

Autistični poremećaj: prikaz slučaja

Josipović, Paula

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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:147:795909>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2020-10-25**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

PAULA JOSIPOVIĆ

Završni rad

**AUTISTIČNI POREMEĆAJ: PRIKAZ
SLUČAJA**

Zagreb, rujan 2018.

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

ZAVRŠNI RAD

Ime i prezime pristupnika: Paula Josipović

Tema završnog rada: Autistični poremećaj: prikaz slučaja

Mentor: dr.sc. Tajana Ljubić Golub

Zagreb, rujan 2018.

SADRŽAJ

Sažetak	4
Summary	5
1. UVOD	6
2. Povijest autizma.....	6
2.1 Pervazivni razvojni poremećaj	7
3. Autistični poremećaj (Kannerov sindrom)	9
3.1 Značajke i manifestacija	10
3.2 Senzorna integracija	11
3.2.1. "Ignoriranje podražaja"	12
a) Autistični savant.....	12
4. Autistični spektar.....	13
4.1 Aspergerov sindrom	14
4.2 Atipični autizam	17
4.3 Rettov sindrom	17
4.4 Dezintegrativni poremećaj.....	19
5. Uzroci autizma.....	20
6. Dijagnoza autizma	21
7. Prikaz slučaja.....	23
8. Tretman i terapija	26
9. Uloga odgajatelja.....	29
10. ZAKLJUČAK.....	33
LITERATURA.....	34
Izjava o samostalnoj izradi rada	36

Sažetak – Autistični poremećaj: prikaz slučaja

Pojam autizam prvi se put pojavljuje 1911. godine kada ga je opisao Eugen Bleuler. Nakon njega, autizam su opisivali Leo Kanner, Hans Asperger, Lorna Wing i brojni drugi. Kanner i Asperger su navodili kako autistične poremećaje treba smatrati urođenima, tj. nastalima u najranijoj dječjoj dobi. Danas se autistični poremećaj smatra pervazivnim razvojnim poremećajem kojeg obilježavaju ograničen, stereotipan, ponavljajući repertoar interesa i aktivnosti te poteškoće u komunikaciji. Autistični poremećaj također je poznat kao i Kannerov sindrom, no u poremećaje iz spektra autizma ubrajamo i sljedeće: Aspergerov sindrom, atipični autizam, Rettov sindrom te dezintegrativni poremećaj. Također, valja istaknuti i pojam autističnog savanta: on se odnosi na autistične osobe koje posjeduju neke neuobičajene i rijetke sposobnosti. To su na primjer nadarenost za umjetnost (glazbu) ili matematiku (izračunavanje kalendara), sposobnost iznimnog pamćenja. Autizam kao takav ne može se specificirati kao određena bolest ili određeno stanje nego kao autistični spektar na čijem se kontinuumu pojavljuju različiti simptomi i manifestacije određenih ponašanja. Dijagnoza autističnog poremećaja se postavlja na osnovi promatranja djeteta u različitim situacijama i na osnovi anamneze. Točan uzrok autizma još nije poznat, ali navodi se kako nastaje kao posljedica više uzroka. No, znanstvenici i liječnici se slažu u jednome – simptomi poremećaja spektra autizma proizlaze iz pervazivnog oštećenja različitih funkcija neurološkog sustava. Glavni cilj osoba koje rade s djecom ili ljudima s poremećajem iz spektra autizma je poticanje samostalnosti i socijalizacije te normalnog razvoja. Iznimno je važno oslabiti njihovu naklonost stereotipiji, agresivnom ponašanju ili autoagresiji. Kako se poremećaji iz spektra autizma javljaju već u ranoj dobi djeteta, potrebno je odmah reagirati te djeci i roditeljima pružiti svu potrebnu pomoć i podršku.

Ključne riječi: Autizam; Autistični poremećaj; Spektar; Manifestacija

Summary – Autistic disorder: case report

The term autism appears for the first time in 1911 when it was described by Eugen Bleuler. After him, autism was described also by Leo Kanner, Hans Asperger, Lorna Wing and others. Kanner and Asperger considered autistic disorders to be innate, i.e. developed in the earliest childhood phase. Today the autistic disorder is considered a pervasive developmental disorder which is characterized by limited, stereotypical, repeated repertoire of interests and activities as well as difficulties in communication. The autistic disorder is also known as Kanner's syndrome, but among the disorders of the autistic specter there are also Asperger's syndrome, atypical autism, Rett's syndrome and the disintegrative disorder. Also, it's important to mention the term autistic savant: a term describing autistic people with unusual and rare abilities. Those are, for example, talents for arts (music) or mathematics (calculating dates), extraordinary memorizing. Autism, as it is, cannot be described as a specific illness or a specific state but as an autistic specter in which continuum appear different symptoms and manifestations of specific behaviors. A diagnose of an autistic disorder is based on the observation of a child in different situations and on anamnesis. The exact cause of autism is not yet known, but it is believed it develops as a result of more causes. Although, scientists and doctors agree on one thing – the symptoms of a disorder in the specter of autism are caused by pervasive damage of different functions of the neurological system. The main goal of the people who are working with children and people with some disorders in the specter of autism is the encouragement of independence and socialization as well as normal development. It is critical to weaken their affinity to stereotyping, aggressive behavior or self-aggression. As the disorders in the specter of autism appear already in early childhood, it is necessary to react immediately and provide the needed help and support for the children and the parents.

Key words: Autism; Autistic disorder; Specter; Manifestation

1. UVOD

Švicarski psihijatar Eugen Bleuler je 1911. godine razvio pojam *autizam* kojim je opisao jedan od simptoma shizofrenije. Njime je označio ponašanje ljudi koji imaju shizofreniju te se povlače u svoj svijet, prepuštaju se fantaziji, zatvaraju se od svijeta te smanjuju socijalne interakcije s ostalim ljudima (prema Remschmidt, 2009).

Prema Bujas – Petković (1995) „divlji“ dječak Victor iz Aveyrona je prvi slučaj autizma. Naime, Victora je u šumi pronašla tadašnja francuska žandarmerija. On je odveden najpoznatijem psihijatru u Francuskoj – Itardu. Zapaženo je kako je dječak bio vrlo nemiran, u stalnom pokretu te istraživao kuću. Nije pokazivao znakove društvenog ili civiliziranog ponašanja, a Itard je tada pretpostavio da se radi o disharmoničnom razvoju osjetilnih organa. Kako nije pokazivao niti znakove razlikovanja toplog ili hladnog, Itard je vjerovao kako bi se korektivnom stimulacijom okoline moglo ponovno osposobiti dječakova osjetila. Victor je naučio izvjestan broj riječi, stekao sposobnost rasuđivanja, komunikacije kao i mogućnost adekvatnog izražavanja svojih emocija i razumijevanja značenja socijalnih situacija. Ipak, Victor je preminuo u dobi od četrnaest godina.

2. Povijest autizma

Leo Kanner, američki dječji psihijatar, pod naslovom *Autistični poremećaji afektivnih veza* 1943. godine opisuje slučajeve jedanaestorice dječaka. Oni su tjelesno izgledali zdravo, no pokazivali su različite simptome među kojima su poremećaj govora, komunikacije te ponašanja. Frith (1994) objašnjava kako su se sva djeca isključila iz vanjskog svijeta, ponavljala jednostavne stereotipne glasove, rečenice i pokrete, bunili se protiv promjena na ono što su navikli te imali sužene interese. Ljubičić i sur. (2014) navode kako je Kanner pretpostavljao da se radi o nesposobnosti komunikacije, uvjetovanoj odstupajućim psihičkim interakcijama između članova obitelji. Međutim, on je u svojim istraživanjima obuhvatio vrlo mali uzorak, a pritom nije uzeo u obzir podatak da su mu se zbog specifičnog ponašanja djece obraćali isključivo roditelji visokoga društvenog položaja i ekonomskih mogućnosti. Svoju prvobitnu teoriju Kanner je demantirao tridesetak godina poslije i potvrdio da se radi o urođenoj razvojnoj smetnji za čiji nastanak nisu odgovorni roditelji. Kannerov prvi slučaj bio

je dječak imenom Donald te je dugo služio kao dijagnostički prototip autističnog djeteta. Frith (1994) opisuje kako je on već u ranijim godinama bio drugačiji nego njegovi vršnjaci. Već je kao dvogodišnjak pjevušio po sjećanju i pjevao melodije, naučio abecedu i brojati do sto. Navodi kako je sve svoje igračke i bilo koje duge predmete vrtio kao zvrk. Uživao je u sortiranju perlica i drugih predmeta po bojama te ih je bacao na pod uživajući u zvukovima koje oni proizvode. Sve izrečeno je shvaćao doslovno, ne razumijevajući namjere govornika. Kanneru je Donald doveden kao petogodišnjak, a tada je bilo vrlo uočljivo da dječak ne obraća pažnju na ljude iz okoline. Ukoliko bi mu se netko umiješao u njegovu zanimaciju, nije burno reagirao, no odbijao je svaku vrstu fizičkog kontakta. Jedino je s majkom imao socijalni kontakt, no ona ga je morala inicirati. S osam godina, Donaldova se komunikacija uglavnom sastojala od ponovljenih pitanja, a odnosi prema drugima su bili ograničeni njegovim potrebama i željama. Čim bi dobio ono što je želio ili kada bi dobio odgovor na pitanje, prekidao je komunikaciju (Frith, 1994). Nekolicina djece koju je Kanner opisao bila su nijema, a ostala koja su govorila, nisu komunicirala. Nakon dvadesetak godina, Kanner je usporedio slučajeve dječaka te rekao kako su se neki od njih mnogo bolje prilagodili od drugih. Dječaci još uvijek nisu bili u mogućnosti voditi razgovore ili izgraditi osobne veze, a njihovi interesi su bili suženi.

2.1 Pervazivni razvojni poremećaj

Prema Američkoj psihijatrijskoj udruzi (1996), pervazivni razvojni poremećaji su ranije bili klasificirani kao infantilne psihoze. Oni su definirani kao velika i etiološki raznolika skupina poremećaja koja se pojavljuju u ranoj dječjoj dobi, a etiologija im je nepoznata. Činitelji infantilnih psihoza su organski, psihogeni, imunološki, biogeni i biokemijski, a osobito genetski. Prema Bujas - Petković i Frey Škrinjar (2010), osnovne skupine simptoma obuhvaćaju poremećaje socijalne interakcije, poremećaje neverbalne i verbalne komunikacije, stereotipne radnje i interese te ograničene interese. U današnje vrijeme, sinonim za pervazivne razvojne poremećaje postao je autistični poremećaj.

Remschmidt (2009) navodi da su Kanner i Asperger opisivali autistične poremećaje te su pretpostavili da ih treba smatrati urođenima, tj. nastalima u najranijoj dječjoj dobi. Autistični se poremećaj danas smatra pervazivnim razvojnim poremećajem koji je prema Međunarodnoj klasifikaciji psihičkih poremećaja definiran kao:

„Skupina poremećaja koje obilježavaju kvalitativne nenormalnosti uzajamne interakcije i obrazaca komunikacije kao i ograničen, stereotipan, ponavljajući repertoar interesa i aktivnosti. Ove kvalitativne nenormalnosti su osnovno funkcionalno obilježje oboljele osobe, ali se razlikuju u izraženosti. U najvećem broju slučajeva prisutan je od najranijeg djetinjstva osebujan razvoj. S malobrojnim iznimkama nenormalnosti su od pete godine života manifestne. Najčešće su prisutni određeni, opći kognitivni deficiti, no poremećaji su definirani ponašanjem koje ne odgovara razini inteligencije, bez obzira na to je li ona odgovarajuća za određenu dob ili ne.“ (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, str. 265).

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2012) ističe i sljedeće osobitosti:

- Poremećaji mogu biti povezani s određenim tjelesnim bolestima, a ponekad im se mogu i pripisati
- No, poremećaj se ponajprije dijagnosticira na osnovi ponašanja, neovisno o postojanju tjelesne bolesti
- Inteliktualno zaostajanje je često, no nije uvijek prisutno kod pervazivnih razvojnih poremećaja

DSM – IV (Američka psihijatrijska udruga, 1996) ističe kako je za pervazivne razvojne poremećaje karakteristično oštećenje razvojnih područja kao što su npr. socijalna interakcija, komunikacija, javljanje stereotipnih ponašanja, interesa i aktivnosti. Takav je poremećaj ranije označavan pojmom "psihoza" ili "dječja shizofrenija". No, oni se uvelike razlikuju (iako se kod nekih pervazivnih razvojnih poremećaja može kasnije razviti shizofrenija).

Prema DSM – IV klasifikaciji, pervazivni razvojni poremećaji obuhvaćaju pet podskupina: autistični poremećaj, Rettov poremećaj, dezintegracijski poremećaj u djetinjstvu, Aspergerov poremećaj i pervazivni razvojni poremećaj. MKB – 10 navodi osam podskupina: autizam u djetinjstvu, atipični autizam, Rettov poremećaj, drugi dezintegracijski poremećaji u djetinjstvu, poremećaj hiperaktivnosti povezan s intelektualnim teškoćama (duševnom zaostalošću) i stereotipnim kretnjama, Aspergerov poremećaj, ostali poremećaji razvoja u djetinjstvu, pervazivni poremećaji u razvoju, nespecificirani.

Prema DSM – V klasifikaciji (2014), obilježja poremećaja iz spektra autizma su oštećenja u komunikaciji i socijalnoj interakciji, repetitivni oblici ponašanja, interesa i aktivnosti. Poremećaji iz spektra autizma obuhvaćaju poremećaje koji su ranije označeni terminom infantilni autizam, autizam u djetinjstvu, Kannerov autizam, visokofunkcionirajući

autizam, atipični autizam, pervazivni razvojni poremećaj, neodređen, dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu te Aspergerov poremećaj. Kao prve simptome poremećaja iz spektra autizma navodi zakašnjeni razvoj jezika koji dolazi zajedno s nedostatkom socijalnih interesa ili s neobičnim socijalnim interakcijama, repetitivnim ponašanjima te neuobičajenim obrascima komunikacije (npr. poznavanje abecede, ali ne i vlastitog imena).

3. Autistični poremećaj (Kannerov sindrom)

Remschmidt (2009) navodi kako su četiri ključna obilježja na osnovu kojih se postavlja dijagnoza autističnog poremećaja:

1. kvalitativno oštećenje uzajamne socijalne aktivnosti
2. kvalitativno oštećena komunikacija
3. ograničeni interesi i stereotipski obrasci ponašanja
4. početak prije treće godine života

Neke od nespecifičnih teškoća mogu biti različite fobije ili strahovi, poremećaji hranjenja i spavanja, ispadi bijesa, agresivna ponašanja te samoozljeđivanje.

Prema Remschmidt (2009), kod djece s autističnim poremećajem najuočljivija su tri simptoma:

1. Ekstremno zatvaranje od vanjskog svijeta gdje se javlja poremećaj od socijalne interakcije. Djetetu su veze s osobama, događajima i stvarima abnormalne, nije povezano s roditeljima, nema reakcija ili socijalnog smješka, nema pogleda oči u oči, ne razlikuje roditelje i druge osobe. No, djeca razvijaju snažnu povezanost s predmetima. S godinama je vidljiv izostanak kooperativne igre te stvaranje prijateljskih veza s drugima.
2. Povezanost s poznatim, tj. strah od promjene djetete manifestira stanjima straha ili panike ako se nešto u njegovu okruženju promijeni.
3. Osobitosti govornog jezika su vrlo različite. Kod oko polovine djece je prisutan usporen razvoj govornog jezika te sklonost tvorbi novih riječi i eholalično ponavljanje riječi i glasova. Djeca sama o sebi govore u trećem licu te pokazuju stereotipije u području govora i motorike te niz ponavljajućih radnji. Ponekad jako kasno dosežu razdoblje postavljanja pitanja (neka djeca ne dosežu), a onda stereotipno ponavljaju ta

ista pitanja. Mnoga djeca koja nauče govoriti jezik ne koriste za komunikaciju nego mehanički. Njihov je govor karakteriziran gramatičkim pogreškama i neologizmima.

Povijesno gledano, "klasični autizam" i Aspergerov sindrom dijele dvije iste dijagnostičke poteškoće, ali u klasičnom autizmu, djetetov razvoj govora je vrlo usporen (djeca obično ne progovore do druge godine) te može doći do dodatnih poteškoća u učenju.

3.1 Značajke i manifestacija

Autizam je cjeloživotno stanje obilježeno poteškoćama u dvije domene:

1. društvenom komuniciranju, koje se prema National Collaborating Centre for mental Health (2012) se mogu očitovati na mnogo različitih načina, kao što su npr.:
 - atipičan kontakt očima (dijete dugo gleda ljude ili uopće ne uspostavlja kontakt očima)
 - ulazak u osobne prostore drugih ljudi (stoji preblizu, preglasno govori ili neprimjereno dodiruje ljude)
 - smanjen interes za druženje
 - poteškoće u razumijevanju drugih ponašanja, motiva i namjera
 - poteškoće s čitanjem izraza lica ili vokalne intonacije drugih ljudi
 - poteškoće u sudjelovanju u razgovoru ili tendencija za monologom
 - poteškoće u održavanju razgovora ili u "čavrljanju"
 - "socijalna naivnost"
 - tupost ili nedostatak diplomacije
 - poteškoće u "čitanju između redaka" ili shvaćanju "hintova"
 - teškoće u gledanju stvari iz perspektive druge osobe
 - poteškoće u rješavanju sukova
 - teškoće u predviđanju onoga što bi moglo uvrijediti druge
 - nedostatak društvene svijesti
 - poteškoće u praćenju onoga što slušatelj ili čitatelj treba znati
 - poteškoće u stvaranju ili održavanju prijateljstava
 - poteškoće u razumijevanju očekivanja drugih ljudi
 - poteškoće u prosuđivanju onoga što je nevažno drugim osobama
 - poteškoće u nošenju ili interakciji s drugim društvenim skupinama
 - nemogućnost laganja
 - opsjednutost osobom u nametljivoj mjeri

- socijalna anksioznost
- usamljenost i rizik od depresije
- smanjena empatija

te u snažnom, ponavljajućem ponašanju, poteškoćama prilagodbe brzim i neočekivanim promjenama, neuobičajeno uskim interesima koje se mogu očitovati na nekoliko različitih načina:

- izbjegavanjem prepunih mjesta
- poteškoće u "multi taskingu"
- radeći nekoliko stvari u isto vrijeme
- suženi duboki interesi, nemaju široke površne interese
- sklonost ponavljanju i rutini
- javljanje anksioznosti kod suočavanja s promjenom
- potreba za istovjetnošću (konzumiranje iste hrane i pića, nošenje iste odjeće, korištenje istih ruta, odlazak na ista mjesta...)
- preferiranje gledanja predvidljivih događaja (promatranje strojeva za pranje, vlakova u vožnji...)
- iznimna pasivnost ukoliko određena aktivnost nije dostupna ili ju ne inicira netko drugo
- potreba za jasnoćom i izražavanje pedantnog zahtjeva za preciznošću i izbjegavanjem dvosmislenosti
- obraćanje pozornosti na male detalje
- razvoj "fiksiranih interesa"
- potreba za strogim redoslijedom i preciznošću

3.2 Senzorna integracija

Većina autistične djece pokazuje mnogo simptoma koji označavaju vrlo nisku sposobnost senzorne obrade te tako ima probleme u senzomotoričkim područjima. Jedna od bitnih karakteristika autizma je nedostatak povezanosti s drugim osobama, uz moguću iznimku od jedne do dvije bliske osobe. Autističnu se djecu opisuje kao da su "u svom svijetu" i kao da ne žele da itko od drugih ljudi ulazi u taj njihov svijet. Prema Ayres (2002), ukoliko autistična djeca uče govoriti, njihov je govor ograničen, a riječima nedostaje intonacija, zvuči

monotono te slični govoru papige. Također, autistična djeca imaju i emocionalnih poteškoća: ponekad ne iskazuju svoje osjećaje, a neka su vrlo osjećajna te imaju napade zlovolje, postaju vrlo agresivna i povrijede druge ljude. Ukoliko su autistična djeca sposobna surađivati te pristupiti standardnim testovima za mjerenje funkcije senzorne integracije, njihova su postignuća vrlo često slična onima dispraksične djece. Javljaju se teškoće u lokaliziranju taktilnih podražaja, nemogućnost određivanja položaja predmeta ili dijelova tijela ukoliko oni nisu u njihovom vidnom polju.

Prema Ayres (2002), kod autistične su djece vrlo uočljiva tri aspekta slabe senzorne obrade:

1. Senzorni se podražaji ne registriraju pravilno u mozgu djeteta te ono na mnogo stvari ne obraća pažnju, obraća vrlo malo pažnje ili pak pretjerano reagira
2. Dijete ne može dobro modulirati senzorne podražaje (osobito taktilne osjete i vestibularne podražaje) te postaje gravitacijski nesigurno ili se javlja taktilna obrana
3. Dio mozga odgovoran za želju za radom ne funkcionira pravilno te dijete ima malo ili nema uopće interes da radi nešto svrhovito ili konstruktivno

3.2.1. "Ignoriranje podražaja"

Prema Ayres (2002), u limbičkom sustavu autističnog djeteta, dio mozga koji odlučuje o registraciji senzornih podražaja te privlačenju pažnje i odlučivanju o poduzimanju o određenoj informaciji ne funkcionira pravilno. Tako dijete ne može registrirati mnogo stvari koje ostali ljudi primjećuju. Češće nego ostale vrste podražaja, nisu u mogućnosti registrirati slušne ili vidne podražaje. Autistična djeca često ne obraćaju pažnju na zvuk zvona ili drugu buku te ne uspijevaju čuti ono što im je izrečeno. Ponekad neke zvukove čuje glasnije nego što ih čuju drugi, sklono je obraćati više pažnje na kontinuirane i jednolične zvukove. Neke zvukove pretjerano registrira, a neke premalo.

a) Autistični savant

Naziv autistični savant (vrhunski znalac, stručnjak) odnosi se na autiste koji posjeduju neuobičajene i rijetke sposobnosti. Prvi je put upotrijebljen naziv *autistic – savant* 1972. godine za talentirane autistične osobe zbog negodovanja roditelja prema nazivu *idiot – savant*. Najčešće se radi o nadarenosti za glazbu, pamćenju, umjetnosti i nekim pseudoverbalnim

sposobnostima, a potom i za matematiku, izračunavanje kalendara. Talenti se većinom primijete oko druge godine života, a opisani su slučajevi nadarenosti već u prvim mjesecima života (Udruga za djecu s teškoćama u razvoju „Zvončići“, 2015). Neke od zapanjujućih sposobnosti prema Bujas – Petković (1995):

- šestomjesečno dijete koje je mrmljajući moglo reproducirati cijele arije koje bi čulo
- petogodišnji dječak koji je mogao rastaviti sat, radio, televizor ili usisavač i ponovno ih besprijekorno sastaviti
- blizanci autistični i s intelektualnim poteškoćama koji su bez problema računali s 20-ero znamenkastim brojevima
- autistična djevojčica koja je mogla reproducirati cijele stranice teksta bez ijedne greške nakon samo jednog viđenja.

Poznati su slučajevi i Daniela Tammeta koji ima izvanrednu matematičku sposobnost te sposobnost da nauči posve novi jezik u samo tjedan dana (Tammet, 2009), te slučaj dječaka koji je natprosječno darovit matematičar i fizičar. Jake je s osam godina počeo pohađati sveučilišne kolegije iz matematike, astronomije i fizike, s devet godina je godina primljen na studij, a s dvanaest je godina dobio plaćen posao istraživača na odsjeku fizike svoga sveučilišta (Barnett, 2013).

Točan razlog zašto neki autisti imaju te sposobnosti nije poznat i postoji mnogo hipoteza od kojih niti za jednu nema dovoljno znanstveno utemeljenih dokaza. Međutim, u mnogim je istraživanjima dokazano da autistična djeca koja imaju posebne sposobnosti imaju jaču aktivnost desne hemisfere mozga. Oštećenje lijeve polutke mozga dovodi do smetnji u usmjeravanju pozornosti i ograničuje interese stoga desna polutka mozga preuzima mnoge funkcije od kojih se jedna ili više njih razvijaju u talent (Udruga za djecu s teškoćama u razvoju „Zvončići“, 2015).

4. Autistični spektar

Autistični je spektar vrlo širok, njegov raspon seže od ljudi koji imaju ograničenu razinu samopomoći, neovisnosti te akademskih ili verbalnih vještina, do individua koje imaju širok raspon inteligencije te su potpuno neovisni, no imaju određene društvene poteškoće.

Ovaj široki spektar označava prisutnost različitih simptoma kod pojedinaca. Autizam može koegzistirati s brojnim drugim dijagnozama, uključujući depresiju, socijalnu anksioznost, opsesivno – kompulzivni poremećaj, ADHD, Touretteov sindrom... Također, uz autizam se vežu i različiti genetski poremećaji poput tuberkulozne skleroze, Angelmanovog sindroma te Turnerovog sindroma (Bujas – Petković, 1995).

4.1 Aspergerov sindrom

Aspergerov sindrom razvojni je poremećaj koji pripada širokoj kategoriji pervazivnih razvojnih poremećaja, a glavno kliničko obilježje čine brojne poteškoće vezane uz socijalne interakcije, poteškoće komunikacije te uski i specifični interesi. Radi se o populaciji prosječne ili iznadprosječne inteligencije i dobrih ekspresivnih jezičnih sposobnosti, a navedene “jake strane” su ujedno i glavna obilježja koja ih razlikuju od autizma. Teškoće koje se očituju kod djece s Aspergerovim sindromom su: nerazumijevanje neverbalnih signala, emocija, problemi s razumijevanjem metafora, ironije, sarkazma, teškoće u započinjanju spontane konverzacije, “egocentričan konverzacijski stil”, teškoće apstraktnog mišljenja, razvojno neprikladni interesi (Šimleša i Ljubešić, 2009).

Sindrom je dobio ime po Hansu Aspergeru, austrijskom pedijatru koji je 1944. godine opisao djecu koja imaju urednu inteligenciju, uredan jezični razvoj, sužene interese, siromašnu ekspresiju te razumijevanje neverbalne komunikacije, koja su fizički nespretna i ne pokazuju empatiju.

Njegov rad dugo je vremena bio poznat samo na njemačkom govornom području, sve dok Lorna Wing nije objavila rad na engleskom jeziku 1981. godine.

Sažela je Aspergerove ideje te i neka vlastita klinička zapažanja (Wing, 1981, prema Šimleša i Ljubešić, 2009). Navela je kako postoje brojne sličnosti između Aspergerova i Kannerova sindroma te da je jako teško reći opisuju li ta dva sindroma isto stanje s različitim stupnjem složenosti, ili opisuju različite poremećaje. Naime, ona se zauzimala za ideju o smještanju poremećaja na autistični spektar. Upravo je Lorna Wing zaslužna za odbacivanje ideje o autizmu kao kategorijalnom poremećaju (“ili imaš ili nemaš autizam”) te za preuzimanje ideje o autističnom spektru. Također, primijetila je da kod nekoliko proučavanih slučajeva pojedinaca postoji oštećenje u uporabi jezika u komunikacijske svrhe te je predložila termin Aspergerov sindrom kako bi se izbjegla uporaba riječi psihopatija koja se više odnosila na domenu poremećaja ličnosti.

Nadalje, važno je istaknuti kako ne postoji slaganje oko nazivlja, pa tako neki kliničari i istraživači upotrebljavaju naziv Aspergerov sindrom, dok drugi govore o Aspergerovu poremećaju (Klin i sur., 2005, prema Šimleša i Ljubešić, 2009) međutim, brojni autori se zalažu za zadržavanje i uporabu termina i dijagnoze Aspergerova sindroma, naglašavajući upravo različitost autizma i Aspergerova sindroma, bolju prognozu Aspergerova sindroma te upotrebu te dijagnoze kao prihvatljivije i manje stigmatizirajuće od dijagnoze samog autizma (Wing, 1981; Wing, 1986; Howlin, 1987, prema Šimleša i Ljubešić, 2009).

Upravo zbog nedostatka adekvatne i formalne definicije i dijagnoze Aspergerova sindroma sve do 1994. godine dolazilo je do brojnih nesporazuma jer istraživači nisu mogli interpretirati nalaze istraživanja zbog različitih definicija, kliničari su koristili naziv Aspergerov sindrom na osnovi vlastitih interpretacija sindroma, a roditelji su uglavnom bili suočeni s dijagnozom koju su stručnjaci različito opisivali te općenito s mnoštvom različitih terapija i intervencija za svoju djecu.

Danas se pokušava malo drugačije definirati Aspergerov sindrom. Naime, Baron-Cohen (2000) ističe kako bi umjesto o poremećaju možda trebalo govoriti o različitosti, stanju, odnosno on smatra da pojedinci na autističnom spektru koji spadaju u kategoriju Aspergerova sindroma i visokofunkcionirajućeg autizma imaju različit kognitivni stil i da je termin poremećaj društveno uvjetovan činjenicom da su norme prikladnog socijalnog ponašanja definirane i neupitne. Moglo bi se reći da su djeca s Aspergerovim sindromom i visokofunkcionirajućim autizmom više zainteresirana za svijet stvari/predmeta nego svijet ljudi te ta činjenica dovodi do termina poremećaj zbog društvene norme po kojoj se očekuje da su svi pojedinci društveno orijentirani i zainteresirani za ljude. Stoga se postavlja pitanje, ako bi se društvene norme promijenile, te ako bi se normom smatralo dobro razumijevanje predmeta u okolini, da li bi djeca s Aspergerovim sindromom i visokofunkcionirajućim autizmom bila klasificirana kao djeca s poremećajem?

Mijenjanje termina iz poremećaja u stanje označava stoga mnogo neutralniju kategoriju (Baron-Cohen, 2000, prema Šimleša i Ljubešić, 2009).

Obilježja djece s Aspergerovim sindromom čine: poteškoće u socijalnoj interakciji, komunikaciji, suženi interesi i ponašanja koja vidamo kod djece s autizmom, ali ne postoje klinički značajna odstupanja u ekspresivnom i receptivnom jeziku, inteligenciji, vještinama samopomoći te znatiželji za okolinu. Motorička nespretnost je tipična za navedeno stanje. Upravo to obilježje je ono koje ih razlikuje od djece s autizmom koja su vrlo spretna (Volkmar i sur., 1987, prema Šimleša i Ljubešić, 2009).

Pojavljivanje, ili možda bolje reći prepoznavanje sindroma je nešto kasnije nego kod autizma, a razloge tomu možemo tražiti i u očuvanim kognitivnim i jezičnim sposobnostima djece s Aspergerovim sindromom, te okolina, koja je jako usmjerena na progovaranje djeteta, ne primjećuje ništa neobično.

Asperger (1944) je smatrao da se poremećaj ne prepoznaje prije treće godine života, no Wing (1981) smatra kako se kod djece s Aspergerovim sindromom već tijekom prve godine može zamijetiti nedostatak interesa za ljude. Ta djeca obično ne dijele interese s drugim ljudima (ne donose predmete, ne slijede gestu pokazivanja i ne pokazuju prstom da podijele iskustvo s drugom osobom). Također, najčešće ne sudjeluju u igrama pretvaranja te su i prisutne i rane jezične teškoće (Šimleša i Ljubešić, 2009).

4.1.1. Obilježja socijalnih interakcija kod djece s Aspergerovim sindromom

Za razliku od djece s autizmom, djeca s Aspergerovim sindromom svjesna su drugih ljudi i pokazuju interese za njih (Volkmar i Klin, 2000, prema Šimleša i Ljubešić, 2009) te najčešće nisu povučeni, imaju potrebu za približavanjem drugoj djeci, ali na neprikladan i ekscentričan način. U pristupu su neosjetljivi na osjećaje drugih ljudi, na njihove namjere, na neke neverbalne znakove prisutne u komunikaciji. Stoga, potrebno ih je educirati u tom smislu i u primjeni socijalnih pravila.

4.1.2 Obilježja komunikacije kod djece s Aspergerovim sindromom

Djeca s Aspergerovim sindromom imaju i poteškoće socijalne komunikacije, naime iako nemaju poteškoća s formom jezika, imaju velikih poteškoća u samoj pragmatici, uporabi jezika, a kasnije imaju velikih poteškoća u uporabi riječi kojima se značenje mijenja ovisno o kontekstu, primjerice osobne zamjenice i prijedlozi (Fay i Schuler, 1980, prema Šimleša i Ljubešić, 2009). Tako će o sebi govoriti u drugom licu jednine jer je to oblik koji čuju kada se drugi obraćaju njima.

Nadalje, poteškoće su prisutne u području naracije, odnosno imaju velikih poteškoća s prepričavanjem, te u razumijevanju humora. Također, iako vrlo rano nauče brojeve i slova te ovladaju sposobnošću čitanja i pisanja, imaju slabo razumijevanje pročitano.

4.1.3 Neobični interesi kod djece s Aspergerovim sindromom

Djeca s Aspergerovim sindromom često imaju jako specifične i ograničene interese. Za razliku od djece s autizmom čiji su interesi ograničeni na predmete ili dijelove predmeta,

kod djece s Aspergerovim sindromom interesi su uglavnom ograničeni na prikupljanje faktografskog znanja o područjima poput matematike, zemljopisa, povijesti ili nekog segmenta iz svakodnevnog života kao što je promet, određen tip vozila itd.

Iako raspolažu mnoštvom informacija o temi interesa, njihovo opće poznavanje odabranog predmeta interesa ipak nije dobro zbog toga što ne razumiju kontekst u kojem funkcionira predmet interesa (Šimleša i Ljubešić, 2009).

4.2 Atipični autizam

Za naziv *atipično dijete* i *atipični razvoj* zaslužna je psihoanalitičarka Beata Rank, a naziv je označavao široki raspon poremećaja, od onog koji ima neka obilježja autističnog poremećaja do oznaka za stanja koja se pojavljuju u ranoj dobi i koja odstupaju od normalnog razvoja, a u kojima poremećaj ličnosti nije tako dubok kao u autizmu. Poremećaj se pojavljuje od rođenja ili nakon razdoblja normalnog razvoja djeteta, a uzroci nastanka mogu biti nasljedni, biološki i psihološki čimbenici (prema Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

Remschmidt (2009) ističe dvije inačice atipičnog autizma:

1. autizam s atipičnom dobi obolijevanja (poremećaj postaje prepoznatljiv tek nakon treće godine)

2. autizam s atipičnom simptomatikom (simptomi se manifestiraju prije treće godine).

Dakle, atipični autizam je posebna kategorija pervazivnih razvojnih poremećaja koji ima obilježje autističnog poremećaja, ali ne zadovoljava sve dijagnostičke kriterije.

Simptomi su slični simptomima autizma: povlačenje od ljudi, uzmicanje u svijet fantazije, mutizam ili uporaba jezika na nekomunikativan način, bizarnost u držanju, stereotipije, ravnodušnost ili provale anksioznosti i ljutnje, inhibicije, rituali te pomanjkanje kontakta oči u oči (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

4.3 Rettov sindrom

Rettov sindrom je progresivni neurorazvojni poremećaj koji se pojavljuje isključivo kod djevojčica s početkom bolesti od šestog do osamnaestog mjeseca života (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010), a opisao ga je austrijski pedijatar i psihijatar Andreas Rett 1966. godine (Remschmidt, 2009).

U početku nalikuje na autistični poremećaj. Simptomi se pojavljuju u drugoj polovici prve godine djetetova života sa zastojem u psihomotornom razvoju (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010) dakle, ako je dijete počelo puzati, prestaje, zatim nezainteresirano je za okolinu, postaje usporeno, zatvara se, psihički se mijenja, stajanje na nogama kasni uz gubitak sposobnosti za održavanje ravnoteže (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010). S godinu i pol poremećaj je jasno zamjetan te dolazi do intelektualnog propadanja, gubitka djetetovog interesa za okolinu, loše komunikacije, zastoja u razvoju fine i grube motorike te gubitka stečenih funkcija (Remschmidt, 2009).

Nakon postupnog i nespecifičnog početka, zatim faze regresije i autizma, slijedi faza djelomičnog oporavka gdje dolazi do epileptičnih napadaja i propadanja inteligencije. Kasnije, u adolescentskoj dobi onemogućeno je samostalno stajanje i hodanje popratno skoliozom (Remschmidt, 2009).

Tijek bolesti se iskazuje u četiri osnovna stadija:

1. stadij bolesti: rani početak stagnacije razvoja djeteta između šestog i osamnaestog mjeseca života (može početi i u petom mjesecu), a primjećuje se zaostajanje u razvoju, ali razvojni proces još nije značajno abnormalan ili neujednačen

2. stadij bolesti: brzi razvojni regres od prve do četvrte godine, dijete gubi postignute motoričke i druge vještine i komunikaciju (gubi se kontakt oči u oči, epileptični napadaji, stereotipni pokreti, prinošenje ruku ustima i plaženje jezik) što traje od nekoliko tjedana do jedne godine

3. stadij: dolazi do poboljšanja; većina djevojčica održava sposobnost kretanja, a stadij može trajati do deset godina

4. stadij: potpuna motorička nesamostalnost i propadanje psihičkih funkcija što može trajati desetljećima (Bujas – Petković i sur., 2010).

Bujas - Petković i suradnici (2010) postavili su sljedeće kriterije za postavljanje dijagnoze:

A) svi sljedeći:

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

B) početak svih sljedećih nakon razdoblja normalnog razvoja:

1. rast glave se usporava u dobi od 5 do 48 mjeseci

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

4.4 Dezintegrativni poremećaj

Dezintegrativni poremećaj (dezintegrativna psihoza, Hitlerov sindrom, dječja demencija) je poremećaj koji se pojavljuje između treće i pete godine, a dolazi do propadanja svih psihičkih funkcija. Prvi ga je opisao austrijski neuropsihijatar Theodor Heller 1908. godine i nazvao ga je *dementia infantilis* (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

Djeca postaju nezainteresirana za okolinu, ne reagiraju na vanjske stimulanse, izgledaju potpuno izgubljeno, dolazi do sadržajno osiromašivanja govora do njegova potpunog gubitka te nemogućnosti razumijevanja tuđeg govora. Inteligencija se gubi, djeca mogu postati anksiozna, razdražljiva, gube stečenu kontrolu crijeva i mjehura te pokazuju predznake demencije (Remschmidt, 2009).

Dijagnostičke kriterije za dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu navele su Bujas - Petković i Frey Škrinjar (2010), uzimajući u obzir dijagnostičke kriterije koje navodi MKB – 10:

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

B) klinički značajan gubitak već usvojenih vještina (prije desete godine) na najmanje dva od sljedećih područja:

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

C) abnormalnost funkcioniranja na najmanje dva od sljedećih područja:

1. kvalitativno oštećenje socijalnih interakcija (npr. oštećenje neverbalnih načina ponašanja, izostaje razvoj odnosa s vršnjacima, nema socijalne ili emocionalne uzajamnosti)

2. kvalitativno oštećenje komuniciranja (npr. govorni jezik kasni ili se ne razvija, nesposobnost započinjanja ili održavanja konverzacije, stereotipna i repetitivna uporaba jezika, izostaju razne igre pretvaranja)

3. ograničeni, repetitivni i stereotipni modeli ponašanja, interesa i aktivnosti, uključujući motoričke stereotipije i manirizme

D) smetnja nije bolje opisana kao neki drugi pervazivni razvojni poremećaj ili shizofrenija

Poremećaj se može pojaviti nakon preboljenih ospica, povezati i s cerebralnim oštećenjem i psihosocijalnim stresom (npr. hospitalizacija, odvajanje od majke, rođenje mlađeg brata ili sestre), a učestaliji je kod dječaka. Liječenje uzroka ne postoji, a prognoza je loša. Naime, manje od četvrtine bolesnika može govoriti, a polovina ostaje doživotno nijema. U kasnijim stadijima dolazi do neuroloških ispada koji mogu dovesti i do prerane smrti (Remschmidt, 2009).

5. Uzroci autizma

Autizam nastaje kao posljedica višestrukih uzroka, a točna etiologija nastanka do danas nije znanstveno dokazana. Međutim, postoji usuglašavanje da simptomi poremećaja iz autističnog spektra proizlaze iz pervazivnog oštećenja različitih funkcija centralnog neurološkog sustava (Nikolić i sur., 1992).

Desetljećima su prevladavale pretpostavke o psihosocijalnim uzrocima. U pedesetim i šezdesetim godinama autizam se često pripisivao nekim okolinskim faktorima, kao što je nedovoljno emocionalno roditeljstvo. No, 1970 – ih je Michael Rutter tvrdio kako se fenomeni poput epilepsije ne mogu pripisati okolinskim čimbenicima te je naznačio abnormalnosti funkcioniranja mozga. Veća konkordancija autizma kod jednojajčanih blizanaca je ukazivala na genetiku. Ideja da autizam uključuje atipični razvoj mozga sada je čvrsto utemeljena, a činjenica da uključuje mnogo gena više nije upitna (*National centre of mental health*, 2013).

Stoga, *National centre of mental health* (2013) navodi kako je autizam neuroznanstveni i biološki utemeljen poremećaj iako mehanizmi uzročnosti nisu poznati. Prema medicinskim istraživanjima, manje od 10% djece danas ima dijagnosticiran autizam.

Istraživanja pokazuju da moždana oštećenja i poremećaji moždane funkcije imaju važnu ulogu, a radi se o abnormalnim promjenama moždanog debla, abnormalnim procesima moždanog sazrijevanja, o nerazvijenosti vermisa malog mozga, kao i o oštećenjima moždane kore (Remschmidt, 2009).

Nadalje, neka su istraživanja pokazala oštećenja mozga koja su nastala prije šestog mjeseca trudnoće što dovodi do zaključka da infekcije u trudnoći (rubeola), traume ili komplikacije u trudnoći i pri porođaju te drugi čimbenici mogu uzrokovati moždano oštećenje (Bujas – Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Istraživanja u biokemijskom području pokazala su promjene niza hormona i neuroprijenosnika, kao i povišenu razinu određenih endorfina, a nađena je i povećana razina serotonina što može upućivati na poremećaj afektivnih kontakata (Remschmidt, 2009).

Remschmidt (2009) navodi sumirano sljedeće činitelje koji su odgovorni za nastanak autističnog poremećaja:

1. Utjecaji naslijeđa
2. Moždana oštećenja i poremećaji moždane funkcije
3. Biokemijske osobitosti
4. Poremećaj kognitivnih procesa i govorno – jezičnih razvoja
5. Poremećaji emocionalnog razvoja
6. Interakcija navedenih činitelja

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

6. Dijagnoza autizma

National centre of mental health (2013) ističe kako postoji specifičan dijagnostički test za autizam. Dijagnoza se vrši na temelju prisutnosti karakterističnih ponašanja. Za obitelji s djetetom koje ima dijagnozu autizma, vjerojatnost da će i njihovo drugo dijete imati autizam izrazito je velika. Teškoće vezane uz autizam počinju se vidjeti vrlo rano u životu djeteta,

oko osamnaestog mjeseca. Prosječna dob djece u kojoj je autizam dijagnosticiran je šest godina, dok se Aspergerov sindrom često ne dijagnosticira sve do četrnaeste godine.

Dijete treba manifestirati najmanje devet od navedenih simptoma kako bi se utvrdio autizam: velike teškoće u druženju i igranju s drugom djecom, dijete se ponaša kao da je gluho, dijete ima jak otpor prema učenju, dijete ne pokazuje strah od stvarnih opasnosti, pruža snažan otpor prema promjenama u svojoj okolini, ukoliko nešto želi koristi geste, smije se bez razloga, ne voli se maziti i ne voli da ga se nosi, pretjerano je fizički aktivan, izbjegava pogled oči u oči, pretjerano se veže za objekte ili dijelove određenih objekata, okreće predmete te postaje potreseno ukoliko ga se u tome prekine, sklono je ponavljajućim igrama te se često drži po strani (Švel, 2006, prema Bouillet, 2010).

National centre of mental health (2013) navodi nekoliko manifestacija ponašanja karakterističnih za autizam koja mogu utjecati na sljedeća područja:

- društveni i komunikacijski reciprocitet: u iniciranju i odgovaranju na intrapersonalnu, verbalnu i neverbalnu komunikaciju i društvenu interakciju
- sposobnost zaključivanja što druga osoba namjerava, doživljava ili razmišlja
- kreativne, maštovite socijalne i društvene igre te razmišljanja
- kognitivna i bihevioralna fleksibilnost
- raspon i intenzitet interesa i aktivnosti
- osjetilni interesi i osjetljivost
- emocionalne reakcije na društvo
- samoapsorpcija u repetitivnim ponašanjima i stereotipnim manirizmima
- motoričke sposobnosti

Autistični spektar tako obuhvaća niz ponašanja koji su heterogeni u uzročnosti i u manifestaciji.

National centre of mental health (2013) navodi kako autizam ima značajan utjecaj na dijete i njegove članove obitelji. Važno je uvidjeti kako će određen broj ljudi s autizmom imati vrlo produktivan i plodonosan život, dok je za druge to vrlo teško stanje koje narušava njihove društvene odnose te može imati duboke učinke na pojedinca, ali i na članove obitelji koji mogu potražiti pomoć zdravstvene skrbi, edukacija ili socijalne skrbi. Djeca i mladi koji se kreću ka odrasloj dobi mogu doživjeti socijalnu stigmu zbog svog stanja koja će imati značajan utjecaj na njihov život, djelovanje i zapošljavanje.

Prepoznavanje i dijagnoza autizma je važna jer vodi ka pružanju podrške obitelji, potrebnog obrazovanja koje dovodi do pozitivnih ishoda za pojedinca. Dobro upravljanje utjecajem autizma uvelike ovisi o razumijevanju autizma i njegovih značajki te pristupu odgovarajućim informacijama i uslugama. Odgovarajuća i pravodobna dijagnoza znatno pridonosi tom procesu. Dijagnoza roditeljima ili skrbnicima može omogućiti određeni okvir kroz koji će više razumjeti svoje dijete i pomoći im da donose odluke o intervencijama ili strategijama upravljanja. Međutim, za neke je obitelji ta dijagnoza vrlo uznemirujuća i vrijeme njezinog prihvaćanja može potrajati.

Dijagnoza autizma djetetu i njegovoj obitelji može omogućiti:

- pristup informacijama, uslugama i podršci: nakon dijagnoze autizma, roditelji lakše mogu pristupiti lokalnim i nacionalnim grupama za podršku i usluge.
- emocionalnu korist: roditelji shvaćaju kako nisu oni kivi za autizam svoga djeteta
- odgovarajuću podršku u obrazovanju, zdravlju i socijalnoj skrbi: prije dijagnoze, djeca su etiketirana kao nestašna, oni koji postižu niske rezultate, neshvaćeni su i nemaju podršku. Postaju anksiozna i uznemirena zbog ponašanja škole ili bivaju isključena

„Dijagnoza autističnog poremećaja postavlja se na osnovi anamneze i promatranja djeteta u različitim situacijama. Pozitivna dijagnoza autizma mora sadržavati četiri čimbenika: smanjeni socijalni odnosi, smanjena verbalna i neverbalna komunikacija, ograničen raspon interesa za događanja i otpor prema promjenama. Metode za verifikaciju dijagnoze standardizirani su intervjui s roditeljima ili za dijete važnim dragim osobama, te skale za procjenu ponašanja koje omogućuju definiranje pojedinih osobitosti ponašanja i njihovu kvantifikaciju.“ (Ljubičić i sur., 2014, str. 232).

7. Prikaz slučaja

NAPOMENA: U svrhu pisanja prikaza slučaja, ime djeteta te svi osobni podaci su izmišljeni radi zaštite osobnih podataka!

Dino je dječak koji ima šest godina te je u dječjem vrtiću uključen u svakodnevni petosatni program za djecu s poremećajem iz autističnog spektra. Uključen je u logopedsku terapiju jednom tjedno, dva puta tjedno odlazi na Neurofeedback (to je terapijska metoda koja se bazira na praćenju električne aktivnosti mozga i davanju povratne informacije koje

poboljšavaju funkcioniranje mozga), a jednom tjedno odlazi u iLab, udrugu za rehabilitaciju djece s teškoćama u razvoju te podršku njihovim obiteljima. Dijagnozu poremećaja iz spektra autizma je dobio s 3 godine te je kao takav dvije godine pohađao redovni osmosatni program bez asistenta. Dino i njegova majka su se s otoka Paga preselili u Zagreb isključivo kako bi Dino pohađao dječji vrtić u kojemu postoji grupa za djecu s poremećajima iz autističnog spektra. Dino u rujnu ide u integraciju, tj. redovni osmosatni program u dječjem vrtiću.

Kod Dine su vrlo uočljiva stereotipna ponašanja: on većinu dana provodi sjedeći na pilates lopti i gledajući kroz prozor. Nema motivaciju za "jutarnji krug" u vrtiću. No, u krug dolazi na poziv odgajateljica te se ono tumači kao naučeno ponašanje, a iz jutarnjeg kruga odlazi jer ima kratkotrajnu pažnju. Ukoliko se pjeva, smeta mu visina tona te odlazi u mirniji dio sobe (na pilates loptu i gleda kroz prozor). Ako lopta nije na svome mjestu, postaje nervozan i traži supstitut što obično bude velika spužva. Ubrzo postaje nezadovoljan jer nema loptu te počinje verbalno iskazivati svoje nezadovoljstvo, no to su samo neartikulirani glasovi. Vizualno je preosjetljiv te u sobi pronalazi mnogo podražaja, a smiruje se gledajući u svijetla na stropu. Kod njega su vrlo uočljivi repetitivni obrasci ponašanja, a nakon izvršene aktivnosti, on samostalno ne zna što bi dalje radio. Odgajateljice se trude zadržati ga duže u aktivnostima, no ne uključuju ga u sve aktivnosti te ne inzistiraju na tome da u njima sudjeluje jer zbog toga postaje frustriran i agresivan. Ova manifestacija agresivnog ponašanja je bila uočljiva te su odgajateljice, sukladno tome, djelovale – omogućile bavljenje aktivnostima u kojima on uživa. Također, Dini smeta buka u prostoriji. Kada mu je okruženje preglasno, on vrišti i plače. Kada mu nešto nije po volji, mora se ići umiti jer se na taj način smiruje.

Dino sam slaže sličice na zidu koje označavaju raspored dana te ih proučava. Sve što je prikazano na slikama se mora odraditi, a ako ne ide kako je dogovoreno – vrišti i plače, zahtjeva drugačije, uviđa sve promjene. Ukoliko su promjene najavljene te promjena aktivnosti pravovremeno obznanjena, sudjelovat će u njima. Iako on ne jede npr. užinu, smeta mu ukoliko užina izostane. Primjećuje ako neko dijete ne dođe u vrtić određeni dan i smeta mu ukoliko nisu svi na broju.

Prilikom razgovora ne gleda osobe u oči. Samostimulacija je prisutna u obliku pritiskanja donjeg dijela trupa u tvrdi predmet te u obliku skakanja na pilates lopti, dok se hiperaktivnost očituje kroz ubrzano trčanje prostorijom po određenim putanjama. Pokazuje znakove senzorne preosjetljivosti na taktilne podražaje (ne voli bojati temperama, imati zrnca pijeska na rukama), oralnu stimulaciju (jede snijeg ili pijesak, ima sužen izbor hrane koju

jede, voli žvakati žvakaće gume te brisati usta vlažnim maramicama) te na zvučne podražaje. Samostalno se hrani, no hranu i piće odabire prema senzoričkim i vremenskim preferencijama te ima sužen izbor hrane koju jede. Ukoliko netko povisi ton i strože mu se obraća, gleda u lampe te broji na prste do deset. Kada boja, šara preko cijelog lista. Jako je izbirljiv što se tiče hrane, pića i njihove temperature. U vrtiću jede samo pohanu piletinu, određeno pecivo i pije vodu. Vodu pije samo nakon što je pojeo pecivo, isključivo iz šalice te jako hladnu. Sve stavlja u usta – zimi se prejedao snijegom, a ljeti jede pijesak. Roditelji mu navečer daju dud. Ne voli sjediti za stolom, izvršavati aktivnosti (osobito likovne), ima lošu grafomotoriku te je hipotoničan. Socijalne interakcije i zahtijevanje su mu na razini osamnaestomjesečnog djeteta, a intraverbalna ponašanja na razini djeteta od dvije godine. Zabavlja ga zadirkivati drugu djecu ukoliko ona pokazuju da im njegovo ponašanje smeta. On si to može osvijestiti te se često podrugljivo nasmije na to. Dino je ponekad ljut jer ne može kontrolirati socijalne uvjete oko sebe. Tranzicije su mu izrazito teške, ne voli iz jedne aktivnosti prelaziti u drugu, a rutina je nešto čime se u njemu stvara "unutarnja harmonija". Puno se kreće po sobi te ima točno određene putanje kretanja, a pritom ispušta različite zvukove.

Kada nešto zahtijeva, Dino izgovori imenicu, ali nikada ju ne upućuje osobi. Odgajateljice ga potiču na to da izgovori "teta" te onda imenicu tj. predmet koji želi. Imenuje sve, ali ne imenuje radnje. Ipak, na engleskom koristi sve predikate jer su glagolski oblici i vremena mnogo jednostavnija nego u hrvatskom. Samim time, bolji je u zahtijevanju na engleskom (samostalno ga je naučio tečno pričati). Svako jutro odgajateljica od Dine traži da odmah po dolasku razmijene nekoliko riječi, da komuniciraju.

Odgajateljice ne žele da se Dino "gubi" u svojoj stereotipiji jer vjeruju kako je to za njega destruktivno. Treba podršku vršnjaka u igri i u interakcijama. Voli igrati lovice. Nakon ručka traži igru skrivača i tu ga odgajateljice usmjeravaju na interakciju s drugom djecom. Dino ne ulazi spontano u interakciju s vršnjacima, a to radi isključivo u igri lovice ili skrivača uz nalog odgajatelja. Ukoliko se želi igrati određenom igračkom koja je kod nekog drugog, odmiče se od njega. Potrebno mu je verbalno vođenje te davanje verbalnog modela za sudjelovanje u nekoj igri. Dino ne voli sudjelovati u aktivnostima koje se događaju u sportskoj dvorani ili na vanjskom igralištu. Kada se tamo odlazi, on želi odrediti vrijeme boravka (obično to bude dvadesetak minuta, no brojke se moraju "poklapati" npr. u 11:11). Teško mu padaju prijelazi iz aktivnosti u aktivnost.

Dinino učenje otežavaju teškoće u uspostavljanju odnosa i u komunikaciji, snižen kognitivni kapacitet te senzorička preosjetljivost. No, odgajateljice fizičkim vođenjem, ponavljanjem te vizualnom podrškom i nagradama nastoje olakšati učenje. Socijalne nagrade u obliku verbaliziranih pohvala kod njega nemaju učinka, ovdje djeluju samo materijalne nagrade u obliku hrane. Prepreke za učenje su mu zahtijevanje, nerazvijene socijalne vještine, neuspostavljanje kontakta očima. Nakon određenog perioda učenja, Dino sada dolazi za stol na nalog za doručak, ručak ili večeru te gestama označava kraj obroka. Može slijediti grupne upute te tako samostalno donosi stolac u jutarnji krug te ga za sobom posprema. Sposoban je imitirati pokrete ruku i šaka, no nije sposoban imitirati pokrete nogu i stopala. Također, ne može imitirati brzinu pokreta te cijeli niz različitih pokreta. Samostalno obuva i izuva papuče te tenisice i hlače, no jaknu ne. Usvojio korištenje zahoda, no za to treba upute. Samostalno dolazi do slavine, otvori vodu, ali dalje ne zna što treba činiti, unatoč slikovnom prikazu koji se nalazi ispred njega. Teško mu je promatrati fotografije kao uputstvo te isto činiti. Također, odbija osušiti ruke.

Dječakove se jake strane nalaze u području samostalne igre i području vizualnih sposobnosti. Jake strane su i u području imitacije grube motorike, glasovne imitacije na nalog, slijeđenju verbalnih naloga te u praćenju grupnih vještina. Slabije su strane u području spontanog zahtijevanja, odgovaranja prema funkciji, osobini, kategoriji te području socijalnog ponašanja. Dino zahtijeva željene predmete i aktivnosti koristeći najčešće jednu do dvije riječi, ali uz prisustvo predmeta ili upita odrasle osobe (Što želiš?). Rjeđe zahtijeva spontano. Dijeli interes za igru donoseći igračke, većinom odrasloj osobi. Bira konstruktivne, jednostavne igre poput slaganja tornjeva ili pruge te vožnje vlakića, ali se ne igra s drugom djecom. Na nalog imitira pokrete grube motorike te radnje s predmetima (pljeskanje, skakanje), no za njih je potrebno prethodno dugotrajno učenje.

Načini rada koje odgajateljica i rehabilitatorica primjenjuju u radu s Dinom su ABA terapija (primijenjena analiza ponašanja), Floortime terapija, Pecs metoda, socijalne priče te video model.

8. Tretman i terapija

S obzirom na to da lijek za autizam ne postoji, primjenjuju se terapije s individualnim pristupom. Cilj svih tretmana jest smanjiti intenzitet oštećenja poboljšanjem funkcionalnih

sposobnosti te na taj način i usporiti napredak same bolesti. Terapijske metode moraju biti što učinkovitije, a što manje restriktivne te omogućiti djetetu maksimalni socijalni i emocionalni razvitak (Bujas-Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

Riječ je o globalnim postupcima, ali i o terapijama koje se primjenjuju kao pomoćni postupci u nekom drugom globalnom tretmanu (Bujas-Petković, 1995):

1. glazbena terapija: dio odgojnog i obrazovnog procesa, u svrhu relaksacije; treba biti ciljana i pomno odabrana, ne preglasna
2. terapija umjetnošću: koristi se za poticanje i pospješenje razvojnih procesa i odgoja autistične djece te u dijagnostičke svrhe
3. terapija igrom: dio je obrazovnog programa, a vodi je terapeut te je ciljana, ima svoj početak i kraj
4. kineziterapija: pozitivno utječe na smanjenje hiperaktivnosti, suzbija agresiju, autoagresiju i destruktivno ponašanje, smanjuje stereotipije te svojom primjenom povoljno utječe na normalan rast, razvoj i zdravstveni status pacijenta
5. dnevna životna terapija: spoj aktivacije razuma, tijela i duha učenjem i radom u skupinama, pretežno tjelesnim treningom
6. potpomognuta komunikacija: kontroverzna metoda kojom se nastoji potaknuti komunikacija pisanjem na računalu
7. holding terapija: terapija čvrstog držanja koja teži emocionalnom reaktiviranju majke i djeteta, a pritom je glavni terapeut majka koja postupa prema uputama stručnjaka, pod nadzorom oca koji se uključuje prema potrebi.
8. Bihevioralna terapija

Bihevioralni pristup prisutan je još od 1960ih kada je intervencija bila usmjerena isključivo na izolirana ponašanja, a kasnije je razvijen program koji je usmjeren na širok spektar vještina i sposobnosti (Stošić, 2009). Termin modifikacija ponašanja se koristio 70ih i 80ih, a nastojalo se ukloniti socijalno neprihvatljive oblike ponašanja (iznenadni ispadi bijesa, agresija, autoagresija, destruktivnost). Temeljna postavka bila je da će se određeno ponašanje promijeniti i prilagoditi situaciji ako su odgovori odbojni.

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

Jedna od sastavnica bihevioralne terapije su socijalne priče odnosno kratke priče kojima je cilj poboljšanje socijalnih vještina. One se poboljšavaju podučavanjem primjerenih oblika ponašanja u određenim socijalnim situacijama. Svaka socijalna priča objašnjava stavove i emocije drugih ljudi u određenoj situaciji, opisuje što se od djeteta u konkretnoj situaciji očekuje da učini ili kaže te objašnjava socijalno prihvatljivo ponašanje (Jančec i sur.,2016).

9. TEACCH-program (Tretman and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children)

Program je jedan od najsveobuhvatnijih programa dijagnostike, procjene sposobnosti i deficita te terapije za djecu i odrasle s autizmom. Naglasak je na kontinuiranoj procjeni koja je temelj stvaranja dobre individualne terapije i obrazovanja, a cilj programa je djetetova izobrazba; usvajanje školskih znanja i vještina za djecu koja za to imaju sposobnosti ali i poboljšanje adaptacije autističnog djeteta i efikasnosti učenja, poboljšanje govora i komunikacije te razvijanje socijalizacije. Program se stalno prilagođava djetetu: dobi, intelektualnim sposobnostima, psihičkom stanju, interesima i deficitima (Bujas-Petković, 1995).

10. Sudjelovanje obitelji

Za uspjeh djeteta potrebno je da u tretmanu, osim stručnjaka, sudjeluje cijela obitelj. Bujas - Petković (1995) smatra da je poželjno da roditelji istodobno budu i roditelji i terapeuti jer uspjeh tretmana ovisi o održavanju navika stečenih izvan ustanove, a roditelji i sami moraju biti podvrgnuti terapiji i poduci.

11. Primijenjena analiza ponašanja (ABA)

ABA je program rane intervencije i pokazao je uspješnost u unapređenju socijalnog i jezičnog razvoja i u smanjenju ponašanja koje ometa učenje i razumijevanje (Bujas - Petković i sur., 2010).

Lovaas je u eksperimentu razdvojio grupu djece na dvije skupine. Djeci iz prve skupine, kojoj je bila omogućena terapija 40 sati tjedno, kvocijent inteligencije povećao se za trideset, te je polovica od njih počela pohađati redovnu školu. Djeca iz druge skupine, koja su terapiju imala 5 do 10 sati tjedno, reagirala su kao da tretmana uopće nije bilo.

Terapije uključuju ponavljane vježbe iz modifikacije ponašanja. Kada dijete da dobar odgovor ili napravi nešto ispravno (pomaganje različitim tehnikama) dobije nagradu. Nagrade tj. potkrepljenja mogu biti primarna (slastice) ili sekundarna (igračka koju voli, socijalna pohvala) (Bujas - Petković i sur., 2010).

12. Model RIO – *floortime* (razvojni, individualno diferencijalni, na odnosima temeljen model)

Terapijski model koji pomaže djeci s različitim problemima u emocionalnom razvoju. Pristup je zasnovan na razvojnoj interaktivnoj metodi prema kojoj se većina kognitivnih vještina stečenih u prvih pet godina života temelje na emocijama i odnosu.

Temelj programa je toplo i neposredno ophođenje, a dijete se uključuje na svim njegovim funkcionalnim, emocionalnim i razvojnim razinama do one najviše za koju sposobno. Dva temeljna cilja su: uspostavljanje interakcije s djetetom uz njegovo vođenje te uvesti dijete u svijet združene pažnje (Bujas - Petković i sur., 2010).

13. Sustav komunikacije razmjennom slika (PECS)

PECS (Picture Exchange Communication system) sustav je komunikacije razmjennom slika koji se koristi za djecu i odrasle s poteškoćama u govoru. Njime se omogućuje vođenje i oblikovanje u učenju iniciranja interakcije, a time i shvaćanje koncepta komunikacije. Djeca uče prići i predati sliku željenog predmeta komunikacijskom partneru u zamjenu za taj predmet (Bujas - Petković i sur., 2010).

PECS je vrlo precizno razrađen te ga je relativno jednostavno primijeniti, a provodi se u šest faza (Bujas - Petković i sur., 2010): fizička razmjena, razvijanje samostalnosti, razlikovanje slika, struktura rečenice, odgovor na pitanje: “Što želiš?“, spontano odgovaranje.

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

9. Uloga odgajatelja

Republika Hrvatska jedna je od potpisnica Konvencije o pravima osoba s invaliditetom te potpisnica Konvencije o pravima djeteta. Prema navedenom, propisano je da

se djeci s teškoćama u razvoju treba omogućiti jednako i ravnopravno uživanje svih temeljnih prava djeteta.

U suvremenoj odgojno-obrazovnoj praksi, temeljenoj na humanističko-razvojnoj teoriji, afirmira se pojam inkluzije djece s autizmom u redovan sustav ranog odgoja i obrazovanja što pretpostavlja višu razinu uvažavanja djece s autizmom, kao ravnopravnih sudionika u sustavu, bez njihovog izdvajanja u posebne uvjete, a uz osiguravanje posebne pomoći. Dakle, inkluzija je sustavni proces spajanja djece s autizmom s djecom bez poteškoća iste dobi, u prirodnom okruženju u kojem se djeca igraju i uče (Ljubetić, 2001).

Kako bi došlo do inkluzije nužno je redefiniranje uloge odgojitelja, kao i njihove osobne potrebe odgoja i obrazovanja za prihvaćanjem djece s posebnim potrebama. Nadalje, neodgovarajući položaj odgojitelja u dijagnostičkim postupcima umanjuje i njihovu odgojnu ulogu što dovodi do važne stavke: edukacija odgojitelja (Sunko, 2010).

Dakle, potrebna je priprema odgojitelja, njegovo educiranje te mogućnost stjecaja teorijskog i praktičnog znanja koje je bitan preduvjet za rad s autističnim djetetom, ali i kvalitetne usklađenosti vrtićkog programa prilagođenog autističnom djetetu te ostaloj djeci. Bitan preduvjet je stvaranje materijalnih, socijalnih i drugih uvjeta koji su neophodni za uključivanje djeteta u vrtićku grupu.

Odgojitelj treba osigurati uvjete za učenje i igru u kojima će dijete moći samostalno dolaziti do spoznaja i razvijati svoje sposobnosti u skladu s vlastitim mogućnostima, interesima i potrebama, a poticajno okruženje za učenje i igru djeteta treba biti dinamično (Daniels i Stafford, 2003).

Mikas i Roudi (2012) navode važne uvjete koji se moraju zadovoljiti kako bi proces inkluzije djeteta s teškoćama u razvoju u redoviti vrtićki program postigao očekivani učinak:

1. Stvoriti pozitivnu atmosferu, atmosferu podrške, prihvaćanja i ugode.
2. Omogućiti razvoj osjećaja sigurnosti, osjećaja uspjeha, međuvršnjačke suradnje.
3. Kreirati prilike za svladavanje novih vještina i realizaciju razvojnih mogućnosti svakog pojedinog djeteta.
4. Inspirirati (motivirati) dijete različitim poticajima.
5. Osigurati vrijeme i prostor za individualizirani pristup.
6. Osigurati potrebne materijalne uvjete.

Nadalje, odnos prema djeci s autizmom odgojitelji bi trebali temeljiti na sljedećem (Kunstek, 1994):

- Odgojitelji trebaju spriječiti stereotipe i negativne stavove o djeci s invaliditetom izbjegavajući negativne riječi.
- Prikazati djecu s ograničenjima s jednakim statusom kao onu bez ograničenja.
- Dopustiti djeci s ograničenjima da sami govore i istražuju svoje misli i osjećanja te uključiti djecu s i bez ograničenja u iste aktivnosti.
- Promatrati djecu i otkriti ograničenost. Rana detekcija ograničenja je postala dio edukacije ranog djetinjstva.
- Vrtić treba prilagoditi potrebama djeteta s ograničenjem.
- Pojačati osjetljivost roditelja, obitelji i njegovatelja o posebni potrebama djece s ograničenjem.
- Poučiti frustrirane roditelje jednostavnim načinima da se nose i upravljaju potrebama svojeg djeteta, da ustraju i spriječe vrijeđanje ograničenog djeteta.
- Aktivno uključiti roditelje mlade djece s ograničenjima kao potpune članove tima u planiranju aktivnosti u vrtiću.

Ulazak u redovnu odgojno - obrazovnu skupinu djetetu s poremećajima iz autističnog spektra može predstavljati veliki šok za dijete, što dovodi do još većih pogoršanja socijalnih interakcija. Međutim, ono će napredovati bolje u redovnoj skupini, no potrebno je osigurati mnogo prilika za druženje s drugom djecom.

Interaktivni odnos, osim što je iznimno koristan za dijete s autizmom, pomaže i ostaloj djeci u formiranju njihovih mišljenja i stavova, razvoju empatije, prihvaćanju različitosti te u učenju života s drugima koji nisu uvijek isti kao i oni. U tom kontekstu može se reći da interakcija ne znači samo integraciju djeteta s autizmom u vrtićku grupu, već ona znači dvosmjernan odnos između zdrave djece i djece koja imaju poteškoće u razvoju (Ljubetić, 2001).

Mikas i Roudi (2012) naveli su mnoge prednosti socijalizacije djece s teškoćama u razvoju u ustanovama predškolskoga odgoja (Mikas, Roudi, 2012):

Prednosti za dijete s posebnim potrebama:

1. Dijete ima priliku za učestalo druženje s vršnjacima i realizaciju važnih socijalnih interakcija

2. Među vršnjacima može pronalaziti uzore i oponašati ih u ponašanju i različitim vještinama.
3. Kroz igru i doživljaj uspjeha u igri ono će osnažiti vlastite potencijale, potaknuti osobni rast i ostvariti kompenzaciju za ona područja u kojima ima određenih teškoća.
4. Dijete je u prilici upustiti se u složenije društvene odnose i različite pedagoške aktivnosti (sukladno svojim razvojnim mogućnostima i interesima) koje mu pružaju idealan prostor za učvršćivanje samopouzdanja, razvoj pozitivne slike o sebi i sveukupnu osobnu afirmaciju.

Prednosti za roditelje:

1. Inkluzija djeteta s razvojnim teškoćama u redovitu odgojnu skupinu roditeljima razvija osjećaj kako je njihovo dijete jednako svoj drugoj djeci (premda ima određenih razvojnih specifičnosti).
2. Roditelji stječu uvjerenje kako dijete dobiva iste mogućnosti za razvoj i napredovanje kao i ostala djeca.
3. Oni također dobivaju priliku realnije procijeniti djetetov razvojni potencijal (u odnosu na djecu bez razvojnih teškoća).
4. Dijete s posebnim potrebama roditeljima često budi dodatni motiv i poticaj za emocionalno bogaćenje obiteljskih odnosa i socijalni (društveni) iskorak. Isto tako, ono jača potrebu za dodatnim intelektualnim angažmanom, upoznavanjem s medicinsko-pedagoškim dimenzijama određenog problema i sveukupnim stručnim i osobnim napredovanjem.

Prednosti za djecu u odgojnoj skupini:

1. Djeca iz odgojne skupine razvijaju senzibilizaciju za uočavanje i poštivanje različitosti, što ima direktan pozitivan učinak na razvoj socijalne kompetencije.
2. Ona također razvijaju empatičnost (osjećaj za druge), razumijevanje, shvaćanje i prihvaćanje teškoća.
3. Istovremeno, razvijaju samopoštovanje, osjećaj ponosa i osobne odgovornosti zbog međusobnog pomaganja i suradnje.

Prednosti za odgojitelja:

1. Prisustvo djeteta s posebnim potrebama obogaćuje iskustvo i kreativnost odgojitelja u iznalaženju novih strategija, pristupa i metoda koje vode prema kvalitetnim i učinkovitim rješenjima.
2. Odgojitelju jača potrebu za dodatnom stručnom edukacijom (permanentnim usavršavanjem) i suradnjom s ostalim stručnjacima.

Konačni je cilj da se pomoću djelotvornih socijalnih vještina osnaži njihovo samostalno djelovanje u različitim okruženjima i osposobi dijete za interakciju s drugim ljudima u različitim okruženjima te pruži mogućnost za stvaranje i razvijanje društvenih odnosa.

10. ZAKLJUČAK

Autizam je kompleksan i sveuhvatan razvojni poremećaj koji se javlja već u ranom djetinjstvu, većinom u prve tri godine života, a traje cijeli život. Zahvaća područje komunikacij i socijalnih interakcija. Za osobe s autističnim poremećajem karakteristična su stereotipna ponašanja, aktivnosti i interesi. Djeci i odraslim osoba s autizmom važno je pružiti odgovarajuću podršku, terapiju i osigurati inkluziju. Autistični poremećaj nije prva stvar koju valja uočiti kod osobe. Ono nije i ne smije biti njegova etiketa, nešto što ga određuje. Također, o njemu nije potrebno govoriti iz sažaljenja ili empatije. Potrebno je govoriti o njemu kako bi se otvorila vrata života, kako bi drugi ljudi razumjeli, kako bi se obrazovalo i gradilo prihvaćanje za djecu i odrasle koja žive s autizmom. Autizam nije izbor, no prihvaćanje jest. Autizam nije nemogućnost nego samo drugačija mogućnost.

LITERATURA

1. Američka psihijatrijska udruga (1996). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, četvrto izdanje, DSM-IV, Međunarodna verzija s MKB-10 šiframa*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Ayres, A.J. (2002). *Dijete i senzorna integracija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
4. Barnett, K. (2013). *Iskra – Kako sam u autističnom sinu pronašla genija*. Zagreb: Profil.
5. Bouillet, D. (2010). *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Školska knjiga.
6. Bujas Petković, Z., Frey Škrinjar, J. (2010). Pervazivni razvojni poremećaji – poremećaji iz autističnog spektra. *Paediatrica Croatica*, 54(3), 151-158.
7. Bujas Petković, Z., Frey Škrinjar, J. i sur. (2010). *Poremećaji autističnoga spektra: značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška*. Zagreb: Školska knjiga.
8. Bujas-Petković, Z. (1995). *Autistični poremećaj: dijagnoza i tretman*. Zagreb: Školska knjiga.
9. Daniels, E., Stafford, K. (2003). *Kurikulum za inkluziju: razvojno – primjereni program za rad s djecom s posebnim potrebama*. Zagreb: Udruga roditelja Korak po korak za promicanje kvalitete življenja djece i obitelj.
10. Frith, U. (1994). Autistično dijete ili trijada štetnih utjecaja. U R.Winkel (Ur.), *Djeca koju je teško odgajati*, 204 – 223. Zagreb: Educa.
11. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2012). *MKB-10 –Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema*. Zagreb: Medicinska naklada.
12. Jančec, M., Šimleša, S., Frey Škrinjar, J. (2016). Poticanje socijalne interakcije putem socijalnih priča u dječaka s poremećajem iz spektra autizma. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 52(1), 87-99.

13. Kunstek, M. (1994). Uključivanje obitelji u programe predškolskog odgoja. U: R. Matijević (Ur.), *Zbornik radova, 3. Dani predškolskog odgoja Čakovec '94.* (str. 77-80). Čakovec: Dječji centar.
14. Ljubetić, M. (2001). *Važno je znati kako živjeti, Rano otkrivanje poremećaja u ponašanju predškolske djece.* Zagreb: Alinea.
15. Ljubičić, M. i sur. (2014). *Temeljne informacije o zdravstvenoj njezi osoba s autizmom.* Zadar: Opća bolnica Zadar.
16. Mikas, R., Roudi, B. (2012) Socijalizacija djece s teškoćama u razvoju u ustanovama predškolskog odgoja. *Paediatrica Croatica*, 56(1), 207-214.
17. National Collaborating Centre for Mental Health. (2013). *Autism. The nice Guideline on the Management and Support of Children and young People on the Autism Spectrum.* London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists
18. National Collaborating Centre for Mental Health. (2013). *Autism. The nice Guideline on Recognition, Referral, Diagnosis and Management of Adults on the Autism Spectrum.* London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
19. Nikolić, S. i sur. (1992). *Autistično dijete.* Zagreb: Prosvjeta.
20. Remschmidt, H. (2009). *Autizam. Pojavni oblici uzroci, pomoć.* Jastrebarsko: Naklada Slap.
21. Stošić, J. (2009). Primijenjena analiza ponašanja i autizam – vodič kroz terminologiju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 45(2), 69 – 80.
22. Sunko, E. (2010) Inkluzija djece s autizmom s gledišta odgojitelja. *Školski vijesnik: časopis za pedagošku teoriju i praksu*, 59(1), 1 – 12.
23. Šimleša, S., Ljubešić, M. (2009). Aspergerov sindrom u dječjoj dobi. *Suvremena psihologija*, 12(2), 373-389.
24. Tammet, D. (2009). *Rođen jednog plavog dana.* Zagreb: Fraktura.
25. Udruga za djecu s teškoćama u razvoju „Zvončići“. (2015). *Kako prepoznati autizam*, <http://www.udruga-zvoncici.hr/autizam.html>, Pristupljeno: 17. kolovoz 2018.

Izjava o samostalnoj izradi rada

Ovime potvrđujem da sam osobno napisala rad:

AUTISTIČNI POREMEĆAJ: PRIKAZ SLUČAJA

i da sam njegova autorica.

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

Ime i prezime: Paula Josipović

Datum: 24.9.2018.