

Autizam

Nemeš, Morena

Master's thesis / Diplomski rad

2016

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:147:154370>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-23**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA UČITELJSKE STUDIJE
Petrinja

PREDMET: Problemi u ponašanju djece

DIPLOMSKI RAD

Ime i prezime pristupnika: Morena Nemeš

TEMA DIPLOMSKOG RADA: Autizam

MENTOR: izv.prof.dr.sc Siniša Opić

Petrinja, srpanj 2016.

Sadržaj

Sažetak	1
1. UVOD	3
2. POVIJEST AUTIZMA	4
3. DEFINICIJA I ODREĐENJE AUTIZMA	6
3.1 DEFINICIJA I RAZLIKE AUTISTIČNOG POREMEĆAJA	7
4. OBILJEŽJA AUTISTIČNE DJECE	8
4.1 SOCIJALNO PONAŠANJE	9
4.2 GOVOR I MIŠLJENJE	10
4.3 STEREOTIPIJE, INTERESI I PONAŠANJE	11
4.4 PSIHOMOTORIKA I POREMEĆAJI PERCEPCIJE	12
4.5 POREMEĆAJI PREHRANE	13
4.6 STRAH	13
4.7 AGRESIJA I AUTOAGRESIJA	13
4.8 IGRA	14
4.9 EMOCIJE I INTELIGENCIJA	14
5. DIJAGNOSTIKA	15
6. ETIOLOGIJA – UZROCI AUTIZMA	18
6.1 OBITELJSKI UZROCI	18
6.2 MOŽDANA OŠTEĆENJA I POREMEĆAJI MOŽDANE FUNKCIJE	19
6.3 POREMEĆAJI AFEKTIVNOG RAZVOJA I KOGNITIVNIH PROCESA ..	21
6.4 INTERAKCIJA	22
7. SENZORNA INTEGRACIJA I AUTIZAM	22
7.1 VAŽNOST SENZORNE INTEGRACIJE	24
7.2 DVORANE ZA SENZORNU INTEGRACIJU	25
8. MOGUĆI TRETMANI ZA AUTIZAM	26
8.1 PROGRAMI RANE INTERVENCIJE	27
8.2 BIHEVIORALNI PRISTUP	29
8.2.1 PRIMIJENJENA ANALIZA PONAŠANJA – ABA	30
8.3 PROGRAMI S VIZUALNOM OKOLINSKOM PODRŠKOM – TEACCH	31
8.4 PSIHOANALITIČKI PRISTUP	32
8.5 RAZVOJNI PRISTUP – MODEL RIO – FLOORTIME	33

8.6 TERAPIJA LIJEKOVIMA	35
8.7 LIKOVNA TERAPIJA	37
8.8 GLAZBENA TERAPIJA	37
8.9 KINEZITERAPIJA	38
8. 10 IGRA KAO TERAPIJA	38
9. OBRAZOVANJE AUTISTIČNE DJECE	39
9.1 INDIVIDUALIZIRANI ODGOJNO-OBRAZOVNI PROGRAM.....	40
9.1.1 IZRADA IOOP-a.....	40
9.1.2 SADRŽAJ IOOP-a	41
9.1.3 ULOGE I OBVEZE.....	42
9.2 UKLJUČIVANJE AUTISTIČNOG UČENIKA U ODGOJNO -OBRAZOVNI PROCES	43
9.2.1 ŠKOLA, UČITELJ I RAZRED	43
9.2.2 DOZIRANJE ZADATAKA I POMOĆ.....	44
10. SLUČAJ IZ PRAKSE – PRAĆENJE AUTISTIČNOG UČENIKA	46
10.1 UVODNE NAPOMENE	46
10.2 RAZGOVOR S RODITELJIMA	46
10.3 POVIJEST DJEČAKOVA POREMEĆAJA	48
10.4 PRAĆENJE DJEČAKA U NASTAVNOM PROCESU.....	51
11. ZAKLJUČAK	62
12. PRILOZI	63
Prilog 1.	63
Prilog 2.	64
Prilog 3.	65
Prilog 4.	66
Prilog 5.	67
Prilog 6.	68
Prilog 7.	69
Prilog 8.	70
Prilog 9.	71
Prilog 10.	72

Sažetak

Tema ovog diplomskog rada je autizam. Sam rad sastoji se od dva dijela – teorijski aspekt autizma te prikaz slučaja iz prakse. Teorijski dio diplomskog rada bazira se na povijesnom pregledu autizma, definiciji autizma, karakteristikama autistične djece. Također, u radu se govori o dijagnostici autizma te su navedene moguće etiologije, tj. uzroci autizma. Nadalje, spominje se važnost senzorne integracije za autističnu djecu te su navedeni i opisani mogući tretmani za ublažavanje autističnog poremećaja. U radu su opisani programi rane intervencije, bihevioralni pristup, primijenjena analiza ponašanja, TEACCH program, psihoanalitički pristup, model RIO, farmakoterapija, likovna, glazbena, kineziterapija te terapija igrom. Posljednje poglavlje teorijskog dijela posvećeno je obrazovanju autistične djece. U njemu se navodi kako izraditi dobar individualizirani odgojno-obrazovni program, koji je njegov sadržaj te tko sudjeluje pri njegovoj izradi. Isto tako, dane su smjernice kako olakšati učenicima obrazovanje u školi, u učionici te kako postupiti u situacijama kada je u razred integriran učenik s poremećajem iz autističnog spektra.

Drugi, praktični dio diplomskog rada, predstavljen je kao praćenje dvanaestogodišnjeg, autističnog dječaka u nastavnom procesu. Zabilježeno je njegovo ponašanje, uočene karakteristike autizma te njegovo sudjelovanje u nastavi koje je potkrijepljeno fotografijama. Ukratko je prikazana i povijest bolesti od dječakove treće godine do danas.

Ključne riječi: *autizam, etiologija, dijagnostika, tretmani, obrazovanje*

Summary

The subject of this thesis is autism. The paper itself consists of two parts – the theoretical aspect of autism and representation of an actual practical case. The theoretical part is based upon historic overview of autism, it contains detailed explanation of the definition of the term and the characteristics of children affected by it. Further more, the paper elaborates the diagnosis of autism and is covered with every possible etiology root – cause of autism. Also, the subject of sensory integration for the autistic children has been emphasized as highly relevant and complimented with all the existing treatments for reduction of autistic disorder. The thesis explains programs of early intervention, behavioral approach, applied behavior analysis, TEACCH program, psychoanalytic approach, RIO model, pharmacotherapy, art and music therapy as well as the needle therapy. The final chapter of theoretical part is dedicated to education of autistic children and it contains the instructions for building up a good, individualized, nurturing and educational program, its content and the people involved in its production. What is more, it contains the guidelines which provide information regarding facilitation of the students in educational systems such as schools and classrooms and explain the process of access in the situations in which there is a child affected with a condition from autism spectrum integrated in class.

The following, practical part of the thesis is designed as monitoring of twelve-year-old boy affected with autism during the schooling process. His behavior has been noted and supported with photographs. The second part also contains short history of the boy's illness from period of the third year of age up until present.

Key words: *autism, etiology, diagnostic, treatments, education*

1. UVOD

Autizam je težak poremećaj mozga koji zahvaća gotovo sve čovjekove psihičke funkcije. Pripada skupini pervazivnih razvojnih poremećaja i većinom se prvi simptomi jave do treće godine. Postotak zahvaćenih raste te se smatra da je na 10000 djece, četiri do pet autista.

Prvi detaljniji opis autističnog poremećaja dao je Leo Kanner 1943. godine. Iako je toliko godina prošlo od kad se zna za autizam, ni danas se, sa sigurnošću ne mogu utvrditi točni uzroci autizma. Sve su samo pretpostavke, stoga ni ne postoji jedinstveni lijek jer autizam je bolest koja traje čitav život. Osnovna obilježja autista su slabo razvijen ili nikakav govor, ograničeni i repetitivni obrasci ponašanja (stereotipije) te slaba ili nikakva socijalna interakcija. Uz navedene osnovne karakteristike, kod mnogih se u pubertetu jave epileptični napadaji, raste agresivnost te se u skladu s tim treba primijeniti odgovarajuća farmakoterapija kako bi se ublažilo neželjeno ponašanje.

Postoje brojni programi koji pružaju podršku autističnoj djeci, ali i njihovim obiteljima. Važno je da roditelji svakodnevno komuniciraju s terapeutima, logopedima i drugim stručnim suradnicima jer će samo na taj način autističnom djetetu biti pružena najbolja pomoć. Ovisno o stupnju težine autizma, djecu koja imaju lakši oblik potrebno je što više integrirati u redovne školske programe, ali i pristupiti im s individualnim programom koji će se načiniti u skladu s učenikovim sposobnostima i mogućnostima.

U shvaćanju autističnog poremećaja uvelike mi je pomoglo praćenje autističnog dječaka u Centru za odgoj i obrazovanje Rudolf Steiner u Daruvaru. Dječaka i njegove roditelje prvo sam upoznala u njihovu domu te su mi dopustili da budem nazočna na nastavnom procesu, isto kao i dječakova razrednica i ravnateljica Centra. U radu je prikazano ponašanje učenika kod kuće, ali su i detaljno opisani dani kada sam bila nazočna na nastavi. Učenik je poseban, ima svoju rutinu i ljuti se ako je ona prekinuta. Dječak ima razvijen svrhovit govor, ali mu treba mnogo poticaja za razgovor.

2. POVIJEST AUTIZMA

Nikolić (2000) ističe kako su početkom 19. stoljeća izolirani pojedini slučajevi vrlo male djece s teškim mentalnim poremećajima, a koji su uključivali i određene poremećaje u razvoju. Henry Maudsley, britanski psihijatar, bio je prvi koji je 1867. skrenuo pažnju na to pitanje. Tek poslije toga, slični slučajevi počeli su se promatrati kao dječja psihijatrijska stanja. Prije toga, kliničke zamisli i terminologija su se prenašali iz psihijatrije odraslih, što označava razdoblje "adultomornog pristupa" dječjoj psihijatriji. Bujas Petković, Frey Škrinjar i suradnici (2010) navode kako je talijanski psiholog Sancte de Sanctis 1905. godine opisao demenciju¹ prekocisimu psihozu rane dječje dobi koja uzrokuje sveukupno psihičko i intelektualno osiromašenje u djeteta koje je prije bolesti bilo psihički zdravo, a da su se ta stanja – dječje psihoze, pa tako i autistički poremećaj, brkali sa stanjima intelektualnog oštećenja (mentalne retardacije). U to vrijeme, djeca s poremećajima iz autističnog spektra smještala su se u ustanove za mentalno retardirane.

Prvi slučaj autizma prikazan u znanstvenoj literaturi je slučaj dječaka Victora, divljeg dječaka iz Aveyrona, koji je pronađen u šumi u južnoj Francuskoj i doveden u civilizaciju. Slučaj je 1801. godine opisao liječnik Jean Gaspard Itard. Dječak je pronađen u dobi od 12 godina, a pretpostavlja se da su ga roditelji odbacili. Medicinskom terminologijom onog vremena utvrđeno je da se radi o "disharmoničnom razvoju osjetnog aparata koji bi korektnom stimulacijom okoline mogao ponovno uspostaviti harmonično funkcioniranje". Unatoč nastojanju doktora Itarda da Victor progovori, on to nije uspio te se na temelju toga može zaključiti kako je imao autistični poremećaj od rođenja (Bujas Petković i sur., 2010).

Nadalje, 1943. godine američki dječji psihijatar Leo Kanner opisao je jedanaestero djece koja su izgledala tjelesno zdrava, ali su pokazivala karakteristične smetnje komunikacije i govora. Kanner je taj poremećaj nazvao infantilnim autizmom upravo stoga što se prvi simptomi pojavljuju unutar prvih trideset mjeseci života s periodom normalnog razvoja ili bez njega. Kako su promatrana djeca potjecala iz višeg društvenog sloja, Kanner je generalizirao problem. Pretpostavio je

¹**Demencija**- gubitak mentalnih sposobnosti (kognicije) poput sposobnosti razmišljanja, pamćenja i logičkog zaključivanja. (*MSD priručnik dijagnostike i terapije*<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/delirij-i-demencija/demencija>, pristupljeno stranici 2.4.2016.)

da je urođena nesposobnost razvijanja komunikacije uvelike uvjetovana hladnim i odbijajućim držanjem majke prema djetetu. Dvoje od jedanaest opisane djece u pubertetu je dobilo epileptične napadaje, a kod troje su ustanovljeni blaži neurološki ispadi. Na osnovi toga, isključivo psihogeni uzročni čimbenici su bili isključeni. Simptome ranog dječjeg autizma Kanner je opisao na sljedeći način:

„Ekstremno osamljivanje i samoizolaciju kao i povlačenje od socijalnih kontakata tokom vrlo ranog razvoja, opsesivnu potrebu za nepromjenljivošću okoline i dnevne rutine, preokupaciju predmetima koji se koriste na neobičan ali nefunkcionalan način, ritualno i stereotipno ponašanje, npr. njihanje, otpor prema učenju novog, teško oštećenje govora kod nekih do mutizma, a kod drugih bizaran nefunkcionalan govor, koji uključuje eholaliju, perseveraciju, stereotipni ili metaforični govor i neadekvatnu upotrebu zamjenica“ (Nikolić, 2000, str. 38)

S druge strane, njemački psihijatar Hans Asperger 1944. godine, ne znajući za Kanner, opisuje sindrom kojeg naziva "autistična psihopatija". Gledajući to prema današnjim dijagnostičkim kriterijima, poremećaj je bio veoma sličan infantilnom autizmu. Mnogi drugi su pokušali dati naziv autizmu pa je tako L. Bender 1947. opisao dječju shizofreniju po simptomima sličnu shizofreniji odraslih (poremećaji mišljenja i halucinacije), B. Rank je 1955. uveo u dječju psihijatriju naziv "atipično dijete", "atipična psihoza" ili "atipični razvoj" (Bujas Petković, 1995). Danas DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual - Dijagnostički i statistički priručnik 4*) za skupinu poremećaja sličnih autizmu koristi naziv pervazivni razvojni poremećaji. Riječ je o poremećajima rane dječje dobi, koji se pojavljuju nakon rođenja ili unutar prve tri godine života i zahvaćaju sve psihičke funkcije: mišljenje, emocije i inteligenciju. Termin autistični spektar, kojeg je 1988. uvela engleska psihijatrica Lorna Wing također obuhvaća pervazivne razvojne poremećaje, tj. niz psihijatrijskih poremećaja rane dječje dobi obilježenih velikim abnormalnostima u socijalnim interakcijama, komunikaciji i motoričkim aktivnostima (stereotipijama).

Iz svega navedenoga, može se zaključiti kako je Kanner ispravno opisao poremećaje. I danas se klinička slika opisuje kroz tri bitne skupine simptoma – (poremećaj komunikacije, poremećaj socijalne interakcije i stereotipije), rana pojava tih simptoma (unutar prve tri godine života) i nedovoljno poznati uzroci poremećaja (Bujas Petković i sur., 2010).

3. DEFINICIJA I ODREĐENJE AUTIZMA

Autizam se svrstava u skupinu pervazivnih razvojnih poremećaja, uz Rettov poremećaj, Aspergerov poremećaj, dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu (Hellerov sindrom) i neodređeni pervazivni razvojni poremećaj. Pervazivni razvojni poremećaji su poremećaji rane dječje dobi u kojima su zahvaćene sve psihičke funkcije (Nikolić, Marangunić i sur., 2004).

„Autizam kao pedopsihijatrijska bolest sadrži mnoge disfunkcije neurobiološkog, psihodinamskog ili genetičkog aspekta“ (Nikolić, 2000, str. 11). Nadalje, Nikolić (2000) smatra kako se autizam manifestira do 30. mjeseca života, odnosno u drugoj ili trećoj godini. Može se manifestirati i kasnije, oko četvrte ili pete godine, tada se naziva "sekundarni autizam". Treba razlikovati naziv rani dječji autizam koji se odnosi samo na pedopsihijatrijski poremećaj kao nozološki entitet ili sindromatsku kategoriju, premda se pod pojmom autizma u općoj psihijatriji označava i jedan od poremećaja doživljaja vlastite osobnosti pri kojem se bolesnik povlači u sebe, u vlastiti intrapsihički svijet želja, fantazija, simbolike, magičnosti i strahovanja. Za takve bolesnike, stvarnost je beznačajna i sporedna. Kao takav, autizam je jedan od simptoma shizofrenije (Nikolić, 2000).

Autorica Bujas Petković i sur. (2010) definiraju autistični poremećaj (infantilni autizam, autistični sindrom, autizam) kao pervazivni razvojni poremećaj koji počinje u djetinjstvu, većinom u prve tri godine života, zahvaća gotovo sve psihičke funkcije i traje cijeli život.

Jedna od prvih definicija autizma koja je i danas priznata i aktualna jest definicija Laurete Bender (1953.): „Autizam je karakteristično promijenjeno ponašanje u svim područjima SŽS-a: motoričkom, perceptivnom, intelektualnom, emotivnom i socijalnom“.

Autizam je neurobiološki razvojni poremećaj mozga.² To je neurorazvojni poremećaj obilježen poremećenim društvenim međudjelovanjem i komunikacijom,

²Centar za autizam

(http://www.autizam.hr/index.php?option=com_content&view=article&id=185&Itemid=103&lang=hr) (pristupljeno stranici 9.4.2016)

ponavljanim i stereotipnim obrascima ponašanja i nejednolikim intelektualnim razvojem, često uz duševno zaostajanje.³

U školskom priručniku "Poučavanje učenika s autizmom" Agencije za odgoj i obrazovanje može se pronaći kako je autizam cjeloživotna razvojna nesposobnost koja ometa osobe u onome što vide, čuju ili uopće osjećaju. To ih dovodi do ozbiljnih problema u društvenim odnosima, komunikaciji i ponašanju. Radi se o složenom neurološkom poremećaju koji utječe na funkcioniranje mozga. Upravo zato se procjenjuje da 50 % osoba s autizmom nije u stanju razviti funkcionalan govor.

Sam naziv autizam dolazi od Lea Kanner (1943) i njegovog opisa infantilnog autizma, gdje *infantilni* znači da se pojavljuje u ranom djetinjstvu, a *autizam* zbog dominantnih simptoma poremećaja komunikacije - *autismos*, grč. sam. Zaključno i kratko se može reći: „Najviše što znamo jest to da je autizam posljedica nepravilnog razvoja mozga“ (Kostelnik i sur. 2003, str. 39).

3.1 DEFINICIJA I RAZLIKE AUTISTIČNOG POREMEĆAJA

Bujas Petković i sur. (2010) navode jasne razlike koje se očituju kod infantilnog autizma, autističnog poremećaja, autizma u djetinjstvu, a koje valja razlikovati.

a) **Infantilni autizam** (L. Kanner, 1943.)

- Nemogućnost djeteta da uspostavi normalne kontakte s roditeljima, djecom i drugim ljudima općenito
- Zakašnjeni razvoj govora i uporaba govora na nekomunikativan način (eholalija, metalalija, neadekvatna uporaba zamjenica)
- Ponavljajuće i stereotipne igre i opsesivno inzistiranje na poštivanju određenog reda
- Nedostatak mašte i dobro mehaničko pamćenje
- Normalan tjelesni izgled

³MSD priručnik dijagnostike i terapije (<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/pedijatrija/razvojni-poremecaji-i-poremecaji-ucenja/autizam>) (pristupljeno stranici 9.4.2016.)

b) **Autistični poremećaj** (M. Rutter, 1978.)

- Oštećenje socijalnog razvoja s mnogobrojnim posebnim karakteristikama koje odstupaju od djetetove intelektualne razine
- Zakašnjeli i izmijenjeni razvoj jezika i govora s određenim specifičnostima, a koji odstupaju od djetetove intelektualne razine
- Inzistiranje na jednoličnosti, što se očekuje u stereotipnim oblicima igre, abnormalnim preokupacijama ili otporu promjenama
- Pojava bolesti do dobi od 30 mjeseci

c) **Autizam u djetinjstvu** F84.0 (MKB, 1992.)

- Nenormalan razvoj prije treće godine
- Nenormalno funkcioniranje u socijalnim odnosima, komunikaciji uz stereotipno ponašanje

d) **Autistični poremećaj** F84.0 (DSM-IV, 1994.)

- Poremećaj socijalne interakcije
- Poremećaj komunikacije
- Ograničeni interesi i aktivnosti uz stereotipije
- Pojava prije dobi od tri godine

4. OBILJEŽJA AUTISTIČNE DJECE

Bruno Bettelheim (1967) prema Bujas Petković i sur. (2010) smatrao je da je dijete s autizmom osiromašeno iznutra i zatvoreno u školjci zbog vanjskih negativnih utjecaja. Tako dijete uspoređuje s "praznom utvrdom", a kao glavni uzrok poremećaja smatra roditelje. Danas je to opovrgnuto.

Prvi simptomi poremećaja iz spektra autizma učestalo uključuju zakašnjeli razvoj jezika, često združen s nedostatkom socijalnog interesa ili neobičnim socijalnim interakcijama, čudnim obrascima igre i neuobičajenim obrascima komunikacije (Rade, 2015).

Smatra se da će se na 10 000 rođene djece, roditi 4 – 6 djece koja će imati autizam. Autizam se tri do četiri puta češće pojavljuje kod dječaka nego kod djevojčica. Prema međunarodnoj udruzi *Autism Europe*, procjenjuje se da diljem

Europe ima oko 5 milijuna osoba s autizmom, a poremećaj zahvaća 1 na 150 djece⁴. Nikolić (2000) navodi kako djeca s dijagnosticiranim autizmom izgledaju zdravo i privlačno, bez vanjskih znakova vrlo ozbiljnog hendikepa kojim su pogođeni, a poremećaj se manifestira od najranije dobi. Nadalje, kategorizirao je znakove autističnog poremećaja na sljedeće:

- Vrlo rani poremećaj prehrane, kao što je dojenačka anoreksija ili odbijanje dojke ili bočice, nemiran san s autoagresivnim pokretima ili naprotiv mirna nesаница bez plača ili vriska uz otvorene oči.
- Odsutnost anticipirajućeg držanja djeteta i postularne adaptacije (mišićna atonija ili rigiditet)
- Odsutnost prvih organizatora psihe kao što su smješak trećeg mjeseca (prvi organizator psihe) i anksioznost osmog mjeseca (drugi organizator psihe)
- Smanjeni interes za igračke ili posebno naglašen interes za igre ruku pred očima.
- Postojanje raznih i jakih fobičkih anksioznosti koje su slabo organizirane, u smislu veće raspršenosti elemenata iracionalne plašljivosti.
- Neinvesticija dijadnog odnosa od strane djeteta.

4.1 SOCIJALNO PONAŠANJE

Bitna obilježja autizma su poremećaj socijalnog funkcioniranja i odnosa prema okolini. Djeca s autizmom inzistiraju da okolina oko njih ostane nepromjenjiva i konstantna, dok s druge strane beskrajno ponavljaju nepromjenljivo ponašanje. Sklonost i podređenost rutini vidi se kada je dijete dovoljno staro da se može kretati i imati određenu kontrolu nad vanjskim događajima – ono će plakati ako netko izvana inicira promjenu, a može se izazvati i bijes u djeteta ako je prekinuto u svojim bizarnim ponavljajućim radnjama.

Od najranije dobi, normalno dojenče odgovara na socijalne stimulacije od strane drugih ljudi. S tri mjeseca se smiješi i okreće za ljudskim glasom. Kad se davanje i primanje socijalnih poruka izgubi, čini se da djetetovo ponašanje dolazi iz

⁴Savez udruga za autizam Hrvatske (<http://www.autizam-suzah.hr/>) (pristupljeno stranici 12.5.2016)

njega samoga i kao da nema veze s podražajima iz okoline te je često praćeno raznim ponavljajućim manirizmima. Autistićna djeca na više su načina hendikepirana – u kognitivnom, govornom i socijalnom razvoju te u razvoju ponašanja (Nikolić, 2000).

Smatra se da autistićna djeca pokazuju nedostatak sposobnosti da osjećaju empatiju, budući da ih emocije što ih izražavaju druge osobe ne izazivaju u njih normalan emocijski odgovor. Takva djeca kao da ne trebaju druge, najčešće se igraju sami, vlastitim rukama, pomiću ruke i prste ispred svoga lica, a u njihovim igrama nema imitacije i zamišljenih situacija. Dijete često odbija suradnju i kontakte i ono je vjerojatno nesposobno za ostvarivanje željenog kontakta ili to pokušava na pogrešan, bizaran i neadekvatan način koji nije primjeren njegovoj dobi. Jaćina i trajanje socijalnog hendikepa uvelike ovisi o djetetovim intelektualnim i govornim sposobnostima. Djeca višeg intelektualnog funkcioniranja s bolje razvijenim govorom i razumijevanjem lakše se socijalno prilagođavaju. Autist češće ne razumije socijalnu situaciju nego što je svjesno odbija (Bujas Petković i sur., 2010).

4. 2 GOVOR I MIŠLJENJE

Govorne abnormalnosti su važna znaćajka infantilnog autizma. Ako se govor i pojavi, dolazi do višestrukih govornih abnormalnosti. Autistićna djeca imaju oštećen "unutarnji govor", kao i upotrebu i razumijevanje gestovnog govora u njegovoj socijalnoj upotrebi. Štoviše, kao jedan od prvih znakova koji upućuju na autizam mogu biti manjkavi, zakašnjeli govor ili čak potpuni izostanak govora. Govor autista je poseban i izdvaja ovu djecu od svih drugih psihićkih i govornih poremećaja, obićno je veoma oskudan, djeca se njime rijetko služe iako znaju govoriti, a koriste ga isključivo za izražavanje fizioloških potreba (glad, žeđ) ili želja. Govore u drugom ili trećem licu, oslovljavajući se vlastitim imenom ili zamjenicom u drugom ili trećem licu, npr.: (*Daj mu soka!*, *Dat ću ti soka!*) Ponavljaju rijeći ili dijelove rećenica koje su ranije ćuli, ali ne odgovaraju na pitanja. Autistićno dijete može stvarati neologizme, pogrešno upotrebljavati pojedine rijeći ili stalno ponavljati neke rijeći.

Ponekad se doima kao gluho, ne reagira i ne odgovara kada je prozvano, a uzrok tomu je problem shvaćanja slušnih podražaja. Dijete dobro prima podražaj, ali dijelovi mozga koji ga trebaju prihvatiti i shvatiti ne funkcioniraju i zbog toga dijete nije sposobno shvatiti smisao zvukovnih poruka. Dijete nije svjesno svog identiteta,

njegova slika o samom sebi i njegovu tijelu je poremećena. Prema tome, sa psihodinamskog stajališta, govor se ne može pojaviti dok dijete najprije ne ostvari osjećaj postojanja (Nikolić, 2000).

Bujas Petković i sur. (2010) navode kako je, osim sadržajno, govor često poremećen i u ritmu, intonaciji, visini i naglasku i da dijete često govori bez emocija. Djeca s autizmom ne razviju mimiku i geste kao način komuniciranja. Suprotno tomu, svoje potrebe izražavaju plačem, krikovima ili drugim neadekvatnim oblicima komunikacije. Kako je razumijevanje djeteta također poremećeno, katkada je jedini način da ga nešto naučimo taj da vodimo i pomičemo njegove ruke i noge, a da pokrete popratimo samo jednostavnim verbalnim objašnjenjem, sa što manje riječi. Treba ih učiti konkretnim pokazivanjem koje ne smije biti složeno zato što dijete ima velike teškoće s učenjem verbalne i neverbalne komunikacije.

4. 3 STEREOTIPIJE, INTERESI I PONAŠANJE

Nikolić (2000) ističe kako su kod autističnog djeteta karakteristične promjene ponašanja tijekom odrastanja. Iako se u dojenačkoj dobi ne moraju primijetiti nikakvi simptomi, učestali su poremećaji spavanja i hranjenja te nemir ili pretjerana mirnoća. Autistično dojenče često dugotrajno i bez razloga plače ili iskazuje strah koji seže sve do panike. Izostaje i prvi smijeh u trećem mjesecu života koji je reagiranje zdravog djeteta na lice majke.

Inzistiranje na jednoličnosti naglašava specifičnost autističnog poremećaja, a ovaj simptom opisao je još Kanner 1943. Dijete često slaže predmete u besmislen niz, opire se promjenama te upostavlja uvijek isti red. Ako ga se u tome spriječi, uznemiri se, opire i negoduje. Stereotipni pokreti koji su neuobičajeni i nesvrhsihodni, koji se stalno ponavljaju (pljeskanje rukama, lepršanje, kucanje prstima po predmetima, mahanje glavom...) karakteristični su za autistični poremećaj. Ti pokreti mogu se ponavljati mjesecima i godinama, povremeno promijene oblik, pogotovo ako upozoravamo dijete ili mu branimo aktivnost. Tada obično jedna stereotipija biva zamijenjena drugom.

4.4 PSIHOMOTORIKA I POREMEĆAJI PERCEPCIJE

Autistična djeca opisuju se kao izuzetno spretna, naročito u gruboj motorici koja je spontana i prirodna – hodanje, trčanje, penjanje, skakanje. Prohodaju u prosjeku čak ranije od prosjeka, brzi su i okretni. Slabije su razvijene fina motorika i grafomotorika, no moguće je da se ovdje radi o slaboj koncentraciji i slaboj zainteresiranosti djeteta. Takva djeca često hodaju na prstima i pritom izvode čudne pokrete rukama i nogama. Nadalje, autisti pokazuju i abnormalne vestibularne reakcije – vrtnju bez vrtoglavice, stalno njihanje i druge ponavljajuće radnje.

Mnogi autori naglašavaju poremećaje percepcije i to čak kao ključan simptom autizma, osobito poremećaje centralne organizacije slušnih osjeta, osjeta dodira i vestibularnih osjeta. Osjet sluha je najviše istraživan kod ovakve djece jer je već od prije poznato da su autistična djeca osjetljiva na zvukove i da često burno reaguju zatvarajući rukama uši ili izražavajući pri tome naglašene simptome straha. Veliki postotak autistične djece pokazuju abnormalne reakcije na podražaje. Paradoksalna reakcija na podražaje pokazuje se u tome što djeca s autizmom često na jake zvučne podražaje zatvaraju oči, a na jake vidne podražaje uši. Pretpostavka za objašnjenje tih reakcija jest da na neki način dolazi do poremećaja centralne organizacije različitih osjeta. Nerazumijevanje i miješanje osjeta uzrokuje niz drugih poremećaja karakterističnih za autizam (Bujas Petković i sur. 2010).

Kako objašnjavaju Biel i Peske (2007) osjetilo sluha usko je povezano s vestibularnim osjetilom i to toliko jako da kad god čujemo zvuk, aktiviraju se receptori za gravitaciju (kretanje), i svaki put kada se krećemo aktiviraju se slušni receptori. To je tako jer su vestibularni sustav i pužnica povezani anatomski i fiziološki, njihovi senzorni receptori rade na isti način i ovise o istom živcu. Stoga je razumljivo da stimuliranje receptora za kretanje – npr. ljuljanje, također utječe i na slušanje. To ukazuje i na činjenicu da vestibularna stimulacija može povećati spontanu vokalizaciju, što znači da je kretanje prilično važno za razvoj govora u djeteta usporenog ili nedovoljnog govornog razvoja.

4.5 POREMEĆAJI PREHRANE

Poremećaji prehrane također su česti kod autistične djece. U ranijoj dobi dijete odbija hranu, jede samo određenu vrstu hrane, veoma je izbirljivo, jede neuredno unatoč upozorenjima, hranu bira po boji, a ne po okusu. Kako dijete odrasta, promjene u ponašanju postaju sve uočljivije i sve više odstupaju od ponašanje djece njegove dobi (Nikolić, 2000).

4.6 STRAH

Strah je jedan od prvih i veoma snažnih i neugodnih emocija u čovjeka koji je prisutan od rođenja. Djeca se boje jer nemaju iskustvo u opasnostima koje prijete iz okoline te prema tome ne mogu procijeniti realnu opasnost. Svaka dob nosi specifične strahove koji su razvojni i prolazni. Osim psihičke nelagode, strah izaziva i fiziološke promjene u organizmu: nadbubrežne žlijezde luče adrenalin, hormon koji ima zadatak spremiti organizam za obranu od potencijalne opasnosti, ubrzava rad srca, podiže krvni tlak, izaziva širenje zjenica i pojačano lučenje žlijezda znojnica. Autistično dijete, još više nego zdravo, osjeća strah koji dolazi izvana i iznutra. Ono ne zna i ne može objasniti svoja doživljavanja, stoga se njegov strah dodatno produbljuje. Nemogućnost spoznaje i shvaćanja vanjskog svijeta te nemogućnost komunikacije i objašnjenja podražaja izazivaju u autističnog djeteta strah koji traje dulje i intenzivniji je nego u zdrave djece. Ponavljanjem nekih radnji i stereotipijama autistična djeca brane se od strahova i upravo to im pomaže u svladavanju istih (Nikolić, 2000).

4.7 AGRESIJA I AUTOAGRESIJA

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

Neka autistična djeca mogu biti izrazito agresivna i autoagresivna. Smatra se da su agresija i autoagresija biološki uvjetovani. Djeca su agresivna prema ljudima oko sebe, roditeljima, odgajateljima i terapeutima. Autisti nisu sposobni kontrolirati svoje nagonske pulzije te ih često na neadekvatan način agresijom pokušavaju

riješiti. Kako bi smirili agresiju, roditelji često udovoljavaju zahtjevima ne znajući da time zatvaraju začarani krug. Agresija može poprimiti sve jače razmjere i može postati sama sebi svrhom. Dio agresivnog ponašanja je biološki uvjetovan, a dijelom je to i naučen oblik ponašanja da bi se došlo do određenog cilja. Ipak, najupečatljiviji oblik agresije autističnog djeteta je autoagresija - dijete se udara, grize do krvi i pritom kao da ne osjeća bol. Agresija i autoagresija moraju biti predmet intenzivnog farmakoterapijskog tretmana (Nikolić, 2000).

Kao najčešću vrstu autoagresivnog oblika ponašanja Kiš i Škrinjar (1990) navode udaranje glavom o tvrdu površinu ili neki brid, te grizenje i grebanje samih sebe uz repetitivni i ritmički karakter. Isto tako, autoagresija je tri puta češća kod autistične djece koja ne koriste govor kao sredstvo komunikacije.

4.8 IGRA

Autistično dijete se igra, ali na svoj, poseban način koji je drugima neshvatljiv i nerazumljiv. Pretežno se igra samo sa sobom, stereotipno, rijetko ili nikada s drugim osobama ili djecom. Ono gleda vlastite ruke, okreće ih, približava i udaljava od lica. Igra se predmetima ili dijelovima predmeta koji nisu za igru. Društvene igre i igre s drugom djecom ga uopće ne interesiraju, a vjerojatno ni ne razumije pravila igre, niti su mu ona bitna. Autistično dijete nema maštovite i smislene igre. Dva autistična djeteta mogu satima i danima biti jedan blizu drugoga, da se i ne primijete, a kamoli da započnu zajedničku igru. Svatko se igra za sebe. Dijete miriše predmete, njuška, liže i na taj ih način upoznaje. Autisti nemaju sposobnost imitacije, stoga za njih ni nema složenijih igara (Nikolić, 2000).

4.9 EMOCIJE I INTELIGENCIJA

Dijete s autizmom svakako nije bez emocija i nije istina da ne reagira na emocije. Problem je u tome što ono ne prepoznaje tuđe emocije i ne može na njih odgovoriti, a ljubav i privrženost druge osobe će rijetko odbiti. Autistično dijete nije emocionalno hladno. Ono traži kontakt s drugim osobama, ali često na neprimjeren način što druge osobe ne razumiju. Iako se ne igra s drugom djecom u skupini u kojoj boravi, ono osjeća promjene i burno na njih reagira.

Intelektualno funkcioniranje djece s autizmom različito je i kreće se od prosječnih do lako i teško retardiranih. Brojna istraživanja dokazala su da je većina autistične djece mentalno retardirana. Iako nemaju tjelesnih oznaka bolesti, njihova inteligencija u većini slučajeva znatno je oštećena. Na testovima inteligencije takva djeca postižu znatno lošije rezultate na onim dijelovima na kojima se ispituje govor i govorne funkcije. Govor je znatno slabije razvijen u odnosu na pamćenje i opću inteligenciju. Daleko bolje rezultate autisti pokazuju na neverbalnim testovima – slaganje cjeline iz dijelova ili pridruživanje po sličnosti (Nikolić, 2000). Kako ističu Bujas Petković i sur. (2010) procjena intelektualnog statusa nije potrebna za dijagnozu autizma, no informacije o intelektualnom funkcioniranju djeteta nužne su za ocjenu stanja i mogućnosti te za prognozu daljnjeg razvoja.

5. DIJAGNOSTIKA

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

- Kvalitativno oštećene uzajamne socijalne aktivnosti
- Kvalitativno oštećena komunikacija
- Ograničeni interesi i stereotipski obrasci ponašanja
- Početak prije treće godine.

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

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

Nadalje, kod promatranja djece s autističnim poremećajem, u skladu s kriterijima klasifikacijskih sustava, najuočljivija su tri oblika ponašanja: ekstremno zatvaranje od vanjskog svijeta, grčevita povezanost s poznatim (strah od promjene) te poseban govorni jezik. Zatvaranje od vanjskog svijeta karakterizira ekstremni poremećaj socijalne interakcije gdje su veze s osobama, događajima i stvarima abnormalne. Gotovo da ne postoji normalna dječja povezanost s roditeljima, nema reakcija smiješka, pogleda oči u oči ili razlikovanja roditelja od drugih osoba. Suprotno navedenome, djeca često pokazuju snažnu povezanost s predmetima. Što su starija djeca, to je vidljiviji izostanak kooperativne igre i stvaranja prijateljskih veza s drugom djecom. Grčevita povezanost s poznatim očituje se u tome što djeca upadaju

u stanja straha i panike kada se dogodi promjena u njihovu neposrednom okruženju. Usporen razvoj govornog jezika, sklonost tvorbi novih riječi i eholalija su posebnosti govornog jezika autista. Mnoga autistična djeca koja nauče govoriti ne koriste jezik za komunikaciju, već ga koriste na mehanički način bez gramatičkih pravilnosti uz mnoštvo neologizama.

Kao dodatna pomoćna sredstva za uspostavljanje dijagnoze koriste se standardizirani intervjui s roditeljima ili za dijete važnim osobama te skale za procjenu ponašanja koje omogućuju točnije zahvaćanje pojedinih osobitosti ponašanja i njihovu kvantifikaciju. Osobine autista mogu se utvrditi i neposrednim promatranjem. Neki od instrumenata koji se koriste pri uspostavljanju dijagnoze su *Autism Diagnostic Interview*, *Autism Diagnostic Observation Schedule*, *Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic*, *Childhood Autism Rating Scale* i *Autism Behavior Checklist*.

U dijagnosticiranju sudjeluju psihijatar, psiholog i defektolog, svaki sa svog gledišta, ali vodeći računa o rezultatima ispitivanja svakog pojedinog. Pri pregledu se promatra ponašanje djeteta: prisustvo, odnosno odsustvo stereotipnih gesta, samopovrijeđivanje, prisustvo verbalnog i gestovnog govora te njihov tip i kvaliteta, djetetove mogućnosti za imitaciju, igru i socijalnu interakciju. Procjena razine razvoja govora od velikog je značaja kako za prognozu tako i za planiranje govorne rehabilitacije. Pri svemu navedenom, također je važno saznati raniji realni kontekst u kojem su se javili prvi znaci simptoma (Nikolić, 2000).

Treba napomenuti kako je postavljanje dijagnoze otežano jer ima djece u kojih postoje pojedini, ali ne i svi simptomi koji upućuju na autizam. Nadalje, psihopatološka slika autističnog poremećaja tijekom razvoja se stalno mijenja. Tako se strah od promjena pojavljuje tek u drugoj godini života kad se uspostavljaju veze s predmetima u okruženju. Isto tako, izraženost poremećaja kod djece može biti jako različita (Remschmidt, 2009). Bujas Petković i sur. (2010) zaključuju da dijagnosticirati autizam, poremećaj nepoznate etiologije, znači odrediti skup simptoma koji ga dijele od drugih sličnih poremećaja, npr. dječje shizofrenije, razvojnih govornih smetnji, mentalne retardacije, naglušnosti, ali i od onog što zovemo normalnost.

6. ETIOLOGIJA – UZROCI AUTIZMA

Nikolić (2000) smatra kako uzroci autističnog poremećaja do danas nisu u potpunosti razjašnjeni. Vjeruje se da se radi o psihičkim i organskim faktorima koji se isprepliću. Iako postoje brojne teorije o uzrocima autizma, nijedna ga ne objašnjava u potpunosti, nego samo neke njegove dijelove. Kanner je kod opisivanja infantilnog autizma za uzrok naveo emocionalno hladnu majku koja ne prihvaća svoje dijete. Danas, brojna istraživanja diljem svijeta dokazala su da postoje i brojni drugi uzroci koji dovode do iste kliničke slike. Većina stručnjaka složila se da se radi o višestrukim uzrocima koji oštećuju centralni živčani sistem i time uzrokuju psihičke simptome specifične za autizam.

Mnoga autistična djeca (oko 30% njih) u pubertetu dobiju epileptične napadaje te se to smatra jednim od dokaza da se radi o funkcionalnom i organskom oštećenju mozga, a ne samo o psihogeno uvjetovanom poremećaju. Također, poznato je još da su mnoge majke autistične djece imale kompliciranu trudnoću, da su uzimale različite lijekove (hormone, uterine relaksanse, antibiotike i drugo) ili da su u trudnoći preboljele neku banalnu virusnu infekciju. U mnogih majki porod je bio težak, a djeca su često rođena plava i morala su biti reanimirana. Svi navedeni činitelji su rizični i mogli bi biti uzročnici oštećenja djetetova središnjeg živčanog sustava koji se manifestira u kliničkoj slici autizma. Unatoč prethodno navedenom, svako autistično dijete jedinka je za sebe i po mnogočemu se razlikuje od drugog autističnog djeteta. Upravo ta spoznaja važna je za određivanje tretmana koji treba biti strogo individualiziran i u najvećoj mogućoj mjeri prilagođen djetetu.

Točni uzroci autističnog poremećaja nisu do danas poznati, no postoje brojni činitelji koji su mogući uzročnici – genetski faktori, oštećenje u trudnoći od lijekova i virusa, traume u porodu, virusne infekcije rane dobi, autoimune reakcije, psihotraume i drugo (Nikolić, 2000).

6.1 OBITELJSKI UZROCI

Već dulje vrijeme traje rasprava nasljeđuju li se autistični poremećaji u potpunosti, ili naslijeđe djeluje na određene komponente autističnog poremećaja, kao npr. na kognitivna, govorna ili emocionalna oštećenja. Pretpostavke o genetskim uzrocima osnivaju se ponajprije na rezultatima istraživanja obitelji i blizanaca, a u

novije vrijeme i na molekularnobiološkim istraživanjima (Remschmidt, 2009). Nekoliko istraživanja u svijetu dokazalo je da se autizam učestalije javlja u nekim obiteljima te da je među braćom i sestrama pedeset do sto puta češći nego općenito u populaciji. To znači da ako u obitelji postoji već jedno autistično dijete, rizik da će i drugo biti autistično je 2,7%. Također je poznata činjenica da je autizam podudaran za jednojajčane blizance između 30 i 80% (Nikolić, 2000).

Remschmidt (2009) zaključuje kako je zbog metodološkog napretka posljednjih godina bilo moguće provesti molekularnobiološka istraživanja genetike autističnih poremećaja. Time je utvrđeno da oko 3% autistične djece pokazuje fragilni X-sindrom (nasljedna bolest, zove se i *Martin-Bell sindrom*) i da 18 do 38% djece s fragilnim X-sindromom pokazuje autistične poremećaje. Fragilni X-sindrom je poremećaj koji je uvijek povezan s mentalnom retardiranošću i koji se danas pomoću molekularnobioloških metoda može pouzdano utvrditi. Molekularnogenetičkim istraživanjem u SAD-u i Europi pretpostavlja se da su za nastanak autizma odgovorni dugi krak kromosoma 15 i 7. Prema tome, iz dosadašnjih istraživanja autistični poremećaj treba smatrati poligenomskom bolešću. To znači da u njoj sudjeluje veći broj gena, točnije od šest do deset gena.

6.2 MOŽDANA OŠTEĆENJA I POREMEĆAJI MOŽDANE FUNKCIJE

Jedan od vrlo uočljivih nalaza u istraživanjima koja su pratila autističnu djecu sve do odrasle dobi je relativna učestalost epileptičnih napadaja koji se obično prvi put pojavljuju za vrijeme adolescencije, a iznosi 28%. To je jedan od dokaza da se radi o oštećenju mozga (Nikolić, 2000). Važnost moždanih oštećenja i poremećaja moždane funkcije osnivaju se na različitim utvrđenim neurološkim promjenama i bolestima. Na osnovu toga, razvijene su teorije da je "autistični deficit" povezan s funkcionalnim poremećajem lijeve moždane polutke, abnormalnim promjenama moždanog debla povezanim s poremećajima pažnje, abnormalnom obradom senzornih podražaja i informacija, abnormalnim procesima moždanog sazrijevanja, kao i neke specifične hipoteze o nerazvijenosti vermisa malog mozga. S obzirom na vrijeme nastanka poremećaja, istraživači su kod 54% autističnih bolesnika pronašli abnormalne promjene moždane kore za koje se pretpostavlja da su nastale prije šestog mjeseca trudnoće. Prema tome, nema sumnje da moždana oštećenja i poremećaji moždane funkcije imaju važnu ulogu kod autistične djece, no ti rezultati

su još uvijek nejednoznačni što se tiče vremena nastanka, mjesta i težine poremećaja (Remschmidt, 2009).

Prema Nikoliću (2000) abnormalno ponašanje u autizmu usporedivo je s ponašanjem odraslih osoba oštećena mozga, osobito frontalnog režnja, bazalnih ganglija i limbičkog sustava. Kao dokazi za ovu teoriju navode se poremećaji motiliteta, abnormalnosti mišićnog tonusa, stava tijela, hoda i akinezija kao znakova disfunkcije bazalnih ganglija. Tu se također ubrajaju i poremećaji komunikacije, pažnje i percepcije koji se mogu pojaviti kao rezultat oštećenja frontalnog režnja i bazalnih ganglija. Rituali, kompulzivno ponašanje, nesposobnost učenja s pomoću iskustva, nesposobnost adaptacije na promjene u okolini zajednički su autistima i pacijentima oštećenog frontalnog režnja. Slično tome, perseveracija, manjak inicijative, konkretno mišljenje i manjak empatije nalaze se u autističnim pacijenata kao i u onih s oštećenjem frontalnog režnja.

Opisana je i hipoteza da autizam predstavlja globalnu afaziju⁵, u kojoj je disfunkcija centralnog živčanog sustava tako teška da složene socijalne stimulacije ne mogu biti integrirane ni interpretirane od strane djeteta. Rezultat toga jest veoma poremećena do sasvim odsutna socijalna interakcija koja dalje interferira s oštećenom funkcijom centralnog živčanog sustava. No, etiologija patologije središnjeg živčanog sustava koja karakteristično prekida normalan razvoj i dovodi do autizma ostaje i dalje nepoznata. Razne studije izvještavaju o EEG abnormalnostima. Prema Nikolić, Marangunić i sur. (2004) rana EEG istraživanja autizma pokazuju da mnoga djeca s autizmom imaju abnormalne moždane valove već od najranije dobi. Nadalje, čak 50% autistične djece ima promjene u nalazu EEG-a, ali bez promjena koje bi se mogle okvalificirati kao specifične za autizam. Zaključak je da raniji početak simptoma kod autizma (ili drugih razvojnih poremećaja) nosi i veće potencijalne negativne efekte na razvoj.

⁵ **Afazija** - gubitak ili poremećaj govora koji uključuje smanjenu mogućnost razumijevanja ili izražavanja (ekspresiju) riječi. Posljedica je oštećenja funkcije centara za govor u korteksu i bazalnim ganglijama, odnosno u bijeloj tvari kroz koju prolaze putovi koji te centre povezuju. (*MSD priručnik dijagnostike i terapije*- <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/funkcija-i-disfunkcija-mozdanih-reznjeva/afazija> pristupljeno stranici 11.5.2016.)

6.3 POREMEĆAJI AFEKTIVNOG RAZVOJA I KOGNITIVNIH PROCESA

Pretpostavlja se da kod autistične djece postoji urođeni poremećaj afektivnih kontakata. Takav primarni afektivni deficit znači smanjenje sposobnosti percepcije tjelesnog izražaja različitih emocija koje doživljavaju drugi ljudi. Allan Hobson, američki psihijatar, 1984. godine pokazao je da teškoće uživanja u položaj drugih ljudi, koje imaju autistična djeca, nisu uvjetovane ograničenjima u percepciji prostora. Za provjeru svoje hipoteze, Hobson je ispitao sposobnosti djece s autizmom, djece tipičnog razvoja i djece s intelektualnim teškoćama (ali neautistične), da nacrtana i snimljena lica koja su izražavala određenu emociju (srdžbu, veselje, žalost, strah) pridruže osobama koje su na kratkoj videosnimci izražavale istu emociju. Osoba na filmu je izražavala strah gestama i neverbalnim glasanjem. Djeca s autizmom su značajno manje uspješno pridruživala lica osobama koje su na videosnimci izražavala različite emocije. Hobson je zaključio da autistična djeca imaju teškoća u prepoznavanju, obradi i povezivanju različitih oblika izražavanja određene emocije (geste, glasanje) i upravo to se smatra objašnjenjem njihove slabe sposobnosti razumijevanja emocionalnih stanja drugih ljudi. Isto tako, u kasnijem istraživanju, u kojem je trebalo provjeriti mogu li autistična djeca prepoznati koja je gesta, kao izraz određene emocije, povezana s određenim glasanjem ili mimikom, potvrđeni su rezultati prethodnog istraživanja. Autistična djeca mogu prepoznati smisao u prikazanom podražajnom materijalu, ali imaju teškoće u povezivanju različitih oblika izražavanja određene emocije (mimika, geste, glasanje).

S druge strane, opisana afektivna teorija ne može u dovoljnoj mjeri objasniti socijalna oštećenja autističnog djeteta. Baron-Cohen, Leslie i Frith pretpostavili su posebne kognitivne deficite. Brojnim eksperimentima pokazali su da autisti imaju teškoća u shvaćanju da drugi ljudi mogu biti u različitim psihičkim stanjima. Zato mogu pogrešno razumjeti ponašanje drugih ljudi i prema ljudima se ponašaju kao prema stvarima. Teorija uma (*theory of mind*) je sposobnost promatranja svijeta s gledišta druge osobe. U normalno razvijene djece teorija uma počinje se razvijati krajem prve godine života. Pokus koji je stavljen pred autističnu djecu dokazao je da nijedno autistično dijete nije moglo shvatiti složen stupanj teorije uma. Naime, djeci je prikazana igra triju lutaka i na kraju su trebala odgovoriti na pitanje: „Što jedna osoba vjeruje da vjeruje druga osoba?“. 90 % normalno razvijene djece i 60% djece s

s Down sindromom ispravno je odgovorilo na pitanje. Pri tome je bitno uzeti u obzir i čimbenik verbalne inteligencije.

Rezultati opisanih empirijskih istraživanja upućuju na to da se osobitosti autistične djece u socijalnom i interpersonalnom kontekstu mogu pripisati specifičnim deficitima socijalne percepcije. Djeca s drugim razvojnim poteškoćama i djeca bez teškoća u razvoju ne pokazuju te osobitosti. Stoga se one smatraju specifičnim za autizam (Remschmidt, 2009).

6.4 INTERAKCIJA

Sa sigurnošću se može reći da u do sad opisanim čimbenicima koji uzrokuju autistični poremećaj postoji interakcija. Prema tome, nasljedni faktori mogu povećati osjetljivost djeteta na vanjska oštećenja. Oštećen afektivni i kognitivni razvoj mogu dovesti do toga da djeca zaostanu u svom sveukupnom razvoju. Spoznati strukturalni i funkcionalni deficiti mozga nužno dovode do pogrešne obrade reakcija iz okoline, što dovodi do toga da djeca ne mogu rješavati zadatke primjereno svojoj dobi što ujedno pojačava njihove deficite. Ne postoji jedinstveni uzročnik autističnog poremećaja i shodno tomu tretman zahtijeva multidimenzionalni pristup koji nužno zahtijeva suradnju različitih disciplina.

7. SENZORNA INTEGRACIJA I AUTIZAM

Biel i Peske (2007) određuju senzornu integraciju kao način na koji koristimo informacije koje primamo osjetilima iz vlastitog tijela i okoline. Obično se o osjetilima razmišlja kao o zasebnim kanalima informacija, no oni, ustvari, rade zajedno da bi nam dali pouzdanu sliku svijeta oko nas i naše uloge u njemu. Osjetila se zajedno integriraju i tako se dobije potpuna slika o tome tko smo, gdje smo i što se događa oko nas. Naš mozak na organiziran način koristi vidne, zvučne, taktilne, njušne informacije te informacije o položaju tijela i tako mi dajemo značenje osjetilnom iskustvu i znamo kako reagirati i ponašati se primjereno nekoj situaciji. Sedamdesetih godina dvadesetog stoljeća radna terapeutkinja dr. Jean Ayres prepoznala je da oštećenje senzorne integracije ometa učenje i razvoj djece te su tada pokrenuta klinička istraživanja u neuropsihologiji, neurologiji i dječjem razvoju. Tome su uvelike pomogla objašnjenja iz prve ruke dobivena od samih osoba sa senzornim smetnjama, kao što je Temple Grandin. Stručnjaci i znanstvenici nakon

toga otkrili su da različiti senzorni podražaji koje dijete preferira i podražaji koje ne podnosi utječu na igru, rad, učenje i socijalne interakcije te na svakodnevne aktivnosti kao što su odijevanje i hranjenje, te da postoje specifične tehnike i strategije koje mogu pomoći osobi da bolje integrira i koristi senzorne informacije.

Kod većine ljudi senzorna integracija odvija se bez svjesnog razmišljanja ili uloženog napora. S druge strane, ljudi s poremećajem senzorne integracije teško shvaćaju što se događa unutar i izvan njihova tijela i nema garancije da će dobiti preciznu senzornu informaciju. Kako se takva djeca ne mogu pouzdati u svoja osjetila koja bi im trebala dati preciznu sliku o svijetu, ne znaju kako reagirati i zato pretežno imaju problema u učenju i prikladnom ponašanju. Osnovno obilježje poremećaja senzorne integracije je nedosljedno reagiranje na senzorne informacije. Dijete može biti preosjetljivo (hipersenzitivno) na određene vrste senzornih podražaja i nedovoljno osjetljivo (hiposenzitivno) na druge vrste podražaja.

Iako se poremećaj senzorne integracije može javiti samostalno, često dolazi uz druge dijagnoze koje mogu biti zbunjujuće ako se simptomi preklapaju. Ponekad je gotovo nemoguće odrediti razliku između poremećaja senzorne integracije i simptoma drugih dijagnoza. Mnogo je zbrke oko povezanosti poremećaja autističnog spektra s poremećajem senzorne integracije. To što dijete ima senzorne teškoće, ne mora nužno značiti da je autistično. Prema tome, ne mora značiti ni da su mnoge bihevioralne, medikamentozne i nutricionističke intervencije, često korištene kao pomoć autističnom djetetu, prikladne za dijete s poremećajem senzorne integracije koje nije autistično, osim onih intervencija koje tretiraju senzorne smetnje koje su zajedničke kod obje dijagnoze.

Istraživanja pokazuju da većina osoba s autizmom ima senzorne teškoće, a obično su najviše pogođeni sluh, dodir i vid. Autistične osobe mogu imati neobične reakcije na senzorne podražaje, kognitivno oštećenje ili neujednačen razvoj vještina, slabu koordinaciju, abnormalnosti u prehrani, uzimanju tekućine i spavanju, probleme promjena raspoloženja i tjeskobu, te ponašanja samoozljeđivanja (Biel i Peske, 2007). Najnovija istraživanja pokazuju da terapije senzorne integracije, koje se provode pod nazivnikom radnih terapija, mogu popraviti svakodnevne funkcije i djece s dijagnozom autizma. Istraživanje koje su proveli radni terapeuti poznate škole Jefferson School of Health Professions je pokazalo da upravo radne terapije

izuzetno pomažu u ublažavanju senzornih teškoća, čime se direktno utječe na bolje svakodnevno funkcioniranje autistične djece. Poznato je da 9 od 10 djece s dijagnozama autističnog spektra ujedno pati i od senzornih poremećaja koji se manifestiraju u otežanom procesiranju slika, zvukova, mirisa, okusa i kretanja. Terapija senzornom integracijom koju provode radni terapeuti, upješno primjenjuje različite aktivnosti kroz igru kako bi se poboljšao način na koji mozak reagira na dodir, zvuk, vizualni podražaj ili pokret. Takve terapije nisu ni revolucionarne ni nove, no istraživanje pokazuje da individualni pristup ima izuzetno značajnu ulogu u ostvarivanju zadanih ciljeva za svako pojedino dijete.⁶

7.1 VAŽNOST SENZORNE INTEGRACIJE

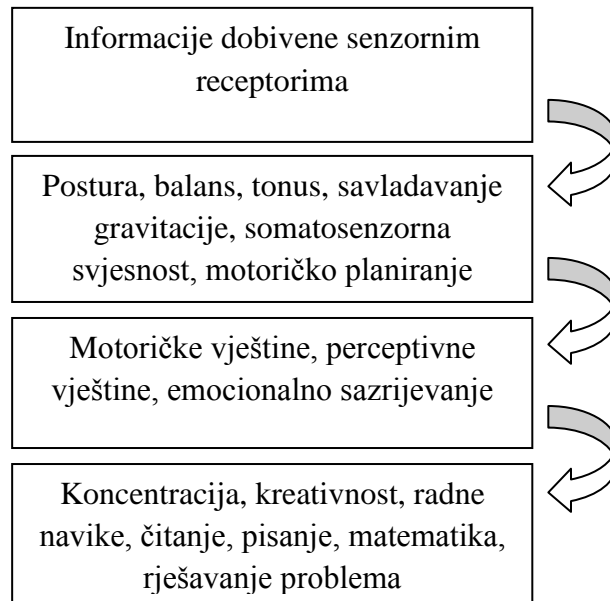
Djelovanjem na procese senzorne integracije, njihovom (re)habilitacijom uvijek se poboljšavaju funkcionalne sposobnosti i prilagodbeno ponašanje djeteta. Terapija senzorne integracije prema J. Ayres (2002) dokazano poboljšava kvalitetu prilagođavajućeg ponašanja djeteta i omogućuju mu primjerene reakcije na zahtjeve okoline. Svrha senzorne terapije za autističnu djecu je višestruka:

- Povećanje trajanja reakcije prilagodbe na senzorički podražaj
- Razvijanje reakcija prilagodbe
- Povećanje samopovjerenja i samopoštovanja
- Poboljšanje kognitivnih sposobnosti
- Stjecanje govornih sposobnosti
- Podizanje kvalitete školskih postignuća
- Razvijanje osobnih i socijalnih sposobnosti⁷

⁶ Senzori.hr <http://www.senzori.hr/senzorna-integracija-pomaze-i-autistima/> (pristupljeno stranici 13.5.2016.)

⁷ Udruga Zvončiči <http://www.udruga-zvoncici.hr/senzorna.html> (pristupljeno stranici 13.5.2016.)

Tablica br. 2 - Važnost senzorne integracije za razvoj autističnog djeteta



7.2 DVORANE ZA SENZORNU INTEGRACIJU

Senzorne sobe ili dvorane nalaze se u terapijskim klinikama, nekim vrtićima i školama. Također, u praktičnom dijelu ovoga rada bit će opisano praćenje dvanaestogodišnjeg učenika s autizmom u Centru za odgoj i obrazovanje Rudolf Steiner u Daruvaru koji također imaju opremljenu sobu za senzornu integraciju i u kojoj je učenik provodio vrijeme. Senzorne dvorane sadrže različite zanimljive sprave i igračke. Uključuje raznu opremu što visi sa stropa – platformne ljuljačke, jastuk za ljuljanje, ljuljačke mreže, koturaške daske, sprave za penjanje, za vrtnju, trampoline te druge uzbudljive, primamljive stvari. Cijela soba mora biti okružena debelim strunjačama i obložena mekanim punjenjem. Za razliku od primjerice sprava na igralištu ili klasičnoj sportskoj dvorani, senzorna dvorana pruža sigurno, ohrabrujuće okruženje u kojem se mogu proširiti djetetove prijašnje granice (Biel i Peske, 2007).



Slika 1. Soba za senzornu integraciju Centra za odgoj i obrazovanje Rudolf Steiner u Daruvaru

8. MOGUĆI TRETMANI ZA AUTIZAM

Remschmidt (2009) ističe kako je intenzivno bavljenje autističnim poremećajima dovelo do mnogobrojnih i učinkovitih terapijskih postupaka, no i da usprkos tomu još nema jednoznačno učinkovitog tretmana autističnih poremećaja. Kao razlog tomu navodi se priroda poremećaja čija se etiologija još uvijek ne poznaje. Nikolić (2000) se slaže da su terapijske intervencije mnogobrojne i vrlo različite s obzirom na ciljeve, sredstva i polazni konceptualni model. Tretman i terapija kod autizma ponajprije su usmjereni na uklanjanje nepoželjnih simptoma i stanja te pridruživanje primjerenih i prilagođenih oblika odgoja i obrazovanja. Nikolić (1996) smatra da suvremeno liječenje autistične djece treba zahvatiti dva područja: psihijatrijsko-psihoterapijski pristup i specijalni odgoj. Odabirom pravog programa već od najranije dobi moguće je spriječiti neke od simptoma autizma. Pri tomu, veoma je važan individualizirani pristup svakom autističnom djetetu. Danas postoje mnogi terapijski programi za autizam, a neki od njih su: programi rane intervencije, bihevioralni pristup (*ABA*), *TEACCH*, psihoanalitički pristup, psihofarmakoterapija, floortime (model *RIO*), likovna terapija, terapija igrom, kineziterapija, glazbena terapija.

8.1 PROGRAMI RANE INTERVENCIJE

Bujas Petković i sur. (2010) navode da programi rane intervencije utječu na djetetov sveukupan razvoj, na njegove psihološke, socijalne i tjelesne karakteristike. Guralnick (2000) definira ranu intervenciju kao sustav koji je kreiran u svrhu podrške onim obiteljskim modelima interakcije koji najbolje potiču razvoj djeteta, a njezini su ciljevi podrška obitelji u poticanju djetetova razvoja, poticanje razvoja djeteta na specifičnim područjima te prevencija teškoća u budućnosti. Procesi koji utječu na rano učenje i razvoj proizlaze iz međusobne interakcije djeteta, okoline i ostalih osoba u sklopu te okoline, stoga je neophodno isticanje rane intervencije u cijeloj obitelji, a ne samo kod djeteta i njegova oštećenja.

Rani razvoj neposredno se odnosi na usvajanje komunikacijskih vještina djeteta. Rana socijalno-komunikacijska iskustva temelj su za kasniji razvoj jezika i socijalne interakcije. Stoga, zbog teškoća u komunikaciji i socijalnoj interakciji autistične djece, uspješne intervencije moraju biti usmjerene na ta područja. Pokazalo se da se s razvojem komunikacijskih vještina znatno smanjilo nepoželjno ponašanje i povećala se sposobnost djece u ostvarivanju socijalne interakcije s vršnjacima tipičnog razvoja. Individualizirani programi, kao i uključivanje obitelji u program rane intervencije su imperativ. Obiteljski sustav, stil interakcije, svakodnevne rutine te okolina u kojoj dijete živi neporedno utječu na njegov razvoj. Terapijski postupak s djetetom u kući provode djetetu najvažnije osobe i prema prilikama i više puta dnevno, te to povećava učinkovitost. Terapija se k tome provodi u prirodnoj situaciji, te su teškoće generalizacije usvojenog samim time bitno smanjene. Osobito važno je da su roditelji i ukućani aktivno uključeni u terapiju koja je stručno vođena, te pritom napredak djeteta s pravom doživljavaju kao vlastiti uspjeh (Ljubešić, 1996).

Nacionalno vijeće za istraživanje (*National Research Council*) 2001. godine navodi sljedeće prioritete za podučavanje djece s poremećajima iz autističnog spektra:

1) *Funkcionalna, spontana komunikacija*

Najvažniji aspekt učinkovitih programa za osobe s autizmom svih dobi i svih stupnjeva teškoća. Mogućnosti za komunikaciju moraju se ostvarivati tijekom cijelog dana.

2) Podučavanje u različitim kontekstima

Učinkovita rana intervencija provodi se u različitim kontekstima (djetetov dom, predškolska odjeljenja, inkluzivni uvjeti). Izdvajaju se tri ključna aspekta učinkovitosti programa: dobro definirani planovi podučavanja za razvoj funkcionalnih vještina djeteta, kontinuirano praćenje napretka djeteta i prilagodbu sadržaja i načina poučavanja kako bi se ubrzao njegov uspjeh te primjena vještina koje se podučavaju, njihovo održavanje i generalizaciju u funkcionalnim dnevnim rutinama u prirodnom okružju.

3) Podučavanje igre, naglasak na igri s vršnjacima i primjerenom korištenju igračaka

Podučava se igra koja je razvojno primjerena specifičnom djetetu. Interakcija s vršnjacima omogućuje socijalni razvoj djeteta, a temelj podučavanja socijalnih i komunikacijskih vještina čini osmišljavanje i planiranje zajedničkih aktivnosti.

4) Podučavanje koje uključuje generalizaciju i održavanje kognitivnih ciljeva u prirodnom kontekstu

Djeca s autizmom trebaju biti uključena u smislene aktivnosti podučavanja primjerene njihovoj dobi. Važno je podučavati u prirodnom kontekstu i omogućiti izbor djetetu koji će pojačati djetetovu motivaciju i generalizaciju. Generalizacija se potiče ako su vještine koje se podučavaju funkcionalne i mogu se primijeniti u prirodnom djetetovom okruženju i dnevnim rutinama.

5) Pozitivni pristupi nepoželjnim ponašanjima

Podrazumijeva funkcionalnu analizu ponašanja, razvoj plana podučavanja primjerenih, funkcionalno-komunikacijskih vještina te alternativu nepoželjnim ponašanjima.

6) Funkcionalne akademske vještine, kada je to primjereno

Vještine koje se podučavaju moraju biti smislene i funkcionalne, odnosno primjenjive u svakodnevnom životu. Pri kreiranju ciljeva poučavanja važno je zapitati se kako će podučavanje te vještine utjecati na funkcioniranje djeteta u svakodnevnom životu.

8.2 BIHEVIORALNI PRISTUP

Stošić (2008) navodi da se bihevioralni pristup u podučavanju osoba s poremećajima iz autističnog spektra koristi od sredine šezdesetih godina prošlog stoljeća. Lovaas i njegovi suradnici su prvi razvili i evaluirali sveobuhvatni program intervencije za podučavanje osoba s autizmom temeljen na bihevioralnom pristupu. On je uključivao programe za smanjivanje nepoželjnih oblika ponašanja kao što su samoozlijeđivanje, samostimulacija, agresija, ali i programe za podučavanje vještina igre, socijalnih i akademskih vještina. Stošić (2008) te Bujas Petković i sur. (2010) slažu se da je iz bihevioralnog pristupa proizašao niz važnih strategija intervencije: motivacijski programi temeljeni na pozitivnom pojačanju, detaljna i sustavna analiza zadatka za razvoj akademskih vještina, generalizirane tehnike za izgradnju novog repertoara vještina kroz postupke kao što su vođenje, oblikovanje, nizanje, gašenje i strategije samokontrole (self - management). Također, Remschmidt (2009) ističe da je cilj metoda bihevioralne terapije usvajanje poželjnih obrazaca ponašanja, a napuštanje nepoželjnih, a Nikolić (2000) nadodaje kako je osnovna pretpostavka pri tome da svako ljudsko biće može naučiti radnje ako je za njih nagrađeno i da može prestati činiti one radnje koje rezultiraju neugodnim posljedicama. Uz to nadodaje, kako se najlakše uči kada su zadaci podijeljeni u pojedine jednostavne etape od kojih svaka mora biti savladana prije nego se prelazi na sljedeću.

Mnogi stručnjaci koji provode programe za osobe i djecu s autizmom i njihove obitelji, primijenjenu analizu ponašanja (ABA) poistovjećuju s jednom od njezinih najčešćih strukturiranih tehnika - podučavanjem diskriminativnim nalozima – (PDN ili DTI). Ona polazi od pretpostavke da se zakoni teorije učenja mogu sustavno primijeniti u edukaciji djece s autizmom (Harris i Delmolino, 2002). Svrha PDN-a je djeci prezentirati informacije na jasan, sažet, dosljedan i strukturiran način koji pomaže djetetu izolirati ključne komponente situacije učenja. Pri tome prva komponenta je prethodni (diskriminativni) podražaj tj. instrukcija, uputa ili smjernica prezentirana djetetu. Druga komponenta je ponašanje koje dijete izražava, a naposljetku, treća komponenta je posljedica koju daje terapeut. Posljedica djetetova ponašanja može biti pojačanje ili njegovo uskraćivanje te ponovno postavljanje zadataka i pružanje podrške. Pojačanja su ugodne posljedice, one slijede željeno ponašanje i povećavaju mogućnost budućeg pojavljivanja tog istog oblika ponašanja. Posljedice mogu biti primarne i sekundarne. Vrijednost primarnih posljedica ne

zahtijeva učenje (hrana, piće) dok vrijednost sekundarnih zahtijeva učenje (zagrljaj, osmijeh, igračka). Na početku programa kombiniraju se primarne i sekundarne posljedice, no cilj je da se primarne posljedice zamijene onima koje se koriste u svakodnevnom životu (pohvala, osmijeh, zagrljaj). Nepravilni odgovori zahtijevaju ispravljanje i priliku da se ispravi odgovor. Kod usvajanja vještina se koristi podrška koja se postupno smanjuje da dijete počne samostalno izvoditi zadatak. Podrška omogućuje djetetu dobivanje pojačanja (doživljaj uspjeha i motivacije). Moguće vrste podrške su fizička pomoć i vođenje, modeliranje i demonstracija, modulacija glasa, pozicioniranje, neposrednost, povezivanje s već usvojenim znanjem, pisane ili slikovne smjernice, dodatne verbalne smjernice, geste ili materijali.

Faze učenja svakog cilja iz pojedinog programa jesu uzastopni pokušaji – izolacija (*mass trials*), vježbe diskriminacije i nasumična rotacija. U početku se podučavanjem diskriminativnim nalogima uče vještine i znanja potrebne kao osnova za daljnje učenje, dakle predstavljaju sredstvo pomoću kojeg će dijete usvajati nova znanja (združena pažnja, imitacija, ekspresivni, receptivni jezik, samostalna igra itd.), a nakon toga akademske vještine, vještine konverzacije i socijalne interakcije. Svaka vještina usvojena u situaciji učenja podučava se i u različitim kontekstima, s različitim predmetima (alatom) i različitim osobama kako bi se osigurala generalizacija naučenog (Stošić, 2008).

Kao intenzivni bihevioralni programi posebno se ističu ABA (*Applied Behavior Analysis*) iz 1987. i TEACCH (*Teaching and Educating Adults and Children with Communication Handicap / Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*)

8.2.1 PRIMIJENJENA ANALIZA PONAŠANJA – ABA

Lovaasova ABA (1987) izazvala je značajne prijemore. Izvijestio je o dramatičnim promjenama primjenom njegova bihevioralnog programa. 19 predškolske djece su prošla kućni bihevioralni program u trajanju od 40 ili više sati tjedno dvije godine. Početni IQ bio je 53. Uspoređena su s grupom djece koja nisu prošla tako intenzivan tretman (10 sati tjedno ili manje) i čiji je IQ bio 46. Kasnije su ispitani u dobi od 7 godina i ustanovljeno je da im je IQ povećan za 20 (a kontrolnoj grupi samo 8) (Remschmidt, 2009).

8. 3 PROGRAMI S VIZUALNOM OKOLINSKOM PODRŠKOM – TEACCH

TEACCH je jedan od najsveobuhvatnijih programa koji obuhvaća dijagnostičke postupke, procjenu sposobnosti i potreba te podršku za djecu i odrasle s autizmom. Osmišljen je ranih sedamdesetih godina prošlog stoljeća na Odsjeku za psihijatriju Sveučilišta Sjeverne Karoline u gradu Chapel Hillu te se od tada sustavno primjenjuje, usavršava i širi izvan te institucije. Ovu metodu osmislio je Eric Schopler 1971. godine. Danas se za autizam koriste kurikulumi kojima je važna sastavnica specifično strukturirana okolinska podrška prema Schoplerovim načelima i njegovu programu. To je vrlo strukturirani program koji se temelji na vizualno posredovanoj vanjskoj podršci, ali se u znatnoj mjeri temelji i na načelima primijenjene analize. Kurikulum u programu TEACCH ima obilježja razvojnog, kognitivnog, ekološkog i zdravorazumskog pristupa stoga se, u određenoj mjeri, može svrstati i u eklektičke komplementarne metode.

Temeljni principi programa su stroga struktura, dosljednost i univerzalnost, što znači da se ne može provoditi i koristiti djelomice, katkad i ponegdje. Osnova za izradu individualiziranog programa je temeljita procjena sposobnosti i potreba osobe, a provodi se prema Testu za procjenu psihoedukacijskog profila za djecu (Mesibov, 2005) i Testu za procjenu psihoedukacijskog profila adolescenata i odraslih (Schopler, Mesibov, 1988) te instrumentima kreiranim u Centru za TEACCH, od kojih je najpoznatiji CARS (*Childhood Autism Rating Scale – ljestvica za procjenu dječjeg autizma*).

Ovaj program maksimalno je prilagođen kognitivnom stilu autista te im omogućuje razumijevanje slijeda događaja i anticipiranje, poštuje njihovu potrebu za rutinom i osigurava uspješnost, a prazni hod ne postoji. Principi programa su: individualizacija (program usmjeren prema osobi) i funkcionalnost podučavanja (neposredno povezivanje ponašanja sa situacijama i kontekstom u kojem se ono treba pojavljivati). Uči se ono što je odraz djetetove potrebe, sposobnosti i okolnosti u kojima dijete živi – tj. funkcionalne i potrebite vještine koje se usvajaju zahvaljujući situacijskom i prirodnom učenju. Podučava se s mnogo vizualnih i drugih oblika podrške koji će poticati i od učenika iziskivati komunikaciju (korištenje geste, slikovnog jezika, pisanih oznaka i alternativnih oblika komunikacije). Bilježenje kvalitativnih i kvantitativnih podataka o postignuću učenika prati se na dnevnoj bazi.

Program veliku važnost pridaje *komunikaciji* (slikovne kartice, komunikacijske ploče, sustav kartica s riječima i pojmovima), *socijalnim odnosima* (podizanje socijalne pažnje, razumijevanja, poticanje socijalnih interakcija, socijalnih kompetencija, razumijevanje pravila ponašanja), *ponašanju* (svrha je prevencija i ublažavanje nepoželjnih oblika ponašanja), *slobodnom vremenu* (slobodno vrijeme i učenje vještina je programirano) te *radnim vještinama* (razvijanje primjerenih radnih navika i modela ponašanja).

Kod provođenja programa TEACCH važna je organizacija prostora (učionice) koja mora uključivati vizualne znakove koji pomažu djetetu razumjeti okolinu u kojoj se nalazi. Strukturiranje djetetova vremena (raspored) pomaže učenicima da planiraju i slijede dnevne i tjedne događaje, što im pomaže smanjiti napetost zbog neizvjesnosti i nerazumijevanja slijeda. Dnevni i tjedni raspored aktivnosti prikazuju se s pomoću slika i crteža koji označavaju te aktivnosti. Slikovni prikaz na kartici popraćen je odgovarajućim pojmom u obliku riječi. Radni materijal, pripremljen unaprijed prema rasporedu, treba biti jasno označen i organiziran prema učenikovoj razini razumijevanja. Svi didaktički materijali trebaju biti uredno složeni da manipulacija njima bude što jednostavnija. Upute učenicima mogu biti verbalne i neverbalne, ali moraju biti jasne i sažete (Bujas Petković i sur., 2010).

8.4 PSIHOANALITIČKI PRISTUP

Psihoanalitički pristup, prema Nikoliću (2000) poštuje djetetovu ličnost onakvu kakva ona jest. Djetetu se dozvoljava da slobodno izrazi svoje želje i porive. Autistično dijete stavlja se u stimulativnu sredinu te mu se nudi niz podražaja za zadovoljenje potreba. Upravo način zadovoljenja koji je izabran od djeteta, daje indikacije o stadiju na kojem se razvoj djeteta zaustavio ili usporio. Nakon povratne informacije, stvara se čitava terapijska strategija koja omogućuje djetetu da nadoknadi zadovoljenje svojih potreba i stimulira usklađeniji razvoj i napredak djeteta. Terapeut će pri radu poštivati stil djetetova života, njegovu dinamiku razvoja te njegove potrebe i unutarnju logiku osjećajnog doživljavanja imajući na umu da je svako dijete ličnost za sebe.

Špelić (2010) ističe kako je naglasak psihoanalitičke teorije na okolinsko-emocionalnim uzrocima što je praćeno psihoterapijskim pristupom. Mogućnost korištenja psihoanalitičkog pristupa u psihoterapiji autistične djece kao problem

prisutan je još od određenja Kannerova infantilnog autizma kao zasebnog kliničkog entiteta. Navedeni problem izražen je kroz podvojenost u odnosu na pitanje etiologije autizma koja je i danas izražena u mnoštvu međusobno različitih organskih i psiholoških koncepata. U prilog ove teorije idu suvremeni doprinosi novih istraživanja ranih interakcija majke i djeteta koji predstavljaju osnovu razvoja sposobnosti internalizacije te razvoja psihičkih struktura značajnih u razvoju njihovih socijalnih sposobnosti. Taj razvojni model, kojemu je naglasak na razumijevanju uzajamnog odnosa majke i djeteta u razvoju njihove intersubjektivnosti, shvaćen je kao most koji može povezati dvije nasuprotne strane organskih i psiholoških koncepata. Psihoanalitičkim pristupom omogućavaju se promjene u okviru psihoterapijskog pristupa u kojem se mijenja shvaćanje uloge majke/terapeuta, a time i njihove uloge u izgradnji i razvoju psihičkih struktura neophodnih za djetetovo uspostavljanje objektivnih odnosa (Špelić, 2010).

8.5 RAZVOJNI PRISTUP – MODEL RIO – FLOORTIME

Razvojni pristupi najučinkovitiji su dok je dijete još malo, a usmjereni su na razvoj sposobnosti u kojima su najveća odstupanja ujedno i glavna obilježja autizma. Ovi programi zahtijevaju veliku uključenost roditelja kao suterapeuta, suradnika i stručnjaka, a od svih njih očekuje se visok stupanj kreativnosti i upornosti. Kod razvojnih programa ne postoje ozbiljnije evaluacije njihove učinkovitosti. Neki od razvojnih metoda i terapija su: *Program osmijeha*, *Denverski model* i *Izlazeće sunce*, no najpoznatiji je Greenspanov model RIO (*floortime*).

„Razvojni, individualno-diferencijalni, na odnosima utemeljen model RIO nastoji posredovati između djeteta i njegove okoline prepoznavanjem i sistematiziranjem djetetovih temeljnih razvojnih sposobnosti motoričke i senzoričke obrade te interaktivnih modela“ (Greenspan i sur., 2004; prema Bujas Petković i sur., 2010, str. 281).

Floortime pristup zasniva se na razvojnoj interaktivnoj teoriji prema kojoj se većina kognitivnih vještina razvijenih u prvih pet godina života temelji na emocijama i odnosu. Roditelji su primarni partneri koji slijede inicijative djeteta. Ovaj pristup omogućuje generalizaciju naučenog te izgradnju odnosa. Model RIO sintetizira tri važne spoznaje o socijalnoj kogniciji na kojima se temelje principi rada s autističnom djecom, a one su: specifičnosti u razvoju jezika, mišljenja i emocija. Pristup se temelji na toplom i neposrednom ophođenju s djetetom i dijete istodobno

uključujemo na njegovim funkcionalnim, emocionalnim i razvojnim razinama do one najviše za koju je sposobno (Greenspan i Salmon, 2004). Filozofija floortimea zahtijeva poštovanje i zaokupljanje djeteta te slaganje s njim kako bi mu se pomoglo elaborirati misli koristeći geste, govor i igre pretvaranja.

Floortime pristup postavlja dva temeljna cilja - uspostavljanje interakcije s djetetom uz njegovo vođenje i uvesti dijete u svijet združene pažnje. Ovaj proces ima pet koraka, a primjenjuje se kako bi se podržao i pomogao emocionalni i socijalni razvoj djeteta.

1. *Korak – opservacija*

Uključuje slušanje i promatranje djeteta. Važni čimbenici koji pomažu u pristupu djetetu su facijalna ekspresija, ton glasa, geste, postura tijela i riječi (ili izostanak riječi).

2. *Korak – pristupanje - otvaranje ciklusa komunikacije*

Nakon utvrđivanja djetetova raspoloženja i načina pristupa, roditelj ili terapeut mu prilazi gestom ili riječima, a daljnja interakcija ide u onom smjeru koje zanima dijete (prati se interes djeteta).

3. *Korak – praćenje djetetova vodstva*

Terapeut je učenikov partner koji ga podržava u igri, dopušta djetetu da upravlja akcijom i gradi priču pri čemu se potiče djetetov osjećaj samopouzdanja, omogućuje mu se pozitivno iskustvo, osjećaj topline, bliskosti i razumijevanja.

4. *Korak – produžena i proširena igra*

Dijete se potiče na igru u kojoj se stvara interakcija s roditeljem i u kojoj on izražava svoje ideje i definira nastavak igre. Za poticanje kreativnog mišljenja, roditelj postavlja pitanja i pomaže djetetu da osvijesti svoja emocionalna stanja.

5. *Korak – dijete zatvara ciklus komunikacije*

Dijete zatvara krug komunikacije odgovorom na roditeljeve komentare i geste svojim komentarom i gestama te počinje shvaćati vrijednost dvosmjerne komunikacije (Bujas Petković i sur., 2010).

Ovaj razvojni pristup ističe brojne interventne strategije, a neke od njih su: poštovati djetetov način prihvatanja informacija, pomoći djetetu da učini ono što

želi, ulagati u ono što dijete inicira ili imitira, pridružiti se djetetu u repetitivnoj igri, shvatiti da djetetovo "ne" nije odbijanje, inzistirati na djetetovu odgovoru, tj. zatvaranju ciklusa komunikacije itd. Model RIO uključuje različite tehnike, razvojne intervencije, bihevioralne metode, logopedске terapije, fizioterapijske postupke, specijalne edukacije, psihoterapije, biološke tretmane, a sve ovise o djetetovim potrebama. Bitno je imati na umu da se program prilagođava djetetovim potrebama, a ne dijete prilagođavati intervenciji.

8.6 TERAPIJA LIJEKOVIMA

Nikolić, Marangunić i sur. (2004) sa sigurnošću tvrde da još uvijek ne postoji specifičan lijek za autistični poremećaj. Budući da se ne znaju točni uzroci autizma, tako ni etiološko liječenje poremećaja nije moguće. Ono što je poznato jest da se lijekovima nastoje otkloniti nepoželjni simptomi: hiperaktivnost u manje djece, agresivno i autoagresivno ponašanje te poremećaje spavanja. Fenfluramin (Pondimin) bio je prvi korišten lijek za autizam koji je u pokusima na životinjama snižavao razinu serotonina, no on se nije pokazao učinkovitim. I Remschmidt (2009) ističe da lijekovi u cjelovitom planu tretmana autističnih poremećaja mogu biti veoma važno pomoćno sredstvo, a da su u kriznim intervencijama katkada nezaobilazni i nužni. Svi stručnjaci se ipak slažu da lijekovi nikada ne mogu biti jedini terapijski postupak, već se trebaju integrirati u cjelovit plan tretmana. Uz medikamentnu terapiju, provode se i npr. terapija igrom, psihoterapija, bihevioralna terapija pa se ne može sa sigurnošću odrediti koliki učinak ima sami lijek, a koliki drugi oblici terapije. Kod odabira lijeka važno je uzeti u obzir uzroke – poremećaj, IQ, dob, spol, obiteljski uzroci. Danas se koriste različite vrste antipsihotika, antidepresiva, psihostimulansa, antikonvulziva, anksiolitika, sedativa, hipnotika, ali i vitaminske terapije.

Antipsihotici su najveća i najviše primjenjivana skupina lijekova u djece s autizmom, psihozom i intelektualnim oštećenjem. Danas se iz ove skupine najviše koriste atipični antipsihotici (risperidon, olanzapin, kvetiapin, ziprasidon, aripiprazol). Oni se primjenjuju većinom zbog nepoželjnih simptoma – agresije, autoagresije, hiperaktivnosti, stereotipija, a mogu biti korisni i kod negativnih simptoma autističnog poremećaja, osobito kod nesocijaliziranog ponašanja,

zatvaranja u sebe i osamljivanja. Uporaba antipsihotika kod djece mora biti strogo indicirana i individualno dozirana uz stalno praćenje.

Antikonvulzivi se primjenjuju u autistične djece kod kojih se javljaju i epileptični napadaji. Poznato je da se kod četvrtine djece s autizmom u pubertetu javljaju epileptični napadaji i da još veći broj djece ima patološki promijenjen EEG nalaz. Takvoj djeci određuje se antikonvulzivna terapija koja, uz prevenciju napadaja, ima i korisno djelovanje na simptome autizma. Lijekovi mogu ublažiti i agresivnost i impulzivnost koji se povezuju s abnormalnostima u EEG nalazu. Od antikonvulziva najčešće se koriste karbamezepin (*Tegretol*), valproat (*Depakine Chrono*), lamotrigin (*Lamictal*) i topimarat (*Topamac*).

Anksiolitici reduciraju anksioznost te teška stanja uznemirenosti, straha i psihomotornog nemira. Ne smiju se davati dugotrajno jer izazivaju ovisnost, a kada se daju djeci, to mora biti jednokratno i strogo indicirano. **Sedativi i hipnotici** prvi su se davali za smirivanje psihomotornog nemira i agresije u djece i odraslih osoba s autizmom. Iako je njihova primjena povremeno korisna i nužna, zbog mogućnosti navikavanja, ne smiju se davati dulje od dva tjedna.

Sedamdesetih godina prošlog stoljeća visoke doze različitih vitamina preporučivale su se za mnoge bolesti i poremećaje, pogotovo za one nepoznate etiologije – za maligne bolesti i psihijatrijske poremećaje. Kao **vitaminska terapija**, u djece s autizmom, posebno uspješno pokazala se terapija vitamina B6 (piridoksina), samog ili u kombinaciji s vitaminom C i magnezijem. To je pokazalo Heeleyjevo i Robertsovo (1960) izvješće o metaboličkom učinku tog vitamina. Rimland je također zaključio pozitivan terapijski učinak piridoksina u djece s autizmom. Radi se o megadozama od 300 do 500 mg dnevno. Nakon te terapije, djeca su pokazivala bolji kontakt, imala su manje ispada, pokazivala su napredak u govoru i općenito se bolje ponašala (Bujas Petković i sur., 2010).

Cilj primjene terapije lijekovima u djece s autizmom je smirivanje hiperaktivnosti, agresije i autoagresije te poboljšanje pozornosti. Kada je to postignuto, dijete se može bolje usredotočiti na edukativne postupke i učenje te se bolje uklopiti u socijalnu sredinu. Uz brojne uspjehe i ograničenja, medikamentna terapija je pomoć za uspješnije provođenje drugih oblika tretmana.

8.7 LIKOVNA TERAPIJA

Likovna terapija primjenjuje se kao terapijski postupak kod autizma, ali i kod gotovo svih psihičkih poremećaja u djece i odraslih. Likovno izražavanje može poslužiti i u dijagnostičke svrhe. Njome se potiču razvojni procesi i odgoj autistične djece. Zbog nedovoljno razvijenog govora ili kod njegova potpunog izostanka, djeca s autizmom kroz likovni izražaj mogu izraziti svoje poruke i želje i na taj način komunicirati s drugima. Dok su crteži većine autistične djece često stereotipni i ponavljajući, neka autistična djeca su posebno nadarena za slikarstvo (Nikolić, 2000).

Likovna terapija temelji se na spoznaji o pozitivnim učincima likovnosti na čovjeka - na njegovo psihičko i fizičko zdravlje. Poznato je da svaka osoba ima sposobnost projekcije svojih unutarnjih konflikata u vizualne oblike i da je likovno izražavanje zapravo sredstvo neverbalne komunikacije. Bit likovne terapije je u terapijskoj aktivnosti stvaranja, u samom procesu i rezultatima tog procesa, u stvaranju novih spoznaja, usvajanju novih iskustava što pridonosi samopotvrđivanju, jačanju samopouzdanja, harmoniziranju, rekreaciji i integraciji osobe. U radu s autističnom djecom, naglasak se stavlja na sam proces i njegov terapijski učinak, a ne na konačni likovni proizvod. Individualni pristup je jedini kroz koji je rad moguć. Likovna terapija ima brojne zadaće: poticati dijete koje je pasivno, nemotivirano i zatvoreno; razvijati pažnju i koncentraciju kod djece; razvijati vizualnu i taktilnu percepciju i percepciju prostora; koristiti likovni izraz kao sredstvo komunikacije; izgraditi odnos sa skupinom i unutar skupine; usmjeriti i smanjiti psihomotorički nemir; snažne emocije i nepoželjne oblike ponašanja.⁸

8.8 GLAZBENA TERAPIJA

Glazbena terapija koristi glazbeni sadržaj i glazbenu ekspresiju kako bi se uspostavila kvalitetna komunikacija s autističnim djetetom. Individualni program za svako dijete određuje glazbeni terapeut. Ovaj oblik terapije provodi se u specijaliziranom glazbenom kabinetu koji je opremljen sintetičkim glazbalom, električnim klavirom, Orffovim instrumentarijem, različitim vrstama udaraljki te audio opremom. Naglasak se stavlja na aktivno i pasivno slušanje glazbe, razvoj

⁸ Centar za autizam Split (<http://www.autizam-split.com.hr/>) (pristupljeno stranici 19.5.2016.)

sluha i auditivne percepcije (igre za razvoj sluha, vježbe razlikovanja i prepoznavanja zvukova, vježbe auditivne pažnje i pamćenja), sviranje na glazbalima i pjevanje.

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

8.9 KINEZITERAPIJA

Kineziterapija, prema Nikoliću (2000) danas je sve važniji oblik terapije koji se provodi ciljano. Smatra se da intenzivne tjelesne aktivnosti u dječjoj dobi povoljno utječu na uklanjanje hiperaktivnosti, suzbijaju agresiju i destruktivno ponašanje, a učinci su povoljniji od učinaka restriktivnih tehnika. Uz to što je ciljani terapijski učinak, potiče i normalan tjelesni razvoj, kao i u svih ostalih. Tjelesnim vježbanjem ublažit će se stereotipna držanja tijela autistične djece i deformiteti koštano-mišićnog sustava (kifoza, skolioza, spuštene stopala). Kineziterapijski postupak utjecat će na razvoj osnovnih psihomotornih sposobnosti – koordinaciju, ravnotežu, preciznost, fleksibilnost, snagu i brzinu. Osim toga, povoljno utječe i na osobine ličnosti i modalitete ponašanja, smanjuje anksioznost i agresivnost, razvijaju se spoznajne sposobnosti autističnog djeteta, stimulira se morfološko – funkcionalni razvoj, utječe se na socijalnu adaptaciju i integraciju te se zadovoljavaju biološke potrebe za kretanjem i igrom. Veoma važno je provoditi ove sadržaje u grupi jer će se na taj način potaknuti socijalizacija.

8. 10 IGRA KAO TERAPIJA

Igra je primarna, urođena i prirodna aktivnost svakog djeteta, bez obzira na njegove poteškoće ili stupanj razvoja. To je nešto što je zajedničko svakoj djeci i može se govoriti o igri kao o zajedničkom jeziku sve djece svijeta, jezik s kojim se

djeca rađaju i kojeg ne moraju učiti. Terapija igrom je pristup u kojem dijete vodi, a terapeut ga prati i posvećuje mu potpunu pažnju. Pri terapiji igrom koriste se različiti mediji i tehnike poput terapijskog pričanja priča, kreativne vizualizacije, plesa, glazbe, pokreta, dramatizacije, gline, plastelina, crtanja, slikanja, pijeska. Korištenjem nestrukturiranih materijala poput pijeska i minijaturnih figura ljudi i životinja, omogućeno je djetetu da izrazi svoju maštu u tom trenutku. Djeca kroz igru mogu iskazati i usmjeriti svoje strahove, ljutnju, krivnju, tugu, anksioznost, fantaziju i druge emocije na objekte umjesto na sebe ili ljude iz okoline.

9. OBRAZOVANJE AUTISTIČNE DJECE

Djeca koja su bila uključena u program rane intervencije u obitelji te u poluintegrativne i integrativne uvjete u vrtićima stvorila su bolje uvjete te se pripremila za formalno obrazovanje. Zbog intelektualnih teškoća, ali i predrasuda, teško se uključuju u redovito obrazovanje. Jedan od nužnih uvjeta za uključivanje djeteta u redovito školovanje je taj da učitelj stekne potrebno obrazovanje o autizmu kako bi mogao uspješno podučavati učenike s poremećajem iz autističnog spektra. Uz navedeno, kvalitetna komunikacija između učitelja i ostalih stručnjaka te roditelja neophodni su za uspješnu edukacijsku integraciju. Općenito se razlikuju tri razine integracije – lokacijska, socijalna i funkcionalna. Bez obzira o kojoj je razini riječ, uvijek je potrebna prilagodba kurikuluma i pristupa podučavanju kako bi zadovoljili potrebe djeteta. Krajnji cilj integracije ne smije biti samo integracija u školi, nego i u društvu. Na taj način učitelji i vršnjaci stvorit će pozitivne odnose prema djeci s poteškoćama (Bujas Petković i sur., 2010).

U priručniku Agencije za odgoj i obrazovanje (2009) ističu kako je psihološko-obrazovni profil osoba s autizmom različit od odgojno-obrazovnog profila pojedinca s normalnim razvojem. Istraživanja su pokazala nedostatak većine kognitivnih funkcija te oštećenja u okvirima kompleksnih sposobnosti osoba s autizmom (teškoće u receptivnom i ekspresivnom govoru, teškoće pri formiranju mišljenja i apstraktnom zaključivanju, teškoće u socijalnoj spoznaji, razumijevanju osjećaja drugih, nesposobnost planiranja, organiziranja i rješavanja problema). Većina njih ima poteškoća s preradom usmenih i pisanih informacija, npr. praćenje uputa ili razumijevanje pročitano. S druge strane, neki autistični učenici imaju izražene sposobnosti mehaničke memorije i vizualno-spacijalnih zadataka. Kako

kažu Bujas Petković i sur. (2010), neovisno o intelektualnom statusu, način razmišljanja i učenja kod djece s poremećajima iz autističnog spektra, drugačiji je od uobičajenoga.

9.1 INDIVIDUALIZIRANI ODGOJNO-OBRAZOVNI PROGRAM

„Individualizirani pristup odnosi se na primjenu onih metoda, sredstava i didaktičkih materijala koji podupiru posebne potrebe djeteta“ (Zrilić, 2011, str. 22). Planiranje odgojno-obrazovnog rada za učenike s autizmom složeno je iz više razloga. Ti učenici razlikuju se od većine po načinu učenja, komuniciranju i razvoju socijalnih vještina te po često problematičnom ponašanju. Programi moraju biti individualizirani i zasnovani na jedinstvenim potrebama i sposobnostima svakog učenika. Da bismo pristupili planiranju, važno je prepoznati način na koji autizam utječe na sposobnost procesuiranja informacija i komunikaciju učenika. Odgojno-obrazovni program može uključivati kombinaciju odgojno-obrazovnih aktivnosti redovitog plana i programa i aktivnosti koje se temelje na specifičnim ciljevima i zadacima za svakog određenog pojedinca, a koji su navedeni u individualnom odgojno- obrazovnom planu (IOOP-u).

9.1.1 IZRADA IOOP-a

Prema Zrilić (2011) individualizirani program izrađuju učitelj i stručni suradnici škole (u nekim slučajevima i asistent učitelja, patolog govora i jezika, savjetnici za ponašanje te školski psiholozi). IOOP se izrađuje za sve učenike s posebnim obrazovnim potrebama temeljem rješenja Ureda državne uprave i odluke učiteljskog vijeća škole. Školsko osoblje treba imati na umu da je svrha intervencija pružanje pomoći učeniku tako da školski program, koliko god je to moguće, bude u skladu s tim programom rada ili terapijom učenika. Ponekad, potrebe nekih učenika s autizmom i pomoć koja je potrebna kako bi se zadovoljile te potrebe, izlaze iz okvira propisanog sustava školovanja. Tada je potreban suradnički pristup kako bi se učeniku pružila potrebna i odgovarajuća podrška. U takvim slučajevima surađuje se s lokalnim agencijama te se izrađuje protokol zajedničkog djelovanja (razmjena informacija, načini komuniciranja, mjesta sastajanja, područja odgovornosti).

Izrada individualiziranoga odgojno-obrazovnog programa temelji se na procjeni sposobnosti, interesa i potreba učenika, a tek potom na procjeni područja

koja treba razvijati. Zrilić (2011) navodi sljedeće etape za izradu individualiziranog programa:

- Inicijalna procjena
- Određenje nastavnih predmeta i sadržaja
- Razine usvajanja sadržaja
- Kratkoročni i dugoročni ciljevi i zadaci
- Izbor metoda, individualiziranih postupaka, sredstva i pomagala
- Praćenje i ocjenjivanje postignuća učenika

Planiranje i praćenje uspješnosti programa provodi se mjesečno. Prilikom izvođenja nastave, učitelj za autističnog učenika priprema zadatke koji za njega nisu preteški ni prelagani (načelo primjerenosti). Za ostvarivanje individualizirane nastave prakticira se mentorska nastava, individualan rad, prilagođeni programi, nastavni listići, nastava pomoću računala. Glavni je cilj individualizirane nastave naučiti učenike učenju, formirati kod njih pozitivnu motivaciju za učenje i osloboditi potencijalne sposobnosti svakog pojedinog učenika.

9.1.2 SADRŽAJ IOOP-a

Svrha je napisanog IOOP-a usmjeriti djelovanje edukatora i pružiti informacije o oblicima promjena, prilagodbi, strategijama i pomoći koja će se primijeniti u funkciji podupiranja učenika. Djelotvoran i kvalitetan IOOP sadrži:

- a) Osobne podatke i podatke o obrazovanju, uključujući procjene
- b) Informacije o jakim stranama i potrebama učenika
- c) Dugoročne ciljeve te kratkoročne ciljeve i zadatke

Dugoročni ciljevi odnose se na viziju učenika kao odrasle osobe. Kratkoročni ciljevi i zadaci mogu se odnositi na redoviti plan i program obrazovanja ili se mogu oblikovati kao razvojna područja poput: komunikacija, socijalizacija i razvoj socijalnih vještina, oblici ponašanja primjereni različitim kontekstima i situacijama, funkcionalne vještine koje se tiču samostalnosti te razine učenika.

- d) Prijelazni ciljevi i zadaci, uključujući stručne vještine
- e) Pomoćna sredstva i strategije koje će pridonijeti ostvarivanju ciljeva i zadataka

- f) Način procjene i vrednovanja napretka učenika
- g) Utvrđivanje obaveza koje se tiču provođenja specifičnih dijelova plana, s razinom podrške i izvršiteljem obaveze
- h) Proces revizije i evaluacije plana (najmanje jednom godišnje)
(Agencija za odgoj i obrazovanje, 2009)

IOOP je opsežan plan i pri provođenju IOOP-a nužna je fleksibilnost radi prilagođavanja promjenama u ponašanju učenika ili promjenama u svezi s njegovim potrebama.

9.1.3 ULOGE I OBVEZE

Kako je važno planiranje, jednaku pozornost treba posvetiti podupiranju učenika s autizmom i njihovih obitelji. Pri planiranju IOOP-a važnu ulogu imaju ravnatelj škola, razredni učitelji, stručni učitelji, patolozi govora i jezika, roditelji, asistenti učitelja.

Ravnatelj škola – Dužnosti ravnatelja uključuju određivanje osoblja, raspodjelu sredstava unutar škole te brigu za to da učitelji raspolažu informacijama koje su im potrebne za rad s autističnom djecom. Isto tako, ravnatelj može olakšavati suradnju školskih timova.

Razredni učitelji – odgovorni su za odgojno-obrazovne programe svih učenika u razredu, pa tako i za specijalizirani, individualizirani program za autističnog učenika. Suraduje i koordinira s dostupnim stručnjakom.

Stručni učitelji – razrednim učiteljima pruža podršku za rad s učenicima s posebnim potrebama. Raspolažu posebnim stručnim znanjima u svezi s ponašanjem i razvojem socijalnih vještina. Također, učeniku s autizmom, može pružati neposrednu poduku.

Patolozi govora i jezika – raspolažu stručnim znanjima koja su potrebna za procjenjivanje komunikativnih potreba i izradu programa rada radi poboljšanja komunikacije. Imajući u vidu komunikativne teškoće učenika, imaju izuzetno važnu ulogu pri utvrđivanju primjerenih ciljeva i strategija kod zadovoljavanja potreba učenika.

Roditelji – obitelji učenika raspolažu znanjem i iskustvom koje je dragocjeno i neophodno pri izradi djelotvornog programa rada u školi. Roditelji pronalaze načine komuniciranja i kontroliranja učenika kod kuće, a ti se načini mogu iskoristiti u okviru škole.

Petričević (2012) navodi načine suradnje stručnih suradnika, roditelja i učitelja. Neki od njih su: informiranje i dogovaranje, poučavanje, savjetodavni rad i stručna pomoć roditeljima koja se pruža kroz savjetovaništa za roditelje, individualni tretman, grupe roditelja i tretman roditelj-dijete. Roditelji i stručnjaci moraju promovirati partnerstvo usmjereno prema djetetu i u korist djeteta. Samo zajedničkim djelovanjem mogu unaprijediti sustav podrške za djecu s poremećajima iz autističnog spektra. Suradnja roditelja i stručnjaka traje tijekom svih životnih ciklusa djeteta, ali se mijenja intenzitet i usmjerenost. Najintenzivnija suradnja je u ranoj dobi, a u školskoj dobi se postupno smanjuje jer se dijete većinom stabilizira, a obitelj pomalo privikava na poremećaj.

9.2 UKLJUČIVANJE AUTISTIČNOG UČENIKA U ODGOJNO - OBRAZOVNI PROCES

Prema važećim zakonima i propisima u RH učenici s autizmom mogu se uključiti u redoviti školski program samo ako su zadovoljeni potrebni uvjeti i omogućene specifične metode prilagođene potrebama autista. Pri tome, stupanj poremećaja ne smije ometati nastavni proces. Inteliktualno funkcioniranje autistične djece različito je i kreće se od prosječnih do lako i teže mentalno retardiranih. Najslabiji su u područjima gdje se ispituje govor, dok u neverbalnim testovima postižu bolje rezultate.

Djeca s autizmom mogu se integrirati u redovite razrede kroz djelomičnu integraciju (zajednički program iz odgojnih predmeta, a posebni iz obrazovnih), specifičnu djelomičnu integraciju i specifični rehabilitacijski postupak i podršku te privremena uključenost pri Centru za autizam (Zrilić, 2011).

9.2.1 ŠKOLA, UČITELJ I RAZRED

Greenspan, Wieder i Simons (2004) ističu da većina škola pokušava stvoriti podržavajuće, razvojno okruženje za autističnu djecu, no problem vide u tome što

mnogi školski programi nisu dovoljno individualizirani. Naprotiv, oni očekuju da se dijete prilagodi programu, umjesto obrnuto. Djetetu s posebnim potrebama nedostaje fleksibilnost neophodna za prilagodbu. Kada se ne mogu prilagoditi, djeca postaju rigidna, tjeskobna, agresivna jer su preplavljeni zahtjevima koje ne mogu zadovoljiti i okruženjem koje ih preopterećuje i ne razumije.

Učitelj koji u razredu ima integriranog učenika s autizmom mora imati sposobnost dobre organizacije vremena, prostora, metoda poučavanja, didaktičkih sredstava. Za bolje snalaženje autističnog učenika, učitelj će mu nuditi rutine te jasna pravila. Od učitelja se očekuje i fleksibilnost, pozitivno stajalište te smisao za humor. Za učenika treba odvojiti vrijeme za individualan rad. Učeniku se mora obraćati jasnim, kratkim i nedvosmislenim rečenicama. Učenicima se upute mogu dati i u obliku slikovnih instrukcija. Ako učenik nema asistenta u nastavi, sjest će blizu učitelja, a dalje od podražaja koji mu smetaju. Učitelj će češće nadzirati rad učenika i mora biti siguran da je učenik shvatio što se od njega očekuje.

9.2.2 DOZIRANJE ZADATAKA I POMOĆ

Zbog neučinkovitosti i sporosti učenika, što je posljedica preokupiranosti posebnim interesima, detaljima i nerazumijevanja vremenskih okvira, učenicima treba mjeriti vrijeme, dati znak za početak i kraj rada, smanjiti količinu/duljinu zadatka i prije svega, prilagoditi kurikulum. Prednost treba dati tome da učenik doživi osjećaj uspjeha. Isto tako, zbog teškoća u izvršnim funkcijama (teškoće u organizaciji i planiranju), učeniku treba pomoći u rješavanju zadataka. Učitelj će učeniku napraviti dnevnik tjednih zadaća, liste zadataka, liste materijala, dnevni planer i liste što treba napraviti. Složenije zadatke potrebno je raščlaniti na manje sastavnice. Individualizirani pristup ima veliku ulogu u radu s autističnim učenikom, a njegova bit očituje se u fleksibilnosti i prilagodljivosti nastavnika koji će omogućiti učeniku da na svoj način nauči zadano gradivo, na svoj način dođe do rješenja, a da pritom ne naruši kurikulumске standarde.

Autističnim osobama potrebno je omogućiti što više informacija u vizualnom obliku, pa tako i individualni pisani materijal grafički prilagođen njegovim potrebama, primjer gotovog zadatka, kartice zalijepljene na stol, slikovne upute za dnevni raspored, a po potrebi i posebne oznake na školskom priboru. Zbog teškoća u socijalizaciji i interakciji, autisti teško traže pomoć. Taj problem može se riješiti od

strane učitelja, on će promatrati dijete te naučiti prepoznati situaciju u kojoj je djetetu potrebna pomoć, te ga u prirodnom kontekstu poučiti kako da potraži pomoć.

Rad u grupama dobra je prilika za razvoj socijalnih vještina i kontakata. Zbog specifičnih teškoća učenika s autizmom, često se dogodi da dijete ne shvati koncept grupnog rada i ne zna što se od njega očekuje. U tom slučaju može se postaviti individualizirani zadatak koji se treba riješiti unutar grupe samostalno, u paru ili s više članova. Pritom posebnu pozornost treba posvetiti planiranju zadatka i načinu njegove izvedbe kako bi se učeniku omogućio doživljaj uspjeha. Kod većine autista postoji odbojnost prema pisanju, stoga učitelj ne bi smio inzistirati na usavršavanju rukopisa. Suprotno tomu, od učitelja se očekuje da bude fleksibilan i razuman jer će u suprotnom (u inzistiranju) doći do frustracije djeteta i učinak će biti kontraproduktivan. Djetetu će se dopustiti rješavanje testa u alternativnom obliku, npr. usmeno ili korištenjem zadataka za dopunjavanje. Uz to, potrebno mu je omogućiti dodatno vrijeme za pisanje testa u tihoj prostoriji s asistentom koji će mu tumačiti pitanja te pomoći u razumijevanju vremenskih odnosa.

Učeniku, kad god je i koliko god je to moguće, apstraktne sadržaje treba predstaviti zorno i konkretno, uz što više vizualizacije. Navedeno zahtijeva detaljne pripreme učitelja, njegovu motiviranost, poznavanje metodike te mnogo kreativnosti kako bi na što bolji način iskoristio specifične interese i vještine učenika. Svaki školski predmet može biti dostupan učenicima s autizmom, a njihov izbor određuje učitelj u skladu s interesom i sposobnošću djeteta. Poučavanje učenika s autizmom mora biti usmjereno na usvajanje funkcionalnih vještina kako bi se potaknule socijalne kognicije i adaptivni oblici ponašanja. Usvajanje školskog gradiva ne smije biti prioritet i ne smije imati prednost pred poticanjem komunikacijskih i socijalizacijskih sposobnosti (Bujas Petković i sur., 2010).

10. SLUČAJ IZ PRAKSE – PRAĆENJE AUTISTIČNOG UČENIKA

10.1 UVODNE NAPOMENE

U svrhu pisanja ovog diplomskog rada, kao praktičan dio, bilo je praćenje autističnog dječaka. Dozvola za praćenje dječaka dobivena je 15. travnja 2016. godine od oba roditelja, ravnateljice Centra za odgoj i obrazovanje Rudolf Steiner u Daruvaru te razredne učiteljice autističnog dječaka. Potvrdu roditelja prilažem kao Prilog 1. Ime i prezime dječaka ostat će anonimno, a u daljnjem tekstu upotrebljavat će se nazivi učenik ili dječak. Prije samog praćenja učenika u nastavnom procesu, posjetila sam roditelje u njihovu domu, s njima obavila razgovor te upoznala dječaka. Roditelji su mi kroz dvosatni razgovor rekli mnogo informacija o dječaku, a koje će biti opisane u nastavku. Uz razgovor, promatrala sam dječaka te sam odmah mogla uočiti specifične simptome autizma – vrlo kratkotrajna pažnja, neprestana njihanja, brzo mijenjanje aktivnosti, stereotipni pokreti glavom, nedostatak komunikacije. Na nastavnom procesu bila sam prisutna ukupno 5 puta i to: 21. travnja, 22. travnja, 29. travnja, 5. svibnja te 6. svibnja 2016. godine.

Dječak je rođen 2004. godine te sa svojih, skoro napunjenih 12 godina, polazi četvrti razred Centra za odgoj i obrazovanje Rudolf Steiner u Daruvaru. Dječaku je bio odgođen upis u školu te je nakon toga upućen na poseban program školovanja u posebnoj odgojno-obrazovnoj organizaciji uz logopedsko-defektološki tretman kao primjeren oblik pomoći. Također, prijedlog stručnog povjerenstva bio je da učeniku treba individualizirati pristup u radu, produljiti vrijeme rada koristeći što više konkretnih didaktičkih materijala te mu prilagoditi razinu učenja i poučavanja.

10.2 RAZGOVOR S RODITELJIMA

Dječak je roditeljima prvo i jedino dijete. Postali su roditelji s 29 godina (otac) i 26 godina (majka). Majka je napomenula kako je imala urednu trudnoću i terminski porod, no da se dječak rodio s omotanom pupčanom vrpcom oko vrata te da nije odmah zaplakao. Roditelji kažu kako u dojenačkoj dobi nisu primijetili ništa neobično, nije imao nikakve probleme s prehranom niti sa snom, osim što je do pete godine bio enuretičan. Otac dodaje kako je i on bio enuretičan noću do šeste godine. Prve riječi progovorio je s 11 mjeseci, a prve rečenice s oko dvije godine. Prohodao je s 13 mjeseci. Kao manji, ponašao se kao da se nikada ne umara. Ima visoku

toleranciju na bol, jer kako kaže majka, pao bi i stvarno se udario, a plač bi izostao i on bi nastavio dalje trčati. U dobi od 6 godina dugo bi slagao puzzle, kolonu od manjih automobila i sam bi si puštao crtane filmove. Zaustavljao bi određene scene crtalog filma i dugo bi ih promatrao. Tako je sam davao imena crtićima (crtić deda Vinko). Učenik je često koristio svoje neologizme, za riječ *kuhamin* nikada nisu saznali što mu znači, a za banderu bi govorio *lover*. Učeniku dodir ne smeta, štoviše često traži od roditelja da ga škakljaju. Pri kontaktku, prisutan je pogled oči u oči, pogled je dugotrajan, zamišljen i dubinski. Roditelji ističu kako mu jako smetaju gužva i intenzivni zvukovi (zvuk usisavača, miksera ili zvuk s koncerta). Dječak ne voli sve okuse, a najdraži okus mu je slatko. Obožava čokoladu, a često i iz dosadne zna tražiti hranu, koju kad bi je dobio, ne bi ni taknuo. Ono što je učeniku veoma apstraktno je pojam vremena. Prema riječima roditelja, vrijeme njemu ne predstavlja ništa i ne mogu mu to objasniti. On slijedi svoj biološki ritam, kada se smrači, zna da je vrijeme za spavanje. Ako dječak nešto ne dobije, u stanju je izreći rečenicu nekoliko desetaka puta pa skroz dok ne dobije željeno. Kada idu u šetnju, rutina je da u dućanu obavezno kupi neku sitnicu – čokoladicu ili kroasan. Igračke ga uopće ne zanimaju. Pitanje mu treba postaviti više puta, jasno i glasno dok ne odgovori. Pritom se vidi kako razmišlja o odgovoru.

Tijekom razgovora, dječak je više puta došao do majke i zagrlio je. I majka kaže kako joj često u danu dođe i kaže da ga zagrli. Dječak je često mijenjao aktivnosti – čas bi došao za stol sjesti i gledati u mene, nakon toga pitao bi smije li voziti bicikl, skakati u trampolinu, ljuljati se. Prije nego bilo što učini, upita za dopuštenje. Roditelji kaže da ga to nisu oni naučili, nego je oduvijek takav. Na savjet stručnjaka, roditelji su dječaku nabavili psa labradora. Iako još uvijek ima određenu distancu prema njemu (uplaši se kada je pas zaigran i skače), roditelji su primijetili da se od tad, puno manje boji ostalih pasa. Cijelo vrijeme dječak iskazuje stereotipije - pokrete glavom lijevo-desno, pokrete rukom prema licu, hoda po kući bez određenog cilja te plješće rukama brže i brže. Dječak ima LMR (laka mentalna retardacija). Za sebe voli govoriti u trećem licu jednine, a kao način komuniciranja koristi i geste i mimiku. Učenik inzistira na rutini i često agresijom reagira na promjene i odstupanja od rutine. Isto tako, agresivan je prema drugima ukoliko mu nešto nije po volji ili ako mu se nešto ne odobri te u situacijama prisile da izvrši neki

zadatak (ponajviše u školi). Zanimljiv je podatak da im je, pri prvom posjetu, psiholog rekao da imaju razmaženo dijete.

10.3 POVIJEST DJEČAKOVA POREMEĆAJA

Dječak je s tri i pol godine krenuo u vrtić. Tek tada su tete u vrtiću prve primijetile neobično dječakovo ponašanje i uputile ga psihologu. Bio je tih i povučen, nije se uključivao u grupne aktivnosti, uglavnom je samo promatrao grupu i poslije nasamo oponašao aktivnosti grupe, s vršnjacima nije komunicirao verbalno, tetama je na postavljena pitanja odgovarao jednom riječju, komunikaciju nikada nije započinjao prvi, odbijao je surađivati, na prisilu reagirao vrištanjem, u sukobima s vršnjacima nije se zauzimao za sebe nego bi se rasplakao i neverbalno tražio pomoć od teta. U toj dobi, i kod kuće i u vrtiću opažali su se motorički tikovi – puhanje u prste. U prvom posjetu psihologu, on zapaža da je dječak tihog govora, da se izražava krnjim, jednostavnim rečenicama, da je dislaličnog govora, pri testiranju surađivao je uz posredovanje roditelja, a potrebno mu je mnogo poticaja i usmjeravanja na zadatak. Psiholog je zaključio izraženu prezaštićenost u obitelji uz izražen emocionalni regres te ih je uputio na EEG i neuropedijatru.

Roditelji u dobi od 5 godina dječaka vode logopedu zbog usporenog razvoja govora. Nakon opservacije, logoped zaključuje da je dječak nemiran, djelomično surađuje, teže se usredotočuje na aktivnost, brzo se zadovolji nekom aktivnošću i da je emocionalno nezreo. Govorna produkcija je razumljiva, razgovor je oskudan, ali urednog ritma i tempa govora te urednog glasa i intonacije. Opseg vokabulara i pojmovno znanje ocijenjeno je kao zadovoljavajuće. Brojevni niz izriče do 5, nema pojam količine, no imenuje boje. Razumije postavljena pitanja, odgovori su bili kraći, u nekim slučajevima rečenica je sadržavala 5 elemenata. Dječak je dešnjak, kraće je zainteresiran za crtanje i nepravilno drži olovku. Logoped kao dijagnozu postavlja dislaliju i preporuča uključiti dječaka u logopedsku stimulaciju razvoja jezika i govora. Dječak od tada ide na logopedске vježbe.

Odmah nakon logopeda, dječak odlazi specijalistu za dječje bolesti. Proučavajući obiteljsku anamnezu, dolazi do podatka da je otac dosta dugo imao enurezu, a dječak je još uvijek u dobi od 5 god enuretičan. Majka govori specijalisti da ju najviše zabrinjava dječakovo izbjegavanje vršnjaka, odbijanje igre ili bilo kakvog kontakta s vršnjacima. Uz to navodi da se dječak teško koncentrira, ne može

sjediti mirno na mjestu ili čekati na red, da ju "ne čuje", odnosno da ne sluša što mu govori i ne izvršava zahtjeve. Problemi se javljaju i kod odlaska liječniku, ortodontu, trgovinu. S 5 godina najdraža igra mu je leći na pod i vrtjeti se u krug ili vrtjeti glavom sve dok mu se jako ne zavrti. EEG nalaz je uredan. Izvodi testove koordinacije i ravnoteže djelomično, no uzrok tomu je slabija zainteresiranost. Dijagnoze su smetnje ponašanja i F 98 (neorganska enureza).

Opet je uslijedio pregled kod psihologa. S 5 godina kontakt u vrtiću uspostavlja govoreći nerazumljivim jezikom, a često bi vršnjaka stisnuo i srušio na pod. Roditelji, te baka i djed (čuvaju dječaka dok roditelji rade) imaju poteškoća u postavljanju granica u ponašanju. Sve više ga zanima crtanje. Crtajući, govori o onome što radi, a ako šuti jezik je vani i pomiče ga. Dječak je ispodprosječnog mentalnog funkcioniranja.

Sa šest godina i dva mjeseca dječak odlazi na kontrolu kod specijaliste za dječje bolesti. Tek je tada u dijagnozi napisano da dječak ima elemente autističnog spektra te elemente ADHD-a! Majka navodi da u vrtiću i dalje ima problema u komunikaciji s djecom, sam se igra, a povremeno pokazuje i agresivnost. Često bude distanciran i kratkotrajne pažnje. EEG nalaz je bez promjena.

Sa šest godina i tri mjeseca ide psihologu. Dječak je povremeno eholaličan. Psihomotorno je nemiran. Zainteresiran je za crtanje, pamti pjesmice i priče iz vrtića, ali ih rijetko želi reproducirati. Potrebno ga je stalno usmjeravati na određenu aktivnost. Samostalno zna brojati do 10, uz pomoć do 20, ali i dalje ne razumije količinu. Zna pisati neka slova. Ima nesvrhsihodne pokrete rukama. Ljuti se ako nije uspješan. Uočen je deficit u području govora, socijalizacije i grafomotorike.

U dobi od 6 godina i 6 mjeseci učenik odlazi psihijatru u Psihijatrijsku bolnicu za djecu i mladež u Zagreb. Napravljene su detaljne pretrage, a korišten je klinički intervju, LB (L. Bender, test vizualno-motoričke zrelosti), crtež čovjeka, WISC (Wechslerov test inteligencije za djecu), CARS (ljestvica za procjenu dječjeg autizma) i ADHDT. Dolazi psihijatru zbog poteškoća u socijalizaciji. Dječak rijetko komunicira s djecom i preferira biti sam. U situacijama frustracije pokazuje agresiju, isplazi jezik, udari osobu ili baci nešto. Također, ljutnju pokazuje kada mu se nešto ne dopusti, kada mu se poremeti red i pravila po kojima su spremljene igračke. O sebi često govori u trećem licu jednine, umjesto "ja", zna reći "on" ili svoje ime.

Dječak se jako boji životinja, gumba i buke koja mu jako smeta. Ukoliko je izložen buci, pokrije uši i vrišti. Ne želi nositi odjeću s gumbima te ukoliko ju netko drugi nosi, viče da ju skinu. Ne pokazuje osjećaj straha od opasnosti. Dječak se zna sam obući, no to je dugotrajan proces. Zna osnove higijene. Voli se vrtiti na barskoj stolici, ljuljati na ljuljački i šetati. Roditelji navode kako bi mogao šetati kilometrima. Pokazuje interes za bandere, spominje ih svaki put kada prođe pored njih. Na testovima je pokazao sniženo intelektualno funkcioniranje, u razini lake mentalne retardacije. Sposobnosti strukturiranja i dugoročnog pamćenja informacija je u graničnoj razini. Znanje računanja i sposobnost kratkoročnog pamćenja je subnormalno (ispod normalnog), u razini LMR. Unutar neverbalne kategorije u testu koji mjeri sposobnost razlučivanja bitnog od nebitnog kod poznatih predmeta, rezultat je također subnormalan. U testu koji mjeri sposobnost misaone i perceptivne organizacije vizualno prezentiranih sadržaja postiže ispodprosječan rezultat, a u testu koji mjeri sposobnost psihomotorne brzine koji zahtijeva zadržavanje pažnje na jednostavnim ponavljajućim zadacima kroz određeni vremenski period postiže subnormalan rezultat, u razini LMR. U testu ADHDDT, kojeg su ispunili roditelji, izraženi su simptomi hiperaktivnosti te impulzivnost i nepažnja. Crtež čovjeka je neadekvatan za dob, u skladu s mentalnim statusom. Logoped ističe da dječak ne reagira na upute za rad i zabrane, a da zadacima pristupa po vlastitom nahođenju. Teško se koncentrira na objekte. Prisutne su smetnje komunikacije – rečenice su agramatičke, a rječnik je siromašniji pojmovno i sadržajno. Povremeno se javljaju eholalije. Dijagnoza je F84.0 (autizam u djetinjstvu).

Sa 7 godina, psiholog potvrđuje dijagnozu autističnog spektra. EEG nalaz bio je patološki promijenjen, no dječak nije imao jasnih epileptičnih napadaja. U ponašanju je i dalje agresivan, pogotovo ako mu se pokušaju postaviti granice ili ako ga se prekine u igri. Izražava se kraćim rečenicama, a u komunikaciji su prisutni eholalija i stereotipije. Povećao se i broj tikova. S 8 godina dječak je krenuo u prvi razred. U školi boravi 4 sata, za to vrijeme majka je na poslu. Majka govori da je dječak nazadovao – gubi pažnju, usmjeren je prema igri s jednom stvari, dekoncentriran je i nemiran te sve agresivnijeg ponašanja prema roditeljima i baki koja mu je vrlo bliska. Što se tiče farmakoterapije, dječak uzima Depakine Chrono. S 9 godina držanje olovke je još uvijek nepravilno, no dječak realizira adekvatan crtež čovjeka. Može samostalno napisati svoje ime i to čini velikim tiskanim slovima. Čita

globalno i mehanički, duže riječi slovka. Povezuje glasove u slogove. Agresija je sve izraženija.

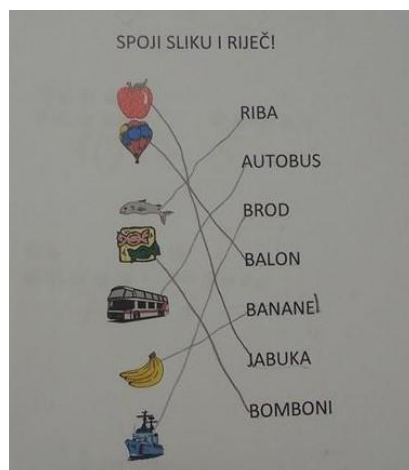
S 11 godina, nakon što je dječaku smanjena terapija lijekovima, tijekom šetnje sa školom, imao je napadaj trajanja oko 5 minuta. Sjeo je, bio odsutan, a nakon napadaja bio je pospan i spavao je cijeli dan. Napadaj se ponovio i sljedeći dan. Kao terapiju, koristi Depakine Chrono te Normabel. Dječak je impulzivan, agresivan, štipa i udara roditelje te je čak u napadu agresivnosti razbio prozor u školi. Postane razdražljiv i smeta mu kada je oko njega puno ljudi. Učenik najviše teškoća ima s matematikom. Polazi logopedski tretman 2 puta tjedno te je uključen u senzornu integraciju. Najveći problem i dalje je socijalizacija među djecom, ne pokazuje interes za bilo kakvo druženje te se izolira. Preferira jesti slatko, gleda iste crtiće, igra igrice, no sve kratkotrajno (5-10 minuta). Stalno je u pokretu, voli šetati, voziti se autom i biciklom. Teško podnosi promjene i bučna mjesta. Jako voli baku i nagrada mu je odlazak njoj. Uz poticaj prepisuje kraće rečenice, no nakon što napiše, sve pošara te želi slomiti olovku. Crteži su na razini šaranja.

10.4 PRAĆENJE DJEČAKA U NASTAVNOM PROCESU

Centar za odgoj i obrazovanje Rudolf Steiner

21.4.2016. četvrtak , 4.r

Nastava je danas od 14.00 – 18.00 h. Majka dovodi dječaka u školu. Pri susretu s njima, dječak je dva puta počupao majku za kosu. Govori mi da je od jutra loše volje i da je kod kuće već bio agresivan. Pri ulasku u razred, spuštaju stolice na pod te nastavlja šetati razredom. Dječak pohađa 4. razred s još jednim autističnim dječakom iste dobi. Učiteljica im daje 5 minuta da se opuste i prođu razredom. To im je rutina. Po raporedu je danas hrvatski jezik, matematika, priroda i društvo te sat razrednika. Učiteljica im na stol stavlja svakome po jedan nastavni listić. Učiteljica ga zove i dolazi sjesti na svoje mjesto. Iako imaju 12 godina, učiteljica je rekla da su na razini gradiva za prvi razred. U listiću su trebali povezati riječi s pripadajućom slikom. Odmah nakon što je riješio nastavni listić, traži odmor. Odmor mu je izmjena aktivnosti po razredu – hodanje stalno istim putem u razredu, skakanje po pilates lopti, vrtnja na skateboardu, vrtnja autića ili drugih igračaka te sjedenje u kutiji za igračke.



Slika 2. Dječakov nastavni listić iz hrvatskog jezika

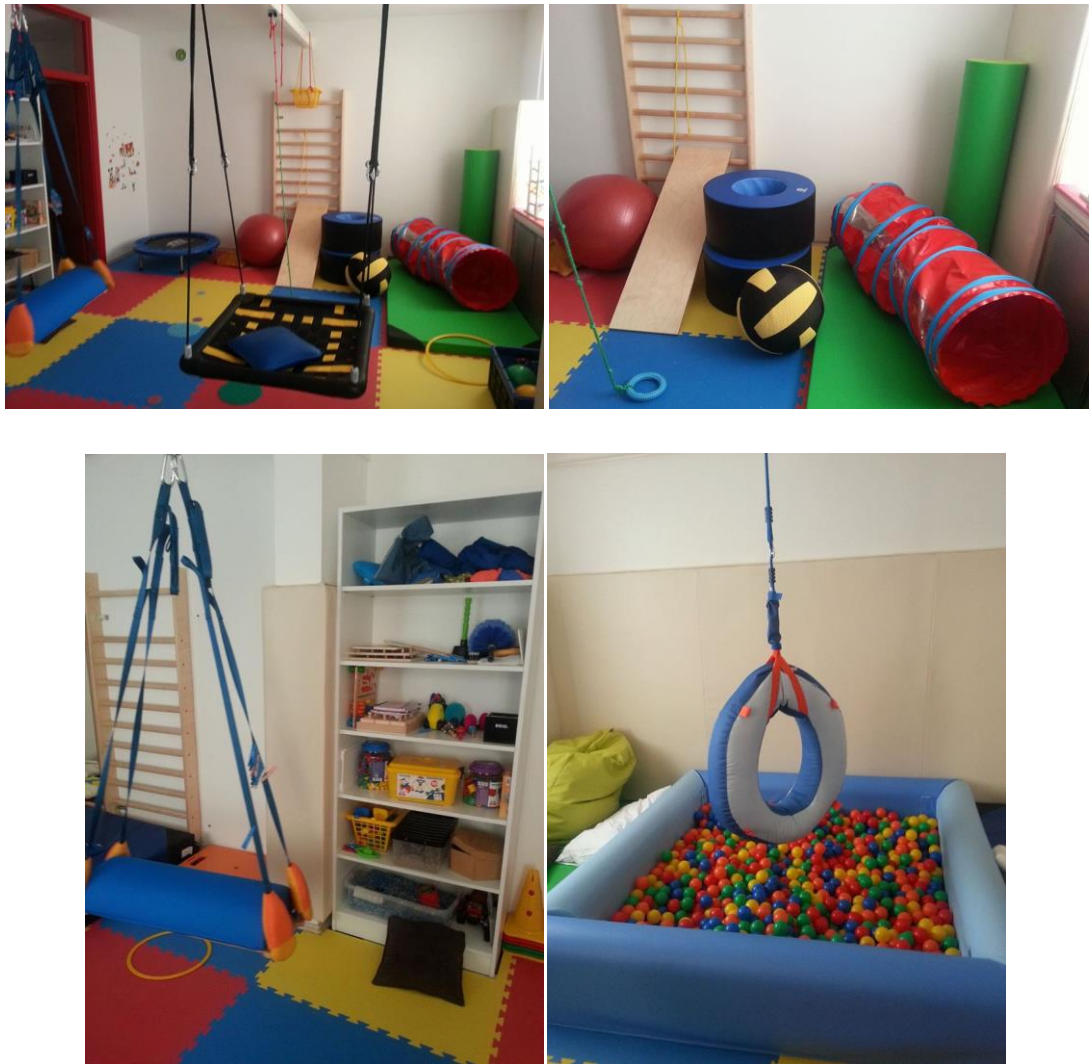
Učiteljica ga, nakon odmora, poziva da riješi drugi nastavni listić. Ispod sličica je tražio napisati što predstavlja ta sličica. Radi i piše uz poticaj i stalna pitanja učiteljice. Kod riječi strašilo, znao je što je to i znao je upisati naziv. Zatim je na slovo S htio dodati kvačicu, na što je učiteljica rekla da ne treba, da to nije slovo Š i da je točno napisao. Tada je učenik pošarao listić i naposljetku ga zgužvao i potrgao. Dalje učenik reagira agresivno, prvo je pljunuo na učiteljicu, nakon toga ju je krenuo tući rukama. Učiteljica ga je primila za ruke i stisnula, no on dalje nastavlja udarati glavom. Tu je krenula veća agresija, učenik ustaje i nastavlja tući učiteljicu. U razredu se nalazi strunjača. Učiteljica obara učenika na strunjaču i drži ga dok se ne smiri. Govori kako do toga dolazi svaki puta kada treba nešto učiti. Učenik pokazuje jak otpor prema učenju. Učiteljica ga je držala tako nekoliko minuta, onda ga je bijes prošao, smirio se i nastavio svoje rutinske aktivnosti.



Slika 3. Nastavni listić nakon agresije

U 15.30 h učenici imaju užinu. Učenik nije htio jesti kompot. Raduje se odlasku van u školsko dvorište. Ono je uređeno primjerenim sadržajima – velike ljuljačke, tobogani, penjalice, vrtuljak, konjići za njihanje. Učenik se otprilike po dvije minute zadrži na svakoj spravi. Pri povratku u razred, učiteljica na stol pred dječaka stavlja udžbenike i slikovnice. Meni govori kako ima određene priče koje je zapamtio i kojima se uz poticaj rado vraća, a da prema novim pričama ima otpor i ne želi ih slušati. Tijekom sata često ponavlja kako bi išao baki. Učiteljica mi govori kako je učenik prije često i rado crtao. Crtanje je sada kratkotrajna aktivnosti koja se svodi na šaranje flomasterima i pastelama. Na dječaku se vidi da uživa u šaranju i povlačenju crta gore-dolje. Dok šara, smije se i plazi jezik van. Teško je pronaći nešto što bi ga zabavilo duže vrijeme. Učenik dolazi do učiteljice i pita ju ako ju smije zagrliti. Nakon toga traži od nje da ga šaklja. Šakljaju se na strunjači, a učenik pritom uživa u dodiru i smije se. Samo odjednom govori dosta. Učenik sve stavlja u usta, autiće, loptice, olovke te ostale igračke. Stalno su prisutne stereotipije glavom, rukama te vrtnje i ljuljanja.

Učiteljica upita dječake žele li ići u sobu za igranje (sobu za senzornu integraciju). Pitanje im mora ponoviti više puta kako bi dobila odgovor. Učenika veseli odlazak u sobu. Soba za senzornu integraciju opremljena je raznim vrstama ljuljački, bazenom s lopticama, švedskim ljestvama, strunjačama, pilates loptama različitih veličina, ogledalom, brojnim didaktičkim igračkama, kutijom s kinetičkim pijeskom, kutijom s kamenčićima, manjim trampolinom, pločama na podu s raznim teksturama, a sve je prekriveno tatami pločama. Prvo što je učenik napravio ušavši u sobu je ulazak u bazen s lopticama te se toliko snažno vrtio na leđima sve dok nije loptice izbacao van. Nakon toga se kratkotrajno zadržavao na ljuljačkama, trampolinu te se igrao s pijeskom. Zadržali su se otprilike pola sata, nakon čega je učenik zatražio odlazak u razred.



Slika 4., 5., 6. i 7. *Soba za senzornu integraciju*

Vrativši se u razred, učenik sjeda u kutiju s igračkama i uzima autić. Nema funkcionalne upotrebe igračke, dječak autić okreće i vrti kroz prste. Učiteljica ga zove da dođe na svoje mjesto. Donosi mu slikovne aplikacije i ispituje ga što se nalazi na kojoj aplikaciji. Učenik je znao sve odgovore, no pitanje mu je trebalo postaviti i nekoliko puta. Nakon svakog točnog odgovora, učiteljica ga pohvali. Nakon slikovnih aplikacija, učiteljica dječaku donosi kinetički pijesak. Pokušava ga potaknuti na zbrajanje tako da mu govori da svatko od njih napravi po tri kuglice pa da će ih zbrojiti. Odmah nakon što je čuo "zbrojiti" više nije htio raditi. Govori da on to ne želi. Uživa u samom dodiru pijeska, gnječenju istog te prolasku kroz prste. Dječak je jako tolerantan na drugog autističnog dječaka iz razreda. Dopušta mu neke stvari koje drugi ne smiju učiniti, npr. učiteljica ne smije sjesti na njegovo mjesto, dok drugom dječaku to dopusti. Često se i zagrlje. Pri zatvaranju vrata dječak svaki

puta začepi uha jer mu jako smeta buka. Po dječaka u školu dolazi otac. Sretan je što ide kući.

22.4.2016. petak, 4.r

Petkom imaju samo dva nastavna sata, dakle od 14.00 do 15.30 h. Majka dovodi dječaka u školu. Pri ulasku, opet spuštaju stolice. Kratko sjeda na kauč u razredu, skače po lopti te uzima plastelin. Duže hoda po razredu. Učiteljica je na stol stavila drvenu slagalicu čovjeka. Upita ju smije li slagati. Učiteljica sjeda kraj njega te ga upita slaže li dječaka ili djevojčicu. Odgovori da slaže dječaka. Učiteljica ga ispituje dijelove tijela, i to zna sve odgovoriti. Slagalice se sastoji od 3 dijela. Donji dio slagalice je gol čovjek, srednji dio je čovjek u donjem rublju i posljednji dio je obučeni čovjek. Učenik sam zna koji dio ide prvi i točno je sam posložio slagalicu. Učiteljica ga pohvaljuje za dobar rad. Upita ga kakve čarape ima dječak na slagalici, učenik odgovori bijele. Zatim je učiteljica učenika pitala kakve on čarape ima. Učenik je odgovorio crne bez gledanja u svoje čarape.



Slika 8. *Didaktička slagalice*

Nakon slagalice, učenik hoda razredom. Sam iz ormara uzima papir i paste. Učiteljica mi govori da često uzima boje po svom raspoloženju. Nekada zna cijeli papir išarati crnom bojom. Danas je uzeo plavu i žutu, a rad je također šaranje.



Slika 9. Učnikov rad pastelama

Nakon što je završio raditi pastelama, pospremio ih je u ormar. Vidio je da mu je učiteljica ostavila radni listić na njegovom mjestu te sam, bez poziva, odlazi rješavati listić iz prirode (vrijeme u proljeće, vjesnici proljeća, kako se odijevamo u proljeće) (Prilog 2). Ovoga puta učenik nije pokazivao nikakvu agresiju pri rješavanju. Pri pisanju slova LJ, često zamijeni J i L, isto tako ponekad umjesto B napiše D. Traži odmor nakon listića. Uzima autić i vrti ga kroz prste. Na poticaj učiteljice globalno čita priču *Mama, tata i ja*. Priča mu je poznata od prije te ju sam zna pronaći u čitanci. Priču čita bez problema. Nakon toga, uzima slikovnicu *Priča o prometnim znakovima*, koju je samo prolistao, bez dužeg zadržavanja na nekoj od stranica. Na pitanje učiteljice da u slikovnici pronađe znak STOP, to učini. Učiteljica govori da kada učenik vidi druge da nešto rade, da će ga to potaknuti te će i on uzeti to isto i krenuti raditi. Kada nešto radi, često zna reći: „Gle!“. Učenik svrhovito koristi riječi molim i hvala. Iz ormara uzima dječji časopis Smib i škare. Izrezuje stranicu u dijelove te ih sam ponovno spaja na klupi. Učiteljica govori da je prije često izrezivao i stripove te ih tako dugo znao slagati na klupi, da bi mu to duže zadržalo pažnju. I rezanje časopisa trajalo je samo 3 minute, nakon čega uzima kinetički pijesak. Poslije pijeska, učenik se vrtio na skateboardu.

29.4.2016. petak, 4.r

Nastava je danas od 8.00 – 9.30 h. Učenici jedan tjedan polaze nastavu ujutro, a drugi poslijepodne. Po ulasku u razred, odmah je uslijedilo hodanje uz istodobno ispuštanje nerazgovijetnih zvukova. Učiteljica nastoji razgovarati s dječakom. Učiteljica ga je upitala: „Što si jučer jeo za užinu?“ – Kruh. „Kakav je taj kruh bio?“ – Pohani. „A što je bilo uz kruh?“ – Jogurt. „Ja ne volim jogurt.“ „A tko je jučer došao po tebe u školu?“ – Baka. „Što ste radili poslije škole?“ – Išli u trgovinu. „Što si kupio?“ – Milka čokoladu.

Nakon kratkog razgovora, učenik odlazi u ormar i uzima plastelin. Izrađuje razne oblike te ih stavlja u usta i miriše. Razgovara s plastelinom nerazgovijetnim glasovima i krikovima. Učiteljica ga poziva da riješi nastavni listić. (Prilog 3) Učenik je u listiću trebao povezati dvije iste sličice. Rješava listić bez otpora i sve točno. Prije svakog spajanja, pita jel smije to spojiti. Učiteljica ga zamoli da to sad oboja. Uzima pastele, pri bojanju ne pazi hoće li prijeći obrisnu crtu. Boje uzima slučajnim redoslijedom, nije mu bitno kojom bojom će što obojati. Nakon listića, pita smije li se odmoriti. To čini tako da je legao potrbuške na strunjaču u razredu. Učiteljica ga pita ako se sad odmorio pa da dođe riješiti drugi nastavni listić. (Prilog 4) U raznim oblicima mora nastaviti crtati crte onim redom kako su započete. I ovaj listić rješava bez otpora. Na učeniku se vidjelo kako se što više pokušava koncentrirati na to što radi. Listić je riješio uredno i uspješno, a po završetku vrti olovku kroz prste i stavlja ju u usta.



Slika 10. Predložak za pričanje priče

Učiteljica dječaku pokazuje predložak za pričanje priče. Postavlja mu razna pitanja u vezi slike. Učenik promatra sliku i točno odgovara na pitanja. Pokazao je sposobnost zaključivanja i razmišljanja – zna da ako djeca nose torbe, da idu u školu. Na pitanja odgovara nepotpunim rečenicama i daje samo ključnu riječ kao odgovor, primjerice, na pitanje što radi ovaj dječak, učenik je samo kratko odgovorio – se skija. Hoda razredom uz konstantne stereotipije glavom. Učiteljica uzima papir i zadaje mu matematičke zadatke (zadaci teškoće prvog razreda). (Prilog 5) Iznad zadataka zbrajanja npr. $7+7$ učiteljica mu nacrtala kružice koje on izbroji i dođe do rješenja. Kada ga je pozvala za stol i kada je vidio da je matematika u pitanju, jako je negodovao. Učiteljica mu je rekla da je to zadnje što treba napraviti danas i da se poslije može igrati. Tek tada je prišao stolu i krenuo brojiti kružice. Kod zadatka $3+3$ učiteljica mu nije nacrtala kružice. Rekla mu je da pokuša sam. Učenik je znao da treba nacrtati 3 kružica, no njemu je to toliko apstraktno i ne može si predočiti pojam količine te je iznad 3 nacrtao 8 kružica. Učenik najmanje voli matematiku i u njoj je najmanje uspješan. Učiteljica napominje da kada treba rješavati matematiku, većinom bude agresivan. Odmor mu je ležanje na strunjači.

Učiteljica je zbog mene dovela još jednog autista u razred. Sada ih je troje. Druga dvojica nemaju ni približno razvijen svrhovit govor. Njih troje se ponašaju kao da nema nikoga u razredu, ne primjećuju nikoga osim sebe. Dječak je samo postao nervozan jer je bila gužva u razredu i nije mogao hodati svojim uobičajenim putem u razredu. Nema zajedničke igre niti socijalne interakcije. Učenik je sam uzeo autić i prilikom "igre" sam sebe upitao „Igraš se?“. Učenik je sretan jer baka dolazi po njega u školu.

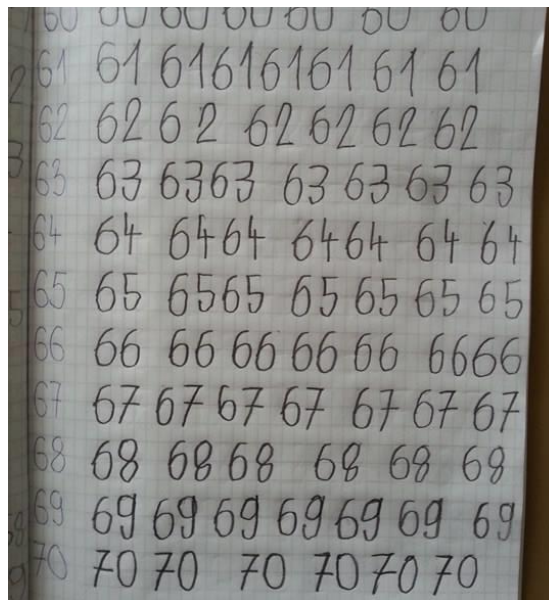
5.5.2016. četvrtak, 4.r

Nastava je danas od 14.00 – 18.00 h. Spuštaju stolice na pod. Učiteljica mi priča kako je učenik jučer napao drugog dječaka u razredu jer je upalio radio. Prvo ga je udario po glavi, a zatim ga je htio ugristi. Učenik uzima pastele i papir. Učiteljica mu daje pisanku, no on odbija pisati. Bojanje se svodi na šaranje bojama uz istovremene stereotipije glavom.



Slika 11. Šaranje pastelama

Nakon što je završio sa šaranjem, spremio je pastele te sjeo na svoje mjesto. Uzeo je olovku te krenuo dopunjavati redove u bilježnici iz matematike (dopuniti redove brojevima od 60 - 70). Pri pisanju se može uočiti kako se učenik koncentrira da sve bude točno i precizno napisano, te pazi pisati od crte do crte. Zastao je nakon napisana 3 reda, a nakon toga sjedi i stavlja olovku u usta. Kada se malo odmorio, nastavio je pisati dalje. Kada je završio viknuo je: „Gle!“



Slika 12. Učenikova pisanka iz matematike

Učiteljica ga je kratko pustila da se odmori, a nakon toga na stol mu stavila neposloženu slagalicu od papira. Slagalicu je prvo trebalo izrezati, pravilo složiti te zalijepiti na drugi papir. Odbija izvršiti ovaj zadatak. Sjeo je u kutiju s igračkama, uzeo odbojkašku loptu i ljulja se okrećući loptu u rukama. Hoda po razredu. Skače na

pilates lopti. Na sljedeći poziv da dođe izrezati slagalicu dolazi bez negodovanja, no izrezao je samo 3 polja od 12 i odustao. Govori da ne želi više. Opet skače po lopti. Leži potrbuške na strunjači i pita sam sebe: „Hoćeš se igrati?“. Nervoza se na učeniku očituje stiskanjem šaka i usnice te spuštenim obrvama. Uzima skateboard te se dugo vrti njime u krug. Pritom se smije.



Slika 13. *Skateboard za vrtnju*

Dolazi opet rezati slagalicu. Pravilno drži i rukuje škarama. Prvo je slagalicu krenuo slagati pravilno, nakon čega je počeo bez veze uzimati izrezane dijelove i bez reda lijepiti na prazan papir. Nalijepio je 7 dijelova slagalice i upitao može li se ići igrati.



Slika 14. *Učeničeva slagalica*

Učiteljica mi je napomenula kako sljedeće godine učenik više neće pohađati nastavu po nastavnom planu i programu, nego će ići u skupine gdje se stječu samo kompetencije (npr. komunikacija, socijalna interakcija). Učenik uzima odbojkašku

loptu, okreće ju i miriše. Grize si ruku. Uzima auto i ljulja se s njim te ga dugo promatra. Očigledno mu smetaju ostala dva dječaka u razredu jer se ne može neometano kretati razredom, na što je navikao. U 15.30 h je užina. Učenik opet ne želi jesti pecivo i voćni jogurt. No, smireno čeka za stolom dok ostali pojedju užinu. Poslije užine, svi zajedno gledaju televizijski program u zajedničkoj prostoriji za boravak. Iako je okružen mnoštvom djece, ponaša se kao da je sam, štoviše, smetaju mu ostala djeca. Pri povratku u razred, uzima papir i drvene bojice. Kratko je nešto pošarao po papiru uz istovremene stereotipije glavom. Nakon šaranja, mijenja aktivnosti - hodanje razredom – kinetički pijesak – hodanje – sjedenje na klupici – bojanje.

6.5.2016. petak, 4.r

Nakon ulaska u razred, slijedi rutina – spuštanje stolica. Učiteljica je upitala učenika tko im je došao u posjetu. Učenik me pogledao i znao mi reći ime. Dječak odlazi do kutije s igračkama, uzima plišanu igračku i vrti ju oko ruke. Učiteljica mu na stolu ostavlja nastavni listić. (Prilog 6) Treba pročitati rečenice, a zatim ih prepisati tiskanim slovima. Iako zna čitati, danas je to bilo slovkanje. Učiteljici kaže: „Više ne znam, hajde ti!“ Ljuti se. Učiteljica govori da slovka zbog toga što je prvo naučio slovhati, tek onda čitati, i misli da mora poštivati taj red. Pri slovkanju, dječak je frustriran i počinje vikati. Nakon jedne napisane rečenice, ustaje i hoda razredom. Uzima kinetički pijesak i gnječi ga rukama. Leži na strunjači. Sam odlazi dalje pisati rečenice. Pišući, zastane i izvodi stereotipije glavom, pa opet piše. Pita učiteljicu: „Jel kad to riješim onda je gotovo?“ U jednom trenutku samo je krenuo šarati po listiću. Naime, pogriješio je i nije odmah pronašao gumicu za brisanje, te je zbog toga postao nervozan. Nadalje, nakon šaranja listića, ustaje od stola i udara rukom drugog učenika. Učiteljica ga je upitala zašto je to učinio. Nije bilo odgovora. Kaže mu da se ispriča. Pružio je ruku drugom dječaku i rekao: „Ja više neću pisati!“ Skače po lopti desetak minuta. Nakon toga, uzima autić, okreće jedan kotačić na autiću i promatra ga kako se okreće. Odlazi do ploče i nacрта križ na ploči. Učiteljica mi objašnjava kako uvijek kada idu na izlet negdje, pita hoće li proći kraj crkve i vidjeti križ.

11. ZAKLJUČAK

Upoznavši autističnog dječaka potvrdila sam činjenice iz teorijskog dijela opisanih u ovom radu, a to je da je autizam vrlo teška bolest. Bolest koja ne pogađa samo oboljelog, već i sve one koji ga okružuju. Autizam je zajednička borba roditelja i dječaka i nastojanje da mu se život olakša. Roditelji dječaka koji je predstavljen u ovom radu, čine sve kako bi mu pomogli - polaze logopedске tečajeve nekoliko puta tjedno, polazi školu s posebnim programom te je u školi uključen u senzornu integraciju. Odgoj i obrazovanje autističnih osoba trebaju biti svedeni na usvajanje funkcionalnih vještina i kompetencija koje će im služiti u svakodnevnom životu. Sve dalje od toga je kontraproduktivno, što sam vidjela u praćenju učenika. On nije volio matematiku, i na svaku riječ matematika kod njega se povećavao stupanj nervoze i rasla je agresija. Takve situacije želimo spriječiti. Suprotno tomu, učenik je vrlo dobar u vizualno-spacijalnom području, te mu treba pristupiti na taj način. Tijekom boravka u Centru za odgoj i obrazovanje upoznala sam trojicu autističnih dječaka. Svaki od njih poseban je na svoj način, i iako imaju autizam, nemaju mnogo sličnosti osim te činjenice. Dok dječak kojeg sam promatrala ima razvijen govor (no ne koristi ga previše), dječak koji ide s njim u razred nema uopće razvijen govor, ispušta krikove, ali zna napisati bilo koji broj ili bilo koju riječ koju mu kažeš. Treći autistični dječak također ne priča, no jako voli glazbu i pjeva sve pjesmice sa školskog CD-a iz glazbene kulture. Ono što zaključujem nakon svega jest da je svaki autist posebna jedinka za sebe. Ne postoje dva ista autista na ovome svijetu.

12. PRILOZI

Prilog 1.

Sveučilište u Zagrebu
Učiteljski fakultet - odsjek u Petrinji
Učiteljski studij

ZAMOLBA ZA ODOBRENJE PRAĆENJA UČENIKA

Molim Vas da mi, u svrhu pisanja diplomskog rada o temi „Autizam“, dopustite praćenje Vašeg sina tijekom nastavnog procesa. Svi podaci će ostati anonimni i bit će upotrijebljeni samo u svrhu pisanja diplomskog rada.

Studentica:

Morena Nemeš


Lonjska 7,

44320 Kutina

Morena Nemeš

U Daruvaru, 15.4.2016.

Roditelji:



Kapetanović Z.

Prilog 2.

1. NAPIŠI NAZIVE VJESNIKA PROLJEĆA

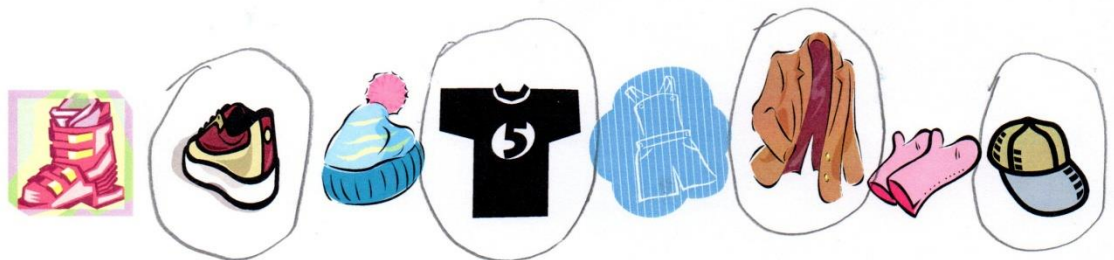


ZAOKRUŽI SLIČICU VREMENA U PROLJEĆE:

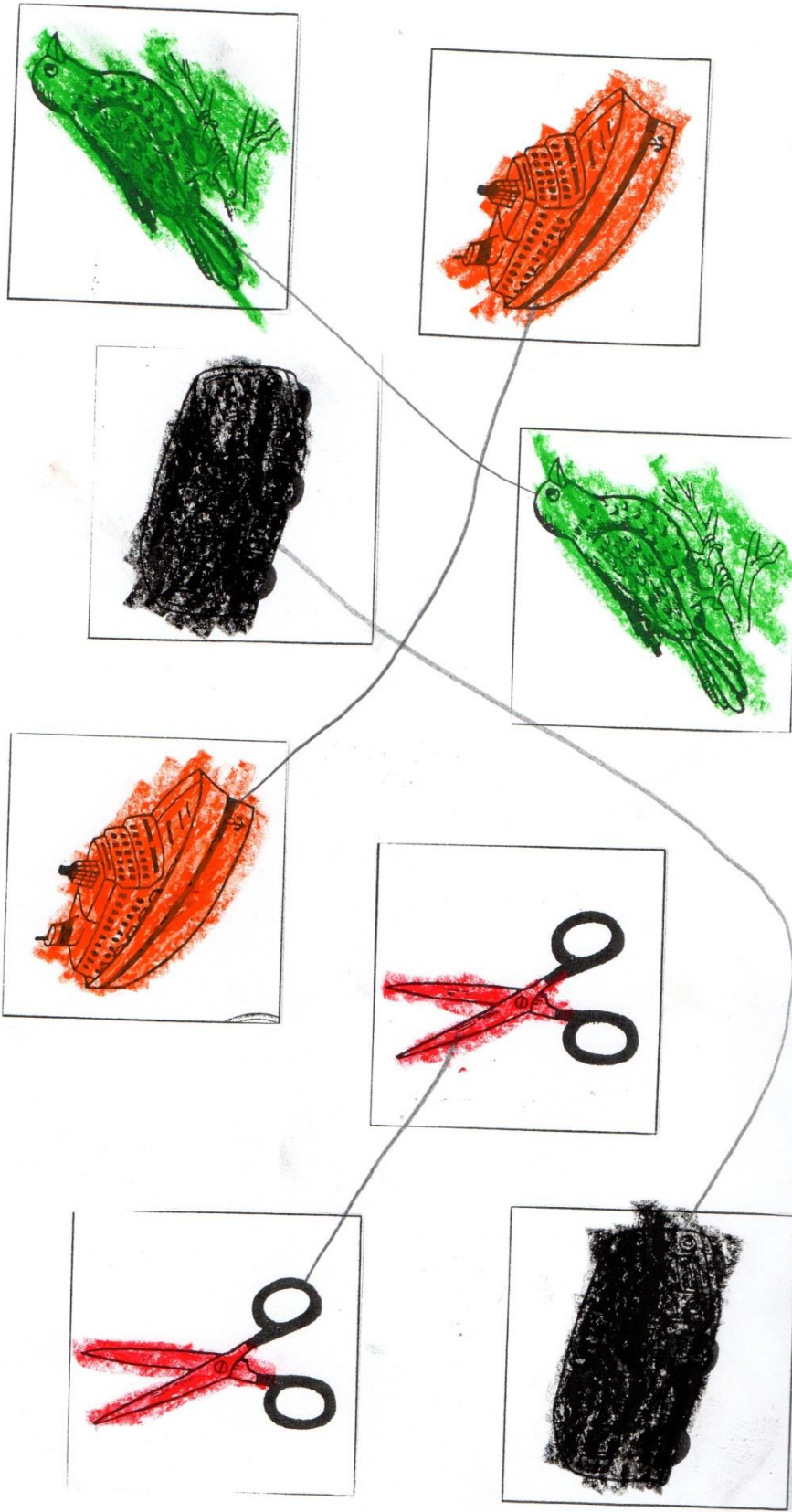


_____ a sadimo _____.

Koju odjeću ćemo odijevati i obuvati u proljeće? Zaokruži.



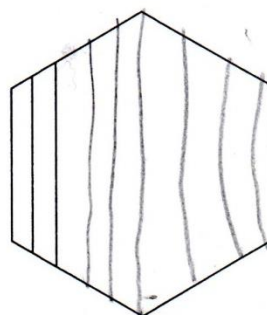
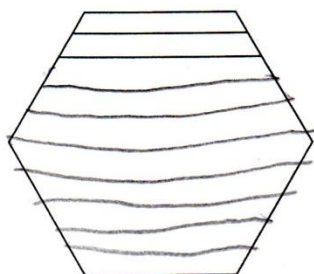
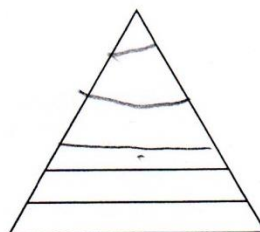
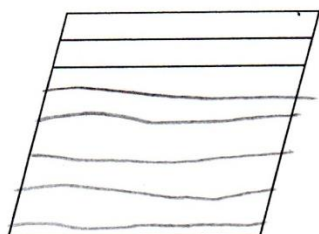
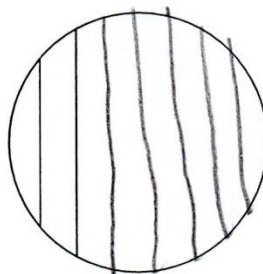
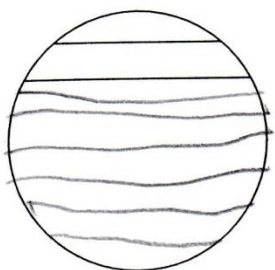
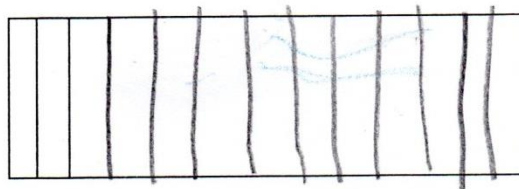
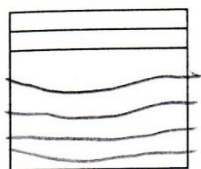
Prilog 3.



SPOJI CRTOM DVADE ISTE SLIČICE!
IMENUJI PREDMETE NA NITINA

Prilog 4.

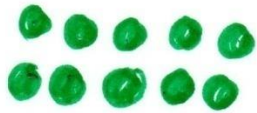
DOVRŠI SLIKE:



Prilog 5.



$$5 + 3 = 8$$



$$10 + 5 = 15$$



$$7 + 7 = 14$$



$$3 + 3 = 6$$

Prilog 6.

Nikolina i Kaja su u šumi.

NIKOLINA I KAJA SU U ŠUMI.

Miško voli kamione.

MIŠKO VOLI KAMIONE.

Jakov i Luka su u školi.

JAKOV I LUKA SU U ŠKOLI.

MALA MAJA IMA NOVU JAKNU.

MALA MAJA IMA NOVU JAKNU.

MIRELA I DARKO SU U PRAKU.

MIRELA I DARKO SU U PRAKU.

MOJA MAMA NOSI VELIKU TORTU.

Prilog 7.

CENTAR RUDOLF STEINER DARUVAR

RAZRED: PRVI (I.)

IZVJEŠĆE O POSTIGNUĆIMA na kraju I. polugodišta za učenika
2012/2013.)

(šk.god.

Praćenje i ocjenjivanje					
PREDMET	Razvoj interesa, sposobnosti i odnosa prema radu	IX.	X.	XI.	XII.
HRVATSKI JEZIK	Planirane predvježbe za pisanje i čitanje učenik je usvojio uz pomoć. Potrebni poticaj i nadzor kod pismenog izražavanja. Pažnja i koncentracija su često kratkog vijeka. Učenik se dobro usmeno izražava. Usvojio globalno čitanje kratkih rečenica.				
LIKOVNA KULTURA	Učenik poznaje i imenuje boje, uz manju pomoć koristi likovne tehnike i sredstva. Boja unutar zadanih okvira, a crtež je sa puno detalja. Učenik pokazuje kreativnost i zalaganje u likovnom izražavanju. Potrebno poticati preciznost u radu.				
GLAZBENA KULTURA	Vrlo dobro reagira na glazbene sadržaje. Usvojio brojalice i nekoliko pjesama. Prati ritam te se samoinicijativno uključuje u glazbene igre.				
MATEMATIKA	Planirane sadržaje usvaja prema svojim mogućnostima. Zbog kratkotrajne pažnje i sporijeg rada učeniku je potrebna pomoć, poticaji i individualizirani pristup. Pohvala na učenika djeluje motivirajuće.				
PRIRODA I DRUŠTVO	Učenik je zainteresiran za sadržaje. Usvaja planirano prema mogućnostima. Orijentiran je u prostoru. Poznaje značajke godišnjih doba iako su kod usmenog izražavanja potrebni poticaji.				
TJELESNA I ZDRAVSTVENA KULTURA	Motorika tijela dobro razvijena. Učenik je koordiniran i spretn. Izvodi vježbe ali uz puno poticaja.				
IZBORNI PREDMET <u>Vieronauk</u>	-----				
IZVANNASTAVNE AKTIVNOSTI	-----				
REHABILITACIJSKI POSTUPCI (ROA, Logoterapija, Fizikalna terapija...)	ROA (radno-okupacijske aktivnosti) i LOGOTERAPIJA: razvoj govorno-jezičnih vještina, vježbe grafomotorike				

Prilog 8.

CENTAR ZA ODGOJ I OBRAZOVANJE
RUDOLF STEINER

Masarykova 85
Daruvár

MIŠLJENJE O UČENIKU:

Mišljenje za korisnika Centra Rudolf Steiner temeljeno je na
opservaciji tijekom razdoblja šk.god.2012./2013. od strane razrednice.

Učenik bez problema savladava nastavni sadržaj. Zainteresiran je za rad. Kroz šk. Godinu popravila mu se grafomotorika, te bez problema savladava sve zadatke pisanja. Učenik je počeo povezivati glasove u slogove i kraće jednosložne riječi. Učenik je svladao brojeve do 5 (čitanje, pisanje, pridruživanje i uspoređivanje brojeva). Razlikuje količinu više- manje. Samostalan je u radu. Kada mu se ukazuje na pogrešku ljuti se, udara po stolu, psuje, a ponekad se valja po podu. Na upozorenja ne reagira. Potrebno je da prođe neko vrijeme i da se smiri.

rado sudjeluje likovno-oblikovnim i plesno-pjevnim aktivnostima i adekvatno izvršava zadatke. Pozitivno reagira na glazbene sadržaje, usvojio nekoliko brojlica i dječjih pjesama. Vrlo često i sam traži takve aktivnosti.

U razredu i na igralištu, se rijetko igra s drugom djecom. U razredu kada imaju slobodno vrijeme većinom slaže puzzle ili boja predloške, a na igralištu odlazi na ljuljačke ili se penje po golovima.

Kod učenika su primjećeni stereotipni pokreti, često oponaša drugu djecu. Često zna pričati sam sa sobom, kada ga upitam nešto prestaje i ne odgovara na pitanje. Razumijje naredbe i upute, ali mu je potrebno neko vrijeme dok krene izvršavati iste.

Napomena: Učenik je na poludnevnom smještaju. Osim nastavnog procesa te produženog boravka uključen je i na vježbe logoterapije te na radno – okupacijske

aktivnosti (tri puta tjedno). Spomenute aktivnosti se baziraju na rehabilitaciji putem pokreta, posebnim edukacijskim postupcima i pojačanim sociopedagoškim radom.

Prilog 9.

CENTAR RUDOLF STEINER DARUVAR

RAZRED: III.r

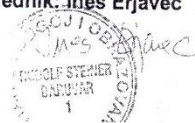
IZVJEŠĆE O POSTIGNUĆIMA UČENIKA

u šk.god. 2014./2015.

Praćenje i ocjenjivanje		
PREDMET	Razvoj interesa, sposobnosti i odnosa prema radu	OCJENA
HRVATSKI JEZIK	Prepoznaje i piše sva slova abecede (velika i mala tiskana), Dobra glasovna a i sinteza, zapisuje riječi po diktatu.	vrlo dobar (4)
LIKOVNA KULTURA	Samostalan u radu, prepoznaje sve boje i razlikuje likovne tehnike kojima se služi,	odličan (5)
GLAZBENA KULTURA	Rado sluša glazbu, riječi pjesama pamtii dobro.	vrlo dobar (4)
MATEMATIKA	Prepoznaje, broji i prebrojava brojeve do 20. Kod zbraanja i oduzimanja mu je potrebna pomoć. Često nije zainteresiran za sadržaj i potrebna je dodatna motivacija.	dobar (3)
PRIRODA I DRUŠTVO	Nastavne sadržaje usvaja, ponekad potrebna motivacija kod samostalnog rješavanja zadataka. Rado sudjeluje u praktičnim aktivnostima.	vrlo dobar (4)
TJELESNA I ZDRAVSTVENA KULTURA	Funkcionalna i motorička dostignuća u skladu s dobi učenika. Veseli se svakom satu.	odličan (5)
IZBORNI PREDMET Vjeronauk		
IZVANNASTAVNE AKTIVNOSTI	Sportska grupa	
REHABILITACIJSKI POSTUPCI(ERP, Logoterapija, Fizikalna terapija...)	Logoterapija- fonemski sluh razvijen, razumije verbalne naloge. Razumije pročitano. Izražava kraćim rečenicama. U komunikaciji prisutna eholalija.	
PEDAGOŠKE MJERE, POHVALE I NAGRADE	-	
SURADNJA S RODITELJIMA	Suradnja s roditeljima jako dobra, bazira se na svakodnevnoj komunikaciji.	
ZDRAVSTVENO STANJE	Zdrav.	
MIŠLJENJE I PREPORUKA	Uključivati učenika u socijalizacijske skupine, te u što više rehabilitacijskih programa i sportske aktivnosti. Učenik često ima akresivne ispade prema odraslima, te zbog toga potrebno pratiti sve aktivnosti u kojima se nalazi.	
OPĆI USPJEH	Vrlo dobar 4 (4,16)	

Izostanci: 37 opravdano sati; neopravdano 0 sati.
Darugar, 16.6.2015.

Razrednik: Ines Erjavec



Prilog 10.

CENTAR RUDOLF STEINER DARUVAR

RAZRED: IV.r aut.

IZVJEŠĆE O POSTIGNUĆIMA

u šk.god. 2015./2016.

Praćenje i ocjenjivanje					
PREDMET	Razvoj interesa, sposobnosti, samostalnosti i odnosa prema radu	IX.	X.	XI.	XII.
HRVATSKI JEZIK	Poznaje i piše obrađena pisana slova, potrebno ga je poticati na rad. Potrebna mu je stalna pomoć i nadzor u radu.	3,4,4	3,3,4	3,5	4,4,4
LIKOVNA KULTURA	Dobro vizualno opaža i rješava likovne probleme. Vješto se izražava svim tehničkim sredstvima i likovnim tehnikama.	4,5	4,4	5,4	4,4,4
GLAZBENA KULTURA	Sigurno i izražajno pjeva većinu obrađenih pjesmica. Posjeduje vrlo razvijeno glazbeno pamćenje. Improvizira i izvodi male ritamske cjeline.	4,4,3	4	5	5,4
MATEMATIKA	Zadatke rješava usporeno i ovisan je o pomoći učitelja. Nastavni sadržaj usvo nepotpuno i bez razumjevanja.	3,3	4,4	3	4,4
PRIRODA I DRUŠTVO	Sadržaje usvaja na stupnju reprodukcije. Uglavnom reproducira temeljne pojmove. Nastavni sadržaj ne zna primjeniti.	4	4,3	4	3,3
TJELESNA I ZDRAVSTVENA KULTURA	Učenik u izvedbi pravilno primjenjuje motoričko znanje, ali postoje manja odstupanja od sasvim pravilne izvedbe.	5	5,5	4,5,4	5
TEHNIČKA KULTURA	Aktivan i zainteresiran u praktičnim aktivnostima.	4,5	5,5	4,5	5,5
REHABILITACIJSKI POSTUPCI/ PROGRAMI	Logoterapija- razvoj komunikacijskih vještina, vježbe pažnje i koncentracije. Senzorna integracija-suradnja ostvarena, uz poticaj sudjeluje u ponuđenim aktivnostima. Halliwick koncept				
PEDAGOŠKE MJERE, POHVALE I NAGRADE	-				
SURADNJA S RODITELJIMA	Suradnja s roditeljima jako dobra, bazira se na svakodnevnoj komunikaciji.				
ZDRAVSTVENO STANJE	Redovito obavlja spec.kontrole, redovito uzima terapiju.				
MIŠLJENJE I PREPORUKA	Kod učenika poticati samostalnost u izvedbi svakodnevnih radnji koje su bitne u osamostaljivanju. Poticati komunikacijske i socijalizacijske vještine. Učenika što više uključivati u razne rehabilitacijske postupke.				

Izostanci: opravdano 0 sati; neopravdano 0 sati.

Razrednik/ca: Ines Erjavec

Daruvar, 23.prosinaca 2015.



Ines Erjavec

12. LITERATURA

1. Ayres, A.J., (2002). *Dijete i senzorna integracija*. Jastrebarsko: Naklada slap.
2. Biel, L., Peske, N., (2007). *Senzorna integracija iz dana u dan – obiteljski priručnik za pomoć djeci s teškoćama senzorne integracije*. Buševac: Ostvarenje.
3. Bujas Petković, Z., (1995). *Autistični poremećaj: dijagnoza i tretman*. Zagreb: Školska knjiga.
4. Bujas Petković, Z., Frey Škrinjar, J., i suradnici (2010). *Poremećaji autističnog spektra: značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška*. Zagreb: Školska knjiga.
5. Greenspan, S. J., Wieder, S., Simons, R., (2004). *Dijete s posebnim potrebama*. Lekenik: Ostvarenje.
6. Kardum, A., (2009). Teleološke i metodičke pretpostavke i specifičnosti glazbene terapije za djecu s autizmom u odnosu prema glazbenoj kulturi u redovitoj školi. *Metodički ogledi*. 15(2). 87 – 95.
7. Kiš, L., Škrinjar, J., (1990). Analiza komponenata promjena u procesu smanjenja učestalosti javljanja nepoželjnih oblika ponašanja djeteta s autizmom. *Defektologija*, 26, 39 – 50.
8. Kostelnik, M. J., Onaga, E., Rohde, B., Whiren, A., (2003). *Djeca s posebnim potrebama. Priručnik za odgajatelje, učitelje i roditelje*. Zagreb: Educa.
9. Ljubešić, M., (1996). Rana komunikacija i mogućnosti terapijskog djelovanja. *Defektologija*, 31(1-2), 151 – 158.
10. Nikolić, S., (2000). *Autistično dijete: Kako razumjeti dječji autizam*. Zagreb: Prosvjeta.
11. Nikolić, S., (1996). *Svijet dječje psihe*. Zagreb: PROSVJETA.
12. Nikolić, S., Marangunić, M., i sur. (2004). *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Zagreb: Školska knjiga.
13. Rade, R., (2015). *Mala djeca s komunikacijskim teškoćama 1*. Zagreb: FOMA.
14. Remschmidt, H., (2009). *Autizam – pojavni oblici, uzroci, pomoć*. Jastrebarsko: Naklada slap.

15. Stošić, J., (2008). Bihevioralni pristup u sprečavanju i uklanjanju nepoželjnih oblika ponašanja i podučavanju djece s autizmom predškolske dobi. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 44(2), 99 – 110.
16. Petričević, M., (2012). Pedagoški pristup djeci s autističnim poremećajima. *Autizam – časopis za autizam i razvojne poremećaje*, 32(1), 47 - 51.
17. Špelić, A., (2010). *Psihoanalitička psihoterapija autizma danas: ograničenja i nove mogućnosti u suvremenom znanstvenom i stručnom okruženju*. Ljubljana: Združenje psihoterapevta Slovenije. https://www.researchgate.net/publication/257365691_PSIHOANALITICKA_PSIHOTERAPIJA_AUTIZMA_DANAS_OGRANICENJA_I_NOVE_MOGUCNOSTI_U_SUVREMENOM_ZNANSTVENOM_I_STRUCNOM_OKRUZENJU (pristupljeno stranici 18.5.2016)
18. Zrilić, S., (2011). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole*. Zadar: Sveučilište u Zadru.
19. MSD priručnik dijagnostike i terapije na adresi <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/delirij-i-demencija/demencija> (pristupljeno stranici 2.4.2016.)
20. Centar za autizam na adresi http://www.autizam.hr/index.php?option=com_content&view=article&id=185&Itemid=103&lang=hr (pristupljeno stranici 9.4.2016)
21. Centar za autizam Split na adresi <http://www.autizam-split.com.hr/> (pristupljeno stranici 19.5.2016.)
22. Agencija za odgoj i obrazovanje. Zagreb (2009). Podučavanje učenika s autizmom. Školski priručnik. Na adresi http://www.azoo.hr/images/izdanja/Poucavanje_ucenika_s_autizmom.pdf (pristupljeno stranici 9.4.2016.)
23. Senzori.hr na adresi <http://www.senzori.hr/senzorna-integracija-pomaze-i-autistima/> (pristupljeno stranici 13.5.2016.)
24. Udruga Zvončići na adresi <http://www.udruga-zvoncici.hr/senzorna.html> (pristupljeno stranici 13.5.2016.)

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, dolje potpisana, Morena Nemeš, kandidatkinja za magistricu primarnog obrazovanja ovime izjavljujem da je ovaj diplomski rad rezultat isključivo mojeg vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Diplomskog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojeg necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da niti jedan dio rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Studentica: _____

ŽIVOTOPIS

Zovem se Morena Nemeš. Rođena sam 06.01.1993. godine u Bjelovaru. Pohađala sam Osnovnu školu Stjepana Kefelje u Kutini te sve razrede završila odličnim uspjehom. Bila sam aktivna članica ženskog rukometnog kluba Lonia Kutina. 2007./2008. upisujem hotelijersko - turističku školu u Daruvaru, a također srednješkolsko obrazovanje završavam odličnim uspjehom. Nakon srednje škole, 2011./2012. godine upisujem učiteljski studij na Učiteljskom fakultetu u Zagrebu – odsjek u Petrinji. Dobitnica sam Dekanove nagrade za 2013./2014. godinu. Također, s profesoricom hrvatskog jezika, dr.sc Lidijom Cvikić, sudjelovala sam u projektu *“Poznavanje hrvatskog jezika kod učenika predškolske i mlađe osnovnoškolske dobi i pripadnika nacionalnih manjina”*. Uz redovito studiranje, pohađala sam edukaciju *“Kako prepoznati potrebe djece s teškoćama”* Društva naša djeca – Sisak. Tom edukacijom dodatno sam osposobljena za pomoćnika/osobnog asistenta u nastavi za djecu s teškoćama, invaliditetom ili pripadnika romske nacionalne manjine. Dobitnica sam priznanja za najuspješniju studenticu pete godine sveučilišnog učiteljskog studija na kolegijima usmjerenim osposobljavanju za rad u kineziološkoj edukaciji te ukupnom uspjehu na studiju od strane dekana prof.dr.sc. Ivana Prskala i predsjednika Hrvatskog kineziološkog saveza na Ljetnoj školi kineziologa u Poreču 2016. godine.