interakcije, razvoj govora, reakcije na podražaje, afekte, motoriku, kognitivni razvoj, percepciju te obiteljske podatke. Ukoliko je odgovor karakterističan za autistično ponašanje označen je pozitivnim bodom, a u suprotnom je označen negativnim bodom. Rezultati za govor te rezultati za ponašanje se računaju posebno, a nakraju se na temelju zbroja rezultata za govor i zbroja rezultata za ponašanje dobi ukupan zbroj. Upitnik obrađuje velik broj rezultata što je njegova prednost, no on također ima metodoloških nedostataka. Glavni nedostaci upitnika su nepotvrđenost valjanosti i pouzdanosti njegovih rezultata, a i činjenica da upitnik ispunjavaju isključivo roditelji i nema druge objektivne procjene djetetova ponašanja. Rimlandova check-lista doprinosi postavljanju dijagnoze autističnog poremećaja, no dijagnoza se ne može pouzdano postaviti samo na temelju rezultata upitnika pa se taj upitnik danas rijetko koristi (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

3.1.4.2. Ljestvica za procjenu dječjeg autizma(CARS)

Schopler, Reichler, De Villis i Daly su 1980. godine sastavili ljestvicu za procjenu dječjeg autizma koja je uz Rimlandov E-2 upitnik jedna od najpoznatijih i najviše korištenih. Temelj njihoveljestvicesuKannerovi (1943.), Creakovi (1964.) i Rutterovi (1978.) dijagnostički kriteriji te dijagnostički kriteriji Nacionalnog udruženja za djecu s autizmom SAD (1978.).

Ljestvica je podijeljena na 15 podljestvica koje uključuju poremećaje u odnosu prema ljudima, imitaciju, neadekvatnost u izražavanju afekata, bizarne pokrete tijela i motoričke simptome, osebnost u odnosima sa stvarima, pružanje otpora promjenama, osebnost u vizualnim i auditivnim odgovorima, neadekvatne odgovore na druge podražaje, anksioznost, verbalnu i neverbalnu komunikaciju, razinu aktivnosti te intelektualno funkcioniranje i opći dojam. Dok Rimlandov upitnik ispunjavaju roditelji, ljestvicu za procjenu dječjeg autizma ispunjava profesionalna osoba (liječnik, psiholog, defektolog) nakon promatranja djeteta kroz jednostrano prozirno staklo u strukturiranoj dijagnostičkoj situaciji. Ponašanje djeteta se ocjenjuje od normalnog do ozbiljno poremećenog u neprekidnoj cjelini od sedam točaka. Ukupan zbroj bodova se kreće od 15 (normalno) do 60 (ozbiljno autistično). U usporedbi ljestvice CARS i Rimlandovog E-2 upitnika otkrivena su neslaganja pa je tako od 280 djece s autizmom po Rimlandovu E-2 upitniku, samo osmero njih s autizmom po CARS-u. Prednost CARS-a su dobra pouzdanost i validnost te mogućnost procjene simptoma za sve dobne skupine, a nedostatak je što rezultat nije dovoljan za postavljanje dijagnoze (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

3.1.4.3. Dijagnostički intervju za autizam (ADI)

Dijagnostički intervju za autističnu djecu i njihove roditelje sastavio je 1988. godine Le Couteur zajedno sa svojim suradnicima, a sastoji se od tri glavna područja funkcioniranja za prvih pet godina djetetova života: komunikacija i govor, socijalni razvoj te razvoj igre. Posebno se promatra djetetovo funkcioniranje u razdoblju od 30. do 36. mjeseca života jer se to razdoblje smatra kritičnim za djetetov razvoj. Za ocjenjivanje ponašanja se koriste dijagnostički kriteriji ICD-10 i DSM-IV-R, a ispitivač mora proći edukativni trening u trajanju od približno dva mjeseca. Kod dijagnostičkog intervju naglasak je na ispitivaču, a ne ispitaniku pa se po tome on razlikuje od drugih sličnih upitnika. Odgovori roditelja o ponašanju djeteta se određuju kao pozitivni ili negativni, a ponašanje djeteta se ocjenjuje ocjenama od 0 (za normalno) do 3 (naglašeno autistično). Promatrajući videosnimke intervju s majkama djece s poremećajima iz autističnog spektra i intelektualnim oštećenjem utvrđena je značajna pouzdanost i valjanost intervju (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

3.1.4.4. Dijagnostička opservacijska skala za autizam (ADOS)

ADOS predstavlja jedan od najpouzdanijih i danas najčešće primjenjivan dijagnostički instrument koji služi za dijagnostiku i procjenu poremećaja iz autističnog spektra, a osmislio

ga je 1989. godine Lord zajedno sa svojim suradnicima. Koristi se za promatranje socijalnoga i komunikativnog ponašanja u strukturiranim i polustrukturiranim situacijama, a traje oko 40 minuta. Svaka ispitivačka situacija se ocjenjuje s posebnim i općim ocjenama za ponašanje djeteta. Sastoji se od četiri modula (prema Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010):

1. modul namijenjen djeci mlađoj od 6 godina i onoj koja nemaju razvijen govor (predverbalna razina/ jedna riječ)
2. modul namijenjen djeci čiji je govor oskudan ili frazeološki
3. modul namijenjen djeci i adolescentima tečnoga govora
4. modul namijenjen adolescentima i odraslima s dobro razvijenim govorom.

Djetetova razina komunikacije određuje koji modul će se primjenjivati. Ispitivač može uz pomoć ADOS-a odrediti razvojnu razinu na tri ključna simptoma autističnog spektra: socijalizaciji, komunikaciji, repetitivnim i stereotipnim pokretima te mašti i simboličkoj igri (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

3.2. Aspergerov poremećaj

Pojam Aspergerovog poremećaja do prije nekoliko godina bio je nepoznanica, a danas gotovo u svakoj školi postoji bar jedno dijete s Aspergerovim poremećajem. Prvi ga je definirao bečki pedijatar Hans Asperger prije više od pedeset godina, no njegov rad nije bio međunarodno prepoznat sve do kraja dvadesetog stoljeća pa su tako sve donedavno roditelji i nastavnici primjećivali da nešto nije u redu s djetetom, ali nisu mogli objasniti zašto je takvo i kome se mogu obratiti za pomoć. Hans Asperger je opisao četiri dječaka čije su socijalne, jezične i kognitivne sposobnosti bile neobične i smatrao je to oblikom poremećaja ličnosti kojeg je nazvao „autistična psihopatija“. U to isto vrijeme Leo Kanner je objavio drugi opis autistične djece te su njihovi obrasci simptoma, za koje su upotrijebili isti naziv, bili slični. I Leo Kanner i Hans Asperger su opisali djecu sa siromašnim socijalnim interakcijama, nesposobnošću komunikacije i razvojem specifičnih interesa, no kod Kanner je bilo riječ o djeci s težim oblicima autizma, dok je Asperger opisivao sposobniju djecu (Attwood, 2010).

Lorna Wing je 1981. godine (prema Attwood, 2010), kao prva osoba koja je upotrijebila naziv Aspergerov sindrom, u svom članku navela kako neka djeca dok su mala pokazuju klasična autistična svojstva, no za razliku od autistične djece razvijaju fluentan govor i želju da se druže s drugima. Ona je opisala glavna klinička obilježja Aspergerovog sindroma, a to su nedostatak empatije, naivna, neodgovarajuća, jednostrana interakcija,

nepostojana ili smanjena sposobnost sklapanja prijateljstava, pedantan, repetitivni govor, slaba neverbalna komunikacija, intenzivna zaokupljenost određenim temama te nespretni i loše koordinirani pokreti i neobičan tjelesni stav. Nekada je Aspergerov sindrom smatran inačicom autističnog i pervazivno razvojnog poremećaja, a danas se smatra podskupinom pervazivno razvojnih poremećaja i ima vlastite dijagnostičke kriterije. Aspergerov poremećaj je uobičajeniji od klasičnog autističnog poremećaja te se može dijagnosticirati kod djece koja prije nisu smatrana autističnom (Attwood, 2010).

3.2.1. Dijagnoza Aspergerovog poremećaja

Teško je odmah prepoznati znakove kod djece koji upućuju na Aspergerov poremećaj. Kako bi se postavila dijagnoza Aspergerovog poremećaja najčešće se prolaze dvije faze. Prva faza uključuje roditelje i nastavnike koji popunjavaju upitnik ili ljestvicu procjene koja može upućivati na Aspergerov poremećaj, a druga faza obuhvaća dijagnostičku procjenu kliničara. Ljestvice za procjenu autističnog poremećaja nisu primjerene za djecu s Aspergerovim poremećajem pa su isključivo za djecu kod koje postoji mogućnost Aspergerovog sindroma, osmislili dvije nove ljestvice. Prva ljestvica je razvijena u Švedskoj, dok je druga predstavljena u Australiji, a temelj ljestvica su formalni dijagnostički kriteriji, znanstvena literatura o značajkama povezanim s Aspergerovim poremećajem te kliničko iskustvo (Attwood, 2010).

Australska ljestvica za Aspergerov poremećaj predstavlja upitnik osmišljen za otkrivanje ponašanja i sposobnosti koja upućuju na Aspergerov sindrom u djece tijekom prvih godina školovanja kada je neobičan obrazac ponašanja najuočljiviji. Upitnikom se ispituju socijalne i emocionalne sposobnosti, komunikacijske sposobnosti, kognitivne i motoričke vještine. Uz svako pitanje ili tvrdnju navedena je ljestvica procjene od 0 do 6 kod koje 0 označuje normalnu razinu koja se očekuje za djecu te dobi. Ukoliko se većina odgovara nalazi u rasponu od dva do šest postoji mogućnost, iako ne nužno, da dijete ima Aspergerov poremećaj te ga se upućuje na dijagnostičku procjenu. Tijekom dijagnostičke procjene, koja traje najmanje jedan sat, kliničar planira situacije kojima će izazvati specifična ponašanja i bilježi ih na popisu dijagnostičkih znakova. Procjenjuju se specifični aspekti socijalnih, jezičnih, kognitivnih i motoričkih vještina te kvalitativni aspekti djetetovih interesa, a određeno vrijeme dijete provede s roditeljima da bi se prikupili podaci o razvojnoj anamnezi (Attwood, 2010).

Novija istraživanja su pokazala kako postoji šest koraka do dijagnoze Aspergerovog poremećaja, a prosječna dob za postavljanje dijagnoze je osam godina, no raspon dobi kreće se od male djece do odraslih osoba. Prvi korak do dijagnoze je dijagnoza autističnog poremećaja u ranom djetinjstvu. Lorna Wing (prema Attwood, 2010) je uočila kako neka djeca koja su u predškolskoj dobi pokazivala znakove autističnog poremećaja, kasnije razvijaju fluentan govor, a njihove sposobnosti i ponašanje je u skladu s dijagnozom Aspergerovog poremećaja. Drugi korak je prepoznavanje simptoma nakon polaska u školu, što znači da su se djeca do polaska u školu potpuno normalno razvijala, a onda učitelji u školi primjećuju neke značajke koje bi mogle upućivati na autizam. Treći korak je atipični izraz drugog sindroma kada se djetetu kada se primjerice djetetu koje zaostaje u jezičnom razvoju prvo dijagnosticira jezični poremećaj, a tek kasnije dubljim opažanjem mu se postavlja točna dijagnoza Aspergerovog poremećaja. Četvrti korak je dijagnosticiranje autističnog ili Aspergerovog poremećaja u drugog člana obitelji jer postoje obitelji u kojima više od jednog djeteta ima Aspergerov poremećaj ili se taj poremećaj pojavljuje u nekoliko generacija. Peti korak je Aspergerov sindrom kao sekundarni psihijatrijski poremećaj kada djeca u prvim godinama školovanja budu pomalo ekscentrična ili povučena, a u adolescenciji tijekom nastojanja da se uklopi u društvo vršnjaka nailaze na ismijavanje i odbacivanje te postaju depresivna. Tada ih se uputi dječjem psihijatru koji shvati da je riječ o sekundarnoj posljedici Aspergerovog poremećaja. Šesti korak je rezidualni Aspergerov sindrom u odrasle osobe kada se roditelji ili rođaci djeteta s dijagnozom javljaju na dijagnostičku procjenu jer smatraju da su neka od obilježja bila prisutna u njihovom djetinjstvu. Uz ovih šest putova do dijagnoze važno je na vrijeme uočiti simptome koji bi mogli upućivati na Aspergerov poremećaj (Attwood, 2010).

3.2.2. Karakteristike djece s Aspergerovim poremećajem

Hans Asperger (prema Attwood, 2010) navodi kako se dijete s Aspergerovim poremećajem ne pridružuje drugima u igri i kako se može uspaničiti ako ga se prisili na igru s drugima. Mala djeca ne znaju kako bi se igrala s drugom djecom i čine se posve zadovoljna kada su sami. Igru s drugom djecom prihvaćaju sve dok druga djeca poštuju njihova pravila jer oni žele imati potpunu kontrolu nad aktivnošću. Kada se druga djeca žele uključiti u njihovu igru ona mogu postati agresivna da bi osigurala samoću. Mala djeca uživaju u samoći, no što su starija ona postaju svjesna svoje izoliranosti te s vremenom postaju istinski

motivirana za druženje s vršnjacima. Međutim, njihove vještine društvene igre su nezrele pa ih druga djeca često odbacuju (Attwood, 2010).

Djeca s Aspergerovim poremećajem nisu svjesna nepisanih pravila socijalnog ponašanja te često nenamjerno izgovore riječi koje mogu uvrijediti druge ljude. U tom slučaju važno je da drugi ljude shvate da dijete nije nepristojno već da ono ne zna drugu mogućnost koja bi bila obzirnija, odnosno ne zna kako njegove riječi djeluju na druge ljude. Kontakt očima i gledanje ljudima u lice za dijete s Aspergerovim poremećajem predstavljaju izazov. Ono ne može shvatiti da oči prenose informaciju o psihičkom stanju i osjećajima osobe s kojom razgovaraju. Lorna Wing (1992) spominje osobu s Aspergerovim poremećajem koja je rekla : *“Ljudi jedni drugima šalju poruke očima, no ja ne znam što govore.”* (Attwood, 2010, str. 54). Također njima nedostaje empatije pa ona imaju problema s razumijevanjem tuđih emocija i izražavanjem vlastitih emocija (Attwood, 2010). Unatoč dobro razvijenoj inteligenciji, često su loši učenici zbog poremećaja koncentracije koji nastaje tako da je njihova pažnja ometana ne izvana nego iznutra tj. oni se bave sami sobom (Remschmidt, 2009).

Istraživanja pokazuju da gotovo 50% djece s Aspergerovim poremećajem kasni u jezičnom razvoju, ali do dobi od pet godina obično govore fluentno. Dijete uspješno usvaja izgovor i gramatiku, no razlikuje se od ostale djece u područjima pragmatike (uporabe jezika u socijalnom kontekstu), semantike (neshvaćanja da riječ može imati nekoliko značenja) i prozodije (postojanje neobične visine glasa, naglaska ili ritma). Djeca s Aspergerovim poremećajem sklona su doslovnom tumačenju onoga što druga osoba kaže, a u razgovoru nema razlika u visini, naglascima, ritmu ili melodičnosti govora. Za njih je također karakteristično razmišljanje naglas, koje je normalno za malu djecu, no kod djece s Aspergerovim poremećajem to traje duže nego što je uobičajeno. Kada istovremeno govori više ljudi, dijete s Aspergerovim poremećajem teško će svoju pažnju usmjeriti na glas jedne osobe i zbog toga će biti zbunjeno jer neće razumjeti što ljudi govore (Attwood, 2010).

Djeca s Aspergerovim poremećaje vole rutinu i teško se nose s promjenama u svakodnevici, a to ustrajanje na rutini se smanjuje s odrastanjem, no promjene se nikad ne toleriraju s lakoćom. Istraživanjima je dokazano da između 50 i 90% djece s Aspergerovim poremećajem imaju teškoća s motoričkom koordinacijom, a posebno su zahvaćeni hodanje i trčanje (nedostatak koordinacije gornjih i donjih udova pa djeca hodaju bez pridruženih pokreta zamaha ruku), vještine s loptom (loše koordinirani pokreti prilikom hvatanja i bacanja

lopte), ravnoteža (nemogućnost održavanja ravnoteže prilikom stavljanja jednog stopala ispred drugog), spretnost ruku te rukopis (Attwood, 2010). Također imaju teškoće u zamišljanju i uvažavanju misli i osjećaja drugih osoba te ne mogu shvatiti da će njihova primjedba kod drugih ljudi izazvati uvredu ili nelagodu, a da isprika može pomoći da se osoba osjeća bolje. Kao što autistična djeca pokazuju osjetljivost na podražaje iz okoline, tako su i djeca s Aspergerovim poremećajem preosjetljiva na zvukove, dodir, okus, jakost svjetla, boje i arome, dok neznatno reagiraju na razine boli i temperature koje bi drugima bile nepodnošljive.

3.3. Rettov poremećaj

Rettov poremećaj je progresivni neurorazvojni poremećaj koji se pojavljuje između šestog i osamnaestog mjeseca života isključivo kod djevojčica. U početnoj fazi nalikuje na autistični poremećaj pa se često zamjenjuje s njim. Bečki pedijatar Andreas Rett je 1966. godine (prema Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010) prvi predstavio poremećaj objavivši izvješće u German Medical Publicationu te je kasnije taj poremećaj nazvan po njemu. Bolest se manifestira s tri simptoma: autističnim ponašanjem, intelektualnim propadanjem i progresivnom ataksijom. Dijete s poremećajem je u početku naizgled potpuno zdravo te su trudnoća majke, porođaj i rani razvoj do šestog mjeseca sasvim uredni. Majke opisuju tu djecu kao različite jer su mirnija i ne jako napredna, no ne mogu objasniti u čemu je razlika. Prvi jasniji simptomi javljaju se nakon šestog mjeseca. Dijete koje je puzalo prestaje to raditi, postaje nezainteresirano za okolinu, zatvara se u sebe te se psihički mijenja što su razlozi zašto se poremećaj u početku dijagnosticirao kao autistični poremećaj. No, ti simptomi su sve do 18 mjeseci slabo primjetni te se tek s godinu i pol počinju prepoznavati osnovni simptomi kao što su intelektualno propadanje, gubitak interesa za okolinu, loša komunikacija, zastoj u razvoju fine i grube motorike te gubitak stečenih funkcija. Gotovo 80% djevojčica s Rettovim poremećajem ima epilepsiju, a kod svih je prisutno intelektualno oštećenje većeg stupnja. Dijagnoza Rettovog poremećaja se postavlja na temelju anamnestičkih podataka kliničke slike, a često se zamjenjuje s autističnim poremećajem, težim intelektualnim oštećenjem ili cerebralnom paralizom u uznapredovanom stadiju bolesti (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Dijagnostički kriteriji za Rettov poremećaj prema DSM-IV klasifikaciji za duševne poremećaje (prema Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010) :

A. Svi sljedeći:

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

B. Početak svih sljedećih nakon razdoblja normalnog razvoja:

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

Tijek poremećaja razlikuje od autističnog poremećaja, a najčešće se iskazuje u četiri osnovna stadija. Prvi stadij bolesti je rani početak stagnacije razvoja djeteta između šestog i osamnaestog mjeseca života. Taj stadij, u kojem se zaostajanje u razvoju tek počinje primjećivati, traje od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci. Drugi stadij bolesti čini brzi razvojni regres od prve do četvrte godine u kojem djevojčice gube postignute motoričke i komunikacijske vještine te kontakt očima. Osim toga, često su neraspoložene i kod njih se pojavljuju stereotipni pokreti, prinošenje ruku ustima i plaženje jezika. Taj stadij traje od nekoliko tjedana do jedne godine. Treći stadij je pseudostacionarni period u kojem se komunikacija donekle vraća u prijašnje stanje. Neke djevojčice ostaju nepokretne, no većina ih održava sposobnost kretanja uz sporu neuromotornu regresiju. Stadij traje od nekoliko do deset godina. U četvrtom stadiju nastaje kasna motorička deterioracija i potpuna motorička nesamostalnost, propadanje psihičkih funkcija i distalna distorzija. Ukoliko djevojčica s poremećajem hoda taj hod je nesiguran, kolebljiv, a neke djevojčice nikad ne nauče sjediti ni hodati. Četvrti stadij traje desetljećima.

Osim epileptičnih napada, za osobe s Rettovim poremećajem karakterističan je i promijenjen EEG nalaz (generalizirani spori valovi ili multifokalni šiljci), a tijekom spavanja

se gubi N-REM faza spavanja. Ne postoji lijek koji može izliječiti Rettov poremećaj već se lijekovima mogu kontrolirati epileptični napadaji. Osobama s Rettovim poremećajem pomažu glazboterapija, hidroterapija i podvodna masaža (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

3.4. Dezintegrativni poremećaj

Dezintegrativni poremećaj, koji se još naziva i dezintegrativna psihoza, Hellerov sindrom ili dječja demencija, jest poremećaj koji se pojavljuje između treće i pete godine. Prvi ga je opisao austrijski neuropsihijatar Theodor Heller 1908. godine, a nazvao ga je *dementia infantilis*. Dijete s dezintegrativnim poremećajem je do treće godine potpuno zdravo, a nakon tog zdravog razdoblja dolazi do potpunog pogoršanja gotovo svih psihičkih funkcija pa tako dijete prestaje komunicirati, govoriti, pratiti zbivanja u okolini, prestaje kontrolirati sfinktere, zaboravlja naučene vještine. Poremećaj je iako rijedak, izuzetno težak, a njegova etiologija još nije jasno utvrđena pa se kao i ostali poremećaji iz autističnog spektra dijagnosticira na temelju kliničke slike i kliničkog tijeka. Simptomi su slični kao kod autističnog poremećaja, a većinom se javlja u akutnoj fazi u obliku konfuzije, povlačenja i hiperaktivnosti. Rutter (prema Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010) spominje dva moguća početka bolesti: prvi nagli koji se javlja u nekoliko dana ili tjedana te drugi postupni početak koji traje od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci. Kod djeteta dolazi do gubljenja uspostavljene normalne inteligencije, osiromašenja govora, stereotipije te djeca izgledaju potpuno izgubljeno. Također mogu postati anksiozna, razdražljiva, negativistična, burno reaguju s provokativnim faktorima ili bez njih. Poremećaj je učestaliji kod dječaka, a važno je da ga se odvoji od Rettova i autističnog poremećaja. Prognoza kod dezintegrativnog poremećaja je loša (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). Liječenje poremećaja za sada ne postoji, a mogu se samo poduzeti mjere koje će olakšati nošenje s poremećajem i zaštititi bolesnike od daljnjih oštećenja (Reschmidt, 2009). DSM-IV klasifikacija navodi neke dijagnostičke kriterije za dezintegrativni poremećaj (prema Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010), a to su:

A. Očito normalan razvoj tijekom najmanje prve dvije godine života koji se očituje odgovarajućom verbalnom i neverbalnom komunikacijom, socijalnim odnosima, igrom i adaptivnim ponašanjem primjerenim dobi.

B. Klinički značajan gubitak već usvojenih vještina (prije 10. godine) na najmanje dva od sljedećih područja:

1. jezično razumijevanje i izražavanje
2. socijalne vještine ili adaptivno ponašanje
3. kontrola sfinktera
4. igra
5. motoričke vještine

C. Abnormalnosti funkcioniranja na najmanje dva od sljedećih područja:

1. kvalitativno oštećenje socijalnih interakcija (npr. oštećenje neverbalnih načina ponašanja, izostaje razvoj odnosa s vršnjacima, nema socijalne ili emocionalne uzajamnosti)
2. kvalitativno oštećenje komuniciranja (npr. govorni jezik kasni ili se ne razvija, nesposobnost započinjanja ili održavanja konverzacije, stereotipna i repetitivna upotreba jezika, izostaju razne igre pretvaranja)
3. ograničeni, repetitivni i stereotipni modeli ponašanja, interesa i aktivnosti, uključujući motoričke stereotipije i manirizme.

D. Smetnja nije bolje opisana kao neki drugi pervazivni razvojni poremećaj ili shizofrenija.

3.5. Atipični autizam

MKB-10 klasifikacija navodi atipični autizam kao posebnu kategoriju pervazivnih razvojnih poremećaja koji ima neka obilježja autističnog poremećaja, ali ne zadovoljava sve dijagnostičke kriterije (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). O atipičnom autizmu se govori kad postoji pervazivni razvojni poremećaj koji se razlikuje od autističnog poremećaja po tome što se pojavljuje nakon treće godine života i ne odgovara kriterijima za autistični poremećaj u sva tri područja (Remschmidt, 2009). Simptomi koji ga povezuju s autističnim poremećajem su: povlačenje od ljudi, uzmicanje u svijet fantazija, mutizam ili uporaba jezika na nekomunikativan način, bizarnosti u držanju, stereotipije, ravnodušnost ili provale anksioznosti i ljutnje, inhibicija, rituali, pomanjkanje kontakta oči u oči. Uzroci atipičnog autizma mogu biti nasljedni, biološki ili psihološki. Uglavnom je teško razdvojiti kliničke slike autističnog poremećaja i atipičnog autizma, a etiologija oba poremećaja je još uvijek nepoznata. Atipični autizam se pojavljuje kod djece s težim intelektualnim oštećenjem te kod djece kod kojih je intelektualno oštećenje primarno, a simptomi autističnog poremećaja sekundarni. Dijagnostička kategorija je neodređena pa se prema DSM-IV klasifikaciji ubraja

u pervazivne- razvojne poremećaje, neodređene (F84.9) (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

4. DSM-V KLASIFIKACIJA

Danas je vodeći klasifikacijski sustav razvojnih poremećaja, Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje (DSM-V) američke psihijatrijske udruge koji je izvorno objavljen u svibnju 2013. Godine (Ružičasti oblak, 2019). DSM-V donosi promjene u klasifikacijski sustav pa tako poremećaji koji su prema DSM-IV pripadali kategoriji poremećaja obično dijagnosticirani kod dojenčadi, u djetinjstvu ili adolescenciji, prema novoj klasifikaciji pripadaju kategoriji neurorazvojnih poremećaja. DSM-IV je navodila zasebnu kategoriju pervazivnih razvojnih poremećaja koja je uključivala pet podskupina: autistični poremećaj, Rettov sindrom, dezintegrativni poremećaj, Aspergerov sindrom i pervazivni razvojni poremećaj- neodređen, a DSM-V objedinjuje tih pet podskupina te ih svrstava u kategoriju poremećaj iz spektra autizma (Ružičasti oblak, 2019).

DSM-V, tri kriterija iz DSM- IV (socijalna interakcija, komunikacija, ograničeni interesi) svodi na dva kriterija (poremećaj socijalne interakcije/komunikacije te ograničeni interesi i repetitivna ponašanja) (Ružičasti oblak, 2019). Kriteriji koji prema DSM-V trebaju biti zadovoljeni za postavljanje dijagnoze poremećaja iz spektra autizma su sljedeći (Popčević, Ivšac Pavliša, Šimleša, 2015):

- 1) klinički značajni, perzistentni nedostaci u socijalnoj komunikaciji i interakciji koji se manifestiraju kao znatni nedostaci u neverbalnoj i verbalnoj komunikaciji u socijalnim interakcijama, nedostatak socio-emocionalne recipročnosti, nedostaci u razvijanju, održavanju i razumijevanju ljudskih odnosa
- 2) Ograničeni, repetitivni oblici ponašanja, interesa i aktivnosti koji se manifestiraju kao stereotipna motorna ili verbalna ponašanja, pretjerano pridržavanje rutina i ritualnih oblika ponašanja, restriktivni interesi, neuobičajena senzorička obrada
- 3) Simptomi moraju biti prisutni u ranom djetinjstvu (ali ne moraju se potpuno očitovati prije nego socijalni zahtjevi prijeđu ograničene sposobnosti).

Osobama kod kojih je prema DSM-IV postavljena dijagnoza autističnog poremećaja, Aspergerova poremećaja ili pervazivnog razvojnog poremećaja- neodređenog, treba dati dijagnozu poremećaja iz spektra autizma. S druge strane, za osobe kod kojih su prisutni deficiti u socijalnoj komunikaciji, no simptomi ne ispunjavaju kriterije za poremećaj iz

spektra autizma, treba ispitati mogućnost socijalnog (pragmatičnog) komunikacijskog poremećaja (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

RAZINA TEŽINE	SOCIJALNA KOMUNIKACIJA	OGRANIČENA, REPETITIVNA PONAŠANJA
<p>Razina 3</p> <p>'Zahtijeva vrlo veliku podršku'</p>	<p>Teški nedostaci u vještinama verbalne i neverbalne socijalne komunikacije uzrokuju teško odstupanje u funkcioniranju, vrlo ograničeno započinjanje socijalnih interakcija i minimalan odgovor na pokušaje socijalnog približavanja drugih osoba.</p>	<p>Nefleksibilnost ponašanja, izrazita teškoća suočavanja s promjenom ili druga ograničena/repetitivna ponašanja značajno ometaju funkcioniranje u svim područjima. Jaka uznemirenost/teškoća pri promjeni fokusa ili djelovanja.</p>
<p>Razina 2</p> <p>'Zahtijeva veliku podršku'</p>	<p>Naglašeni nedostaci u vještinama verbalne i neverbalne socijalne komunikacije, socijalno je odstupanje očito čak i uz primjerenu podršku, ograničeno je započinjanje socijalnih interakcija, a oslabljeni su ili atipični odgovori na pokušaje socijalnog približavanja drugih osoba.</p>	<p>Nefleksibilnost ponašanja, teškoća suočavanja s promjenom ili druga ograničena/repetitivna ponašanja pojavljuju se dovoljno često da budu očita usputnom opažaju i da ometaju funkcioniranje u različitim kontekstima.</p>
<p>Razina 1</p> <p>'Zahtijeva podršku'</p>	<p>Bez primjerene podrške, poremećaj socijalne komunikacije očituje se u svakodnevnim situacijama. Teškoće u započinjanju socijalnih interakcija i jasni primjeri atipičnih ili neuspješnih odgovora na pokušaje socijalnog približavanja od drugih osoba. Može se činiti da su smanjeno zainteresirani u socijalnim interakcijama.</p>	<p>Nefleksibilnost ponašanja uzrokuje značajno ometanje funkcioniranja u jednom ili više konteksta. Teškoća pri izmjenjivanju aktivnosti. Problemi organizacije i planiranja sprečavaju neovisnost.</p>

Slika2. Razine težine poremećaja iz spektra autizma (Američka psihijatrijska udruga, 2014; prema Ružičasti oblak,2019)

Uvođenjem promjena u DSM, kliničari mogu koristiti jednu dijagnozu za poremećaj iz spektra autizma uz koju pridružuju klasifikaciju stupnja težine poremećaja prema kojoj se potom određuje odgovarajući stupanj podrške (Ružičasti oblak, 2019).

5. POSEBNE SPOSOBNOSTI DJECE S AUTIZMOM

Djeca s autizmom koja pokazuju izuzetne sposobnosti za neko usko područje nazivaju se *idiot-savant* osobe ili *autistic savant* (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). Prije su takva djeca bila rijetkost, no u današnje vrijeme poznat je velik broj takve djece. Hill je 1974. godine definirao *idiot-savante* kao osobe s intelektualnim oštećenjem koje pokazuju jednu ili više sposobnosti iznad razina očekivanih za prosječne osobe. Te osobe pokazuju visoke sposobnosti u različitim područjima: pamćenju, matematici, umjetnosti, glazbi, izračunavanju kalendara, mehaničkim sposobnostima i drugim. Roditelji takve djece nisu se slagali s nazivom *idiot-savant*, pa je Goodman 1972. godine zamijenio taj pojam pojmom *autistic-savant*. Jedan od najvećih istraživača ovog područja jest Bernard Rimland koji je i sam bio roditelj autističnog dječaka s posebnim sposobnostima u području slikarstva. Autistična djeca s talentom imaju povišenu razinu serotonina u krvi, za razliku od djece koja pokazuju samo simptome autizma. Hill i Rimland su utvrdili da su posebne sposobnosti češće kod dječaka, a Goddard je utvrdio da su te sposobnosti genetski određene te da bi ta djeca bila nadarena i da nemaju autizam. Talenti kod djece postaju vidljivi oko druge, najkasnije treće godine te nakon godinu-dvije doživljavaju vrhunac. S vremenom se razvijaju druge sposobnosti pa se intenzitet posebnih sposobnosti često gubi. Hillovo izvješće pokazuje da se osobe s talentom razlikuju na WECHSLER subtestovima od onih s autizmom i intelektualnim oštećenjem bez sposobnosti, i da postižu bolje rezultate u informiranosti, aritmetici, kratkoročnom pamćenju i slaganju Kohsovih kocaka. Osobe s posebnim sposobnostima Hill dijeli na tri podskupine. Prvu podskupinu čine osobe koje imaju odlično pamćenje i mogu izračunavati kalendar te postižu jednake rezultate na verbalnim i neverbalnim subtestovima. Drugu podskupinu čine osobe koje su nadarene za glazbu i bolje na verbalnim subtestovima, a treća podskupina obuhvaća osobe koje su nadarene za umjetnost i uspješnije na neverbalnim testovima (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Posebne sposobnosti djece s autizmom još uvijek nisu potpuno razjašnjene te postoji nekoliko hipoteza o tome zašto i kako se te sposobnosti pojavljuju. Prvu hipotezu iznio je Rimland, a ona glasi da zdrave osobe mogu pozornost usmjeriti na sitne detalje ili neko široko područje, a osobe s autizmom to ne mogu pa ona usmjeruju svoju pozornost na usko područje iz kojeg se razvija talent zbog stalne autostimulacije i vježbe. Druga hipoteza povezuje pojavu talenta s većom ulogom subdominantne (desne) moždane hemisfere kod osoba s autizmom. *Autistic-savant* osobe zbog genetskog oštećenja dominantne (lijeve) hemisfere mozga imaju

probleme s usmjeravanjem pozornosti, ograničen interes te oštećene mnoge kognitivne funkcije. Subdominantna (desna) hemisfera mozga preuzima mnoge funkcije koje su ograničene, a od kojih se jedna ili više njih u neke djece razvije u talent (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Neke zapažene sposobnosti *autistic-savanata* koje su zabilježene u literaturi su: šestomjesečno dojenče koje je mrmrljajući moglo reproducirati cijele arije koje bi čulo, petogodišnji dječak koji je mogao rastaviti sat, televizor ili usisavač i ponovno ga sastaviti, slijepa osoba koja je fantastično crtala, autistična djevojčica koja je mogla reproducirati cijele stranice teksta bez ijedne greške nakon samo jednog viđenja te autistični dječak koji je imao tako savršenu motornu koordinaciju da je mogao hodati po ogradi kreveta bez pridržavanja (Nikolić i sur., 1992).

6. UČINKOVITI POSTUPCI U TRETMANU AUTISTIČNIH POREMEĆAJA

Intenzivno bavljenje autističnim poremećajima dovelo je do učinkovitih terapijskih postupaka, no unatoč velikom napretku još uvijek nema jednoznačno učinkovitog tretmana autističnih poremećaja. Za terapijske postupke se ne može tvrditi da mogu izliječiti autističan poremećaj, ali mogu dovesti do značajnog poboljšanja. Prije nego što se pojedini terapijski postupak primijeni potrebno je obaviti detaljan pregled te utvrditi simptome (Reschmidt, 2009). U sljedećim potpoglavljima bit će opisani neki postupci i metode koji su se pokazali učinkovitima.

6.1. Programi rane intervencije

Prema Reschmidt (2009) autističnu djecu treba rano podvrći odgovarajućim postupcima poticanja kako bi se oštećenje smanjilo na najmanju moguću mjeru. Programi rane intervencije se provode u ambulantomama za autizam ili u posebno organiziranim interdisciplinarnim ambulantomama za autističnu djecu u psihijatrijskim bolnicama za djecu i mladež. U pravilu obuhvaćaju nekoliko koraka. Prvi korak je postavljanje dijagnoze, što se nažalost često događa prekasno. Nakon što se postavi dijagnoza potrebno je razgovarati s roditeljima, odnosno za dijete važnim osobama kako bi se ustanovila priroda poremećaja i detaljno raspravili postupci koji će se primjenjivati. U trećem koraku treba izraditi detaljan razvojni profil autističnog djeteta, a da bi se to moglo učiniti treba promatrati dijete u različitim situacijama, njegov kontakt i socijalno ponašanje s roditeljima i drugim za njega važnim osobama. Osim toga, razvojni profil treba obuhvatiti psihodijagnostički nalaz s objektivnim mjerama inteligencije, osjetne funkcije, neurološki pregled, nalaze EEG-a te po potrebi nalaze slikovnih prikaza mozga. Na temelju razvojnog profila se potom u četvrtom koraku zajedno s roditeljima razvija nacrt poticanja i terapije, a osim roditelja u taj nacrt poticanja treba uključiti i druge osobe i ustanove koje se bave djetetom (npr. dječji vrtić, mala škola). U planiranje terapije i poticanja ulazi i planiranje vremena, a preporuča se da se u početku planiraju kraća vremenska razdoblja (npr. u godišnjim razmacima). Posebno treba biti oprezan s prognozom koja je u početku krajnje nesigurna, ali što se dulje radi s djetetom bolje se upoznaju njegove sposobnosti i mogućnosti te prognoza postaje sigurnija (Reschmidt, 2009).

Programi rane intervencije daju pozitivne rezultate. Primjenom programa kod djece se dobiva jasno ubrzanje razvoja, što rezultira značajnim povećanjem kvocijenta inteligencije, napredovanjem u razvoju govora, poboljšanjem socijalnog ponašanja i povlačenjem autističnih simptoma. Djeca pokazuju veći napredak ukoliko se postupci počinju primjenjivati rano, između druge i četvrte godine života, i kad su dovoljno intenzivni (najmanje 15 sati tjedno) te traju dovoljno dugo (jednu do dvije godine). Rano uvedeno i kompetentno provedeno rano poticanje može dati vrlo dobre rezultate u poticanju cjelokupnog razvoja djeteta (Reschmidt, 2009).

6.2. Bihevioralna terapija

Postupak bihevioralne terapije kod autistične djece u osnovi se ne razlikuje od postupaka kod drugih poremećaja, ali pojedine postupke treba modificirati i prilagoditi posebnostima autistične djece i mladeži. Lovaas je (prema Reschmidt, 2009) među prvima primijenio metode bihevioralne terapije kod autističnih poremećaja, polazeći od tri osnovne pretpostavke:

1. Autizam se ne promatra kao poremećaj socijalnih odnosa, već kao poremećaj percepcije i kognicije (obrade percipiranih podataka), a kod Aspergerova sindroma dominira poremećaj socijalnih odnosa, ali se on promatra kao karakterna osobina,
2. Uzrok poremećaja još nije poznat pa ga nije moguće uključiti u terapiju, ali modifikacija ponašanja je moguća i bez poznavanja uzroka. Modifikacija je vidljiva u uspostavljanju poželjnog i napuštanju nepoželjnog, odnosno poremećenog ponašanja.
3. Osim stručnjaka, postupke bihevioralne terapije mogu provoditi i roditelji i druge djetetu važne osobe, ukoliko su naučile postupke i razumiju njihove principe, ali tu postoje ograničenja.

Cilj metode bihevioralne terapije je usvajanje poželjnih obrazaca ponašanja te napuštanje nepoželjnih. Pod pojmom poželjni obrasci ponašanja se podrazumijevaju razvoj govornog jezika i poticanje govorne komunikacije te poticanje socijalne interakcije i komunikacije. S druge strane, u nepoželjna ponašanja se ubrajaju redukcija samostimulacije, stereotipija (motoričke nesvršishodne radnje), samoozljeđivanja, ispadi bijesa i agresivnost (Reschmidt, 2009).

Primijenjene strategije bihevioralne terapije moguće je podijeliti u tri skupine: prethodne intervencije, intervencije koje slijede i intervencije za razvijanje vještina. U

skupinu prethodnih intervencija pripadaju promjene okruženja koje smanjuju vizualno odvratanje te time dovode do smanjenja samostimulacije i povećanja ponašanja usmjerenog na zadatke. Na autistično dijete pozitivno djeluje ukoliko boravi u društvu normalno razvijene djece jer mu ona služe kao modeli prema kojima se može orijentirati. U skupinu intervencija koje slijede pripadaju postupci koji se koriste s ciljem utjecaja na određeno ponašanje koje je najčešće poremećeno. Intervencije za razvijanje vještina uključuju razvijanje govornog jezika, poticanje opće komunikacije, trening socijalnih vještina i uvježbavanje svakodnevnih aktivnosti (Remschmidt, 2009).

Dva su najpoznatija bihevioralna programa koja se ističu u literaturi, prvi je Lovaasov bihevioralni pristup ABA, a drugi je TEACCH program Schoplera i suradnika. Lovaas je izvijestio o dramatičnim promjenama vezanih uz napredak intelektualnog i socijalnog razvoja primjenom njegova bihevioralnog programa. TEACCH program, koji se zasniva na spoznaji da su kod autistične djece korisni dobro strukturirani programi, također se pokazao učinkovitim, posebice ako ga u nastavi primjenjuju iskusni učitelji (Remschmidt, 2009).

6.3. Muzikoterapija

„Muzikoterapija je disciplina koja koristi jezik zvukova i glazbe u odnosu klijenta i terapeuta kao sredstvo unutar sistematičnog procesa intervencije s preventivnim, rehabilitacijskim i terapijskim ciljevima“ (Bruscia,1987; prema Burić Sarapa, Katušić, 2012, str. 125). To je proces intervencije u kojem terapeut pomaže klijentu u postizanju zdravlja koristeći se pritom glazbenim iskustvom i odnosom koji se razvija kroz dinamičku snagu promjene. Osnovna struktura terapijskog procesa se sastoji od procjene, odnosno definiranja potrebe, planiranja intervencije i evaluacije konačnog ishoda. Muzikoterapeut prije početka muzikoterapije mora saznati podatke o snazi i potrebi klijenta te spoznati svoju ulogu u tom procesu i kako u njemu upotrijebiti glazbu. Najvažnije je znati da cilj muzikoterapije nije razvoj glazbenih vještina, iako se to može dogoditi tijekom terapije (Burić Sarapa, Katušić, 2012).

Disfunkcija središnjeg živčanog sustava, koja je prisutna kod autistične djece, ometa kodiranje i interpretiranje informacija poput govornog jezika i facijalne ekspresije. Zbog toga su autističnoj djeci poruke iz okoline nejasne i zbunjujuće te se ona polako povlače iz socijalne interakcije. Svrha muzikoterapije kod autistične djece je ostvarivanje komunikacijskih, kognitivnih, perceptivno-motornih, socijalnih i emocionalnih potreba.

Pritom, muzikoterapeut nastoji putem glazbenog iskustva razviti postojeće vještine, promijeniti specifična ponašanja ili naučiti djecu nove vještine. Glavna prednost muzikoterapije je što nudi mogućnost izbora i promjene unutar pojedine aktivnosti, odgovara na djetetovu inicijativu, preoblikuje različite načine komuniciranja te proširuje i izrađuje teme pogodne za djetetovu verbalnu i neverbalnu komunikaciju. Istraživanja su pokazala da muzikoterapija pozitivno djeluje na kognitivni, govorni i socijalno-emocionalni razvoj (Burić Sarapa i Katušić, 2012).

Goldstein (prema Burić Sarapa i Katušić, 2012) je istraživao kako muzikoterapija djeluje na inteligenciju i mogućnost zadržavanja pažnje te je zabilježen značajan napredak tri mjeseca nakon početka seansi. Provodeći seanse povećavao se djetetov interes za aktivnostima (pjevanje, pokret i ples), a njegovo emocionalno stanje je utjecalo na pažnju koja je postajala sve dugotrajnija i usmjerenija. Glazba može pomoći kod razvoja govora, odnosno razvoja neverbalnog načina komuniciranja. Vokalna improvizacija, koja se koristi u muzikoterapiji, a sastoji se od vokala i konsonanata, može poslužiti u svrhu stimulacije ili oblikovanja vokalne ekspresije te poboljšanja prozodijskih oblika govora. Muzikoterapija autističnoj djeci pruža alternativnu komunikaciju u kojoj ona izražavaju osjećaje i misli putem glazbe. Edgerton (1994; prema Burić Sarapa i Katušić, 2012) je Skalom komunikacijskih odgovora- CRASS procijenio učinak glazbene improvizacije na govorni razvoj. Njegovo istraživanje je pokazalo kako glazbena improvizacija može pozitivno djelovati na razvoj komunikacijskih vještina kao što je proširivanje rječnika te razvoj spontane i svrhovite komunikacije. Istraživanja su pokazala da terapijske pjesme mogu smanjiti nepoželjne oblike ponašanja i negativne emocije, a muzikoterapija potiče stvaranje socijalnih odnosa kod djece s poremećajem iz autističnog spektra (Burić Sarapa i Katušić, 2012).

7. ODGAJATELJ U RADU S DJECOM S POREMEĆAJIMA IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA

Predškolski odgoj djece s teškoćama u razvoju provodi se u redovnim dječjim vrtićima kao potpuna ili djelomična integracija te u posebno odgojno- obrazovnim ustanovama (prema Popčević, Ivšac Pavliša, Šimleša, 2015). Djeca s poremećajem iz autističnog spektra se većinom uključuju u program redovnih vrtića, iako neki stručnjaci smatraju da se autističnoj djeci u redovnim vrtićima neće osigurati odgovarajuće usluge ni podrška te da će biti socijalno izolirana ili zlostavljana od strane vršnjaka. Stoga se oni ne slažu da bi djeca s poremećajem iz autističnog spektra mogla imati koristi od uključivanja u redovni vrtić. Mnogi autori navode kako predškolske ustanove nisu dovoljno pripremljene za inkluzivna okruženja i razumijevanje potreba djece s teškoćama, zbog nedostatka primjerenog osposobljavanja i usavršavanja odgojitelja, što dodatno otežava predškolsko uključivanje (Popčević, Ivšac Pavliša, Šimleša, 2015). Postoje brojne predrasude i zablude o poremećajima iz autističnog spektra. Najčešće su to predrasude o tome da su djeca s poremećajem iz autističnog spektra agresivna, emocionalno hladna i da se ne žele socijalizirati. Ako stručni suradnici i odgojitelji u dječjem vrtiću imaju takve stavove, dijete s poremećajem iz autističnog spektra se neće osjećati poželjno u odgojno- obrazovnoj skupini. S druge strane pozitivna iskustva stručnih suradnika i odgojitelja omogućit će da inkluzija bude potpuna (Vrljičak, Frey Škrinjar, Stošić, 2016).

Odgojitelj je ključni čimbenik uključivanja djece s teškoćama te se on, ukoliko je dijete s poremećajem iz spektra autizma uključeno u redovnu ili posebnu skupinu, mora dodatno educirati kako bi povećao opseg svojih kompetencija u inkluzivnoj praksi. Kada se dijete s poremećajem iz spektra autizma uključuje u posebne skupine, ono u toj skupini može boraviti najviše dvije godine kada se uključuje u redovnu skupinu ili u specijaliziranu ustanovu (Trnka, Skočić Mihić, 2012).

Odgojitelj koji u svojoj skupini ima dijete s poremećajem iz spektra autizma treba prostor i materijale prilagoditi djetetu. Prostor treba organizirati tako da bude pregledan, strukturiran, vizualno i po obilježjima tematski odijeljen. Ne smije biti prenatrpan i treba biti jasno što se u kojem dijelu prostora nalazi. Zidovi su neutralne boje. Igračke su posložene, sortirane u kutije na kojima se nalazi slika kao simbol onoga što se nalazi u pojedinoj kutiji. Organizacija prostora znatno utječe na djecu s poremećajem iz spektra autizma jer oni imaju snažan osjećaj reda i redovitosti te paničan strah od promjena. Teško predviđaju što će se

dogoditi, naročito ukoliko se promijeni njihova svakodnevna rutina koja im daje sigurnost (Trnka, Skočić Mihić, 2012). Djeca s poremećajem iz spektra autizma mogu sudjelovati u većini aktivnosti, no postoje i neke u kojima ona ne mogu sudjelovati pa u tim slučajevima odgojitelj treba te aktivnosti osmisliti na način da svima omogući sudjelovanje u njima. Odgojitelji su važni u socijalnoj interakciji djece s poremećajem iz spektra autizma i ostale djece iz odgojno-obrazovne skupine jer oni potiču zajedničku igru, aktivnost i razvijanje socijalnih vještina kod djece (Klepec, 2016).

Osim pripreme odgojitelja, potrebno je pripremiti i ostalu djecu u odgojnoj skupini u koju dolazi dijete s poremećajem iz spektra autizma. Djecu treba upoznati s ovom vrstom poremećaja kako bi ona bila svjesna da dijete s autizmom nije manje vrijedno od njih i da treba prihvatiti različitost tog djeteta (Klepec, 2016).

Temeljni element u odgoju i obrazovanju djece s poremećajima iz spektra autizma je suradnja odgojitelja i roditelja. Odgojitelj bi kroz tjedne individualne sastanke s roditeljima djece s poremećajem iz autističnog spektra, upoznati roditelje s obrazovnim pristupima koje koristi u radu, ukazati na djetetov napredak te im dati savjete što mogu učiniti kod kuće. Važno je da se oni međusobno razumiju i poštuju kako bi mogli zajednički dolaziti do novih, kreativnih rješenja (Trnka, Skočić Mihić, 2012).

8. OBITELJI DJECE S POREMEĆAJIMA AUTISTIČNOG SPEKTRA

Rođenjem djeteta s teškoćama u razvoju roditelji se suočavaju s pojačanim zahtjevima i izazovima koje donosi nova životna situacija, a koji zahtijevaju dodatnu angažiranost oba roditelja te pronalaženje načina za poticanje djetetovog razvoja (Milić Babić, Franc, Leutar, 2013). Autistično dijete stvara autističnu obitelj, socijalno izoliranu koja se postupno povlači. U početku je uzrok tom povlačenju sram i želja da se sve prikrije, a kasnije nemogućnost i nesposobnost da se autistično dijete smjesti u donekle prihvatljive socijalne okvire (Nikolić i sur., 1992). Svaka obitelj reagira na individualan način. Neke obitelji doživljavaju autizam kao poražavajući udarac, a nekima je olakšanje to što su saznali što je njihovom djetetu. Prvi mjeseci nakon saznanja bit će mjeseci prilagodbe za obitelj. U početku se kod obitelji javlja osjećaj tuge zbog očekivanja kakvo će njihovo dijete biti koja se nikad neće ispuniti. Kada obitelj prihvati dijete zajedno s njegovom teškoćom, slijedi spoznaja da su autistična djeca prije svega djeca, ali da im je potrebna dodatna pomoć u svladavanju njihovih problema. Roditelji mogu razmišljati o budućnosti te biti zabrinuti što će njihovo dijete postati kad odraste, pa se kod prekretnica u djetetovom životu kao što je prijelaz u srednju školu može pojaviti žalost. Važno je da roditelji budu svjesni utjecaja djeteta s poremećajem iz spektra autizma na obiteljski život. Odlazak na obiteljski odmor će biti otežan jer pri tome dijete izlazi iz svoje svakodnevne rutine, a pristup dječjoj skrbi i dadiljama također može biti teži nego drugim roditeljima (Morling i O'Connell, 2018).

Djeca koja imaju braću i sestre s poremećajem iz spektra autizma mogu imati emocionalne teškoće povezane s autističnim bratom ili sestrom te zahtijevati razumijevanje i podršku. Kod njih se može pojaviti osjećaj ogorčenost jer propuštaju stvari u kojima druge obitelji uživaju, a mogu biti i zadirkivani ili zlostavljeni zbog brata ili sestre s autizmom. Djeca mogu osjećati neugodu zbog ponašanja brata ili sestre, ali istovremeno osjećati krivnju zbog svojih osjećaja prema bratu ili sestri s autizmom. Također mogu biti prekomjerno zaštitnički nastrojena i osjećati nepotrebnu odgovornost za brata ili sestru iz spektra autizma (Morling i O'Connell, 2018).

9. ZAKLJUČAK

Poremećaji iz spektra autizma su jedni od najčešćih razvojnih poremećaja koji se pojavljuju u prvim godinama života i traju cijeli život. Autistična djeca pokazuju neke specifične karakteristike kao što su problemi u socijalnoj interakciji, ograničeni interesi i aktivnosti te smetnje u komunikaciji. Poremećaji često mogu biti zamijenjeni nekim drugim poremećajem kao na primjer shizofrenijom ili mentalnom retardacijom pa je teško rano postaviti dijagnozu. Pravovremenim otkrivanjem simptoma i postavljanjem dijagnoze, može se primjerenim tretmanima postići veliki napredak kod autistične djece. Djeca s poremećajem iz autističnog spektra gledaju na svijet na drugačiji način od ostalih ljudi. Njima su ljudi pomalo nejasni te ih zbunjuju njihovi postupci. Emocije ne razumiju pa ne shvaćaju zašto ljudi plaču kad su tužni, a zašto se smiju kad su sretni. Najviše od svega vole biti sami, u nekom mirnom mjestu jer je svijet za njih previše bučan. Najteža stvar za autističnu djecu je uspostaviti kontakt oči u oči. Iako osobe s poremećajima iz spektra autizma dijele prepoznatljive karakteristike ponašanja, one se međusobno jako razlikuju. Svako dijete s poremećajem je individua za sebe te ima svoje potrebe i interese te svoje sposobnosti i ograničenja. Važno je da odrasli shvate da su autistična djeca u jednakoj mjeri djeca kao i ona zdrava, samo što im treba još više ljubavi, pažnje i razumijevanja da bi mogla pokazati svoj potencijal i iskoristiti ga u potpunosti. Način na koji će se dijete nositi sa svojom poteškoćom ovisi o tome kako okolina gleda na nju. Ključnu ulogu u tome imaju stručne osobe među kojima su i odgojitelji koji trebaju biti educirani te spremni na pružanje podrške cijeloj obitelji. Oni trebaju upoznati obitelj s činjenicom da život njihovog djeteta nakon postavljene dijagnoze nije završio već je tek počeo te ih trebaju pripremiti na sve što ih čeka i što mogu napraviti u pojedinim situacijama jer na taj način roditelji stječu bolje razumijevanje svoje djece. Suradnja između odgojitelja i roditelja je od izuzetne važnosti jer oni zajedničkim djelovanjem mogu osigurati uvjete za djetetov napredak te okruženje u kojem će se autistično dijete osjećati sigurno i prihvaćeno.

LITERATURA

1. Američka psihijatrijska udruga(2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje (DSM-V)*. Jastrebarsko: Naklada Slap
2. Attwood, T. (2010). *Aspergerov sindrom- vodič za roditelje i stručnjake*. Jastrebarsko: Naklada Slap
3. Blažević, K., Škrinjar, J., Cvetko, J., Ružić, L. (2006). Posebnosti odabira tjelesne aktivnosti i posebnosti prehrane kod djece s autizmom. *Hrvatski športskomedicinski vjesnik*, 21, 70-83.
4. Bujas Petković, Z., Frey Škrinjar, J. (2010). *Poremećaji autističnog spektra*. Zagreb: Školska knjiga
5. Burić Sarapa, K., Katušić, A. (2012). Primjena muzikoterapije kod djece s poremećajem iz autističnog spektra. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 2(48), 124-132.
6. Klepec, I. Autizam u predškolskoj dobi: Završni rad. Petrinja, 2016. URL: <https://repositorij.ufzg.unizg.hr/islandora/object/ufzg:211/preview>
7. Milić Babić, M., Franc, I., Leutar, Z. (2013). Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju. *Ljetopis socijalnog rada*, 20(3), 453-480.
8. Morling, E., O'Connell, C. (2018). *Autizam-podrška djeci i učenicima s poremećajem iz spektra autizma*. Zagreb: EDUCA
9. Nikolić, S. i sur. (1992). *Autistično dijete*. Zagreb: Prosvjeta
10. Popčević, K., IvšacPavliša, J., Šimleša, S. (2015). Razvojna procjena i podrška djeci s poremećajima iz autističnog spektra. *Klinička psihologija*, 1(8), 19-32.
11. Remschmidt, H. (2009). *Autizam- pojavni oblici, uzroci, pomoć*. Jastrebarsko: Naklada Slap
12. Ružičasti oblak (2019) Određenje komunikacijskih teškoća, <http://ruzicastioblak.hr/odredenje-komunikacijskih-teskoca/>. Pristupljeno 20. Svibnja 2019.
13. Trnka, V., SkočićMihčić, S. (2012). Odgajatelj u radu s djetetom s poremećajima iz autističnog spektra – prikaz slučaja iz perspektive studenta. *Magistra Ladertina*, 7(7), 189-202.
14. Vlašić-Cicvarić, I., Modrušan-Mozetić, Z. (2004). Pervazivni razvojni poremećaji. *Medicina*, 42(41), 76-80.

15. Vrljićak, S., Frey Škrinjar, J., Stošić, J. (2016). Evaluacija tranzicijskog vrtićkog programa za djecu s poremećajem iz spektra autizma. *Logopedija* 1(6), 14-23.

Kratka biografska bilješka

OSOBNİ PODACI

Ime i prezime: Marina Svržnjak

Datum rođenja: 27.09.1997.

Mjesto rođenja: Varaždin, Hrvatska

OBRAZOVANJE

Područna škola Josipa JedvajaVrbno (2004.-2012.)

Srednja škola Krapina, Jezična gimnazija (2012.-2016.)

Učiteljski fakultet sveučilišta u Zagrebu, rani i predškolski odgoj i obrazovanje, Čakovec (od 2016.)

Izjava o samostalnoj izradi rada

Ovime potvrđujem da sam osobno napisala rad:

i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima (mrežni izvori, udžbenici, knjige, znanstveni, stručni ili popularni članci) u radu su jasno označeni kao takvi te adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: _____

Datum: _____

Izjava o odobrenju za pohranu i objavu ocjenskog rada

kojom ja **Marina Svržnjak**, OIB: **30891463586**, student Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, kao autor ocjenskog rada pod naslovom: **<Poremećaji autističnog spektra kod djece rane dobi>**, 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: _____

Mjesto i vrijeme:

(vlastoručni potpis studenta)

U svrhu podržavanja otvorenog pristupa ocjenskim radovima trajno pohranjenim i objavljenim u javno dostupnom digitalnom repozitoriju ustanove Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, ovom izjavom dajem pravo iskorištavanja mog ocjenskog rada kao autorskog djela pod uvjetima *Creative Commons* licencije:

- 1) CC BY (Imenovanje)
- 2) CC BY-SA (Imenovanje – Dijeli pod istim uvjetima)
- 3) CC BY-ND (Imenovanje – Bez prerada)
- 4) CC BY-NC (Imenovanje – Nekomercijalno)
- 5) CC BY-NC-SA (Imenovanje – Nekomercijalno – Dijeli pod istim uvjetima)
- 6) CC BY-NC-ND (Imenovanje – Nekomercijalno – Bez prerada)

Ovime potvrđujem da mi je prilikom potpisivanja ove izjave pravni tekst licencija bio dostupan te da sam upoznat s uvjetima pod kojim dajem pravo iskorištavanja navedenog djela.

(vlastoručni potpis studenta)

