

Terapijski pristup autističnom djetetu

Šafarić, Jelena

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:147:480272>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-15**

Repository / Repozitorij:

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



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

**JELENA ŠAFARIĆ
ZAVRŠNI RAD**

**TERAPIJSKI PRISTUP AUTISTIČNOM
DJETETU**

Čakovec, rujan 2018.

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

ZAVRŠNI RAD

Ime i prezime pristupnika: Jelena Šafarić

TEMA ZAVRŠNOG RADA: Terapijski pristup autističnom djetetu

MENTOR: doc. dr. sc. Maša Malenica, dr.med., pedijatar

**SUMENTOR: prim.mr.sc. Marija Hegeduš Jungvirth,
dr. med., pedijatar**

Čakovec, rujan 2018.

Sadržaj	
SAŽETAK	3
1. UVOD	5
2. AUTIZAM	7
2.1. Karakteristike autizma	9
2.1.1. Komunikacija	10
2.1.2. Socijalna interakcija	11
2.1.3. Problemi učenja	12
2.1.4. Stereotipija, ograničeni interesi i aktivnosti	12
2.2. Ostali pervazivni razvojni poremećaji	15
2.2.1. Aspergerov poremećaj	17
2.2.2. Dezintegracijski poremećaj dječje dobi	18
2.2.3. Rettov poremećaj	18
2.2.4. Pervazivni razvojni poremećaj, neodređen (atipični autizam)	19
2.3. Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću	20
2.4. Posebne sposobnosti osoba s autizmom (<i>autistic – savant</i>)	20
3. POVIJEST AUTIZMA	21
4. UZROCI NASTANKA AUTIZMA	23
4.1. Genetski čimbenici	25
4.2. Psihodinamsko tumačenje autizma	26
4.3. Etiološka heterogenost	26
5. TIJEK AUTIZMA	27
5.1. Dijagnoza	28
6. TERAPIJSKI PRISTUP AUTISTIČNOM DJETETU	29
6.1. Programi rane intervencije	30
6.2. Terapija lijekovima	32
6.3. Psihoanalitički pristup	34
6.4. Bihevioralni pristup	35
6.5. Glazbena terapija	36
6.6. Likovna terapija	37
6.7. Terapija igrom	37
6.8. Terapijsko jahanje	37

6.9.	Model RIO – <i>floortime</i>	38
6.10.	Kineziterapija.....	39
6.11.	Programi s vizualnom okolinskom podrškou (TEACCH)	39
6.12.	ABA terapija	40
6.13.	Neurofeedback	40
6.14.	PECS	41
6.15.	Terapija programima ravnoteže mozga	42
7.	ULOGA ODGAJATELJA	45
	ZAKLJUČAK	47
	LITERATURA.....	48
	KRATKA BIOGRAFSKA BILJEŠKA	49

SAŽETAK

Autistični poremećaj, razvojni je poremećaj koji počinje u djetinjstvu i proteže se kroz cijeli život. Najčešće se javlja u prve tri godine djetetova života, a svojom pojavom zahvaća sve psihičke funkcije. Definiran je ometenim simptomima u razvoju, koji uključuju: socijalnu interakciju, komunikaciju, javljanje stereotipija, ograničenih interesa i aktivnosti. Djeca i osobe iz spektra autizma smatraju se „isključenima“ od stvarnog svijeta u kojem žive. Zbog nemogućnosti iskazivanja osjećaja, primanja osjetila i interpretiranja emocija, zatvaraju se u vlastiti svijet u kojem nalaze sigurnost. Zbog takvih ponašanja, osobe s autizmom često su nezadovoljne i nesretne, što utječe na ukupnu kvalitetu njihova života. Kako bismo spriječili iste, važno je što ranije intervenirati, što ranije prepoznati sam poremećaj i postaviti dijagnozu. Tek pravom dijagnozom dijete se može uključiti u terapijske programe pravilne i kontinuirane edukacije i rehabilitacije. Važno je dijete što ranije uključiti u programe rane intervencije i drugih terapija, uključiti ga u društvene zajednice i prilagoditi mu okolinu kako bi ono moglo funkcionirati i napredovati. Pojavom autizma, obitelj djeteta počinje živjeti autizam. Roditelji su oni koji dijete usmjeravaju prema njegovim sposobnostima, potiču ga prema mogućnostima i razumiju u njegovim postupcima. Posebno je važno djetetu osigurati stručni tim čija je povezanost i znanje potaknuti i omogućiti djetetov napredak. Cilj ovog završnog rada je upoznati terapijske pristupe autističnom djetetu i njihovu učinkovitost u praksi. Manjak informacija pružanih na jednom mjestu, potaknuo me da istražim i povežem sve tipove terapijskih pristupa koji mogu pomoći djetetu iz spektra autizma i na taj mu način osigurati kvalitetan život ispunjen zadovoljstvom. Uključivanje djeteta u vrtić jedna je od važnih društvenih intervencija u integraciji djeteta. Kao budući odgojitelj, smatram izuzetnu važnost odgojiteljeva pristupa u integraciji djeteta s autizmom u predškolskoj ustanovi. Odgojitelj je samo jedna od osoba koja kroz svoj rad, svojim postupcima i radom u praksi djetetu s autizmom može omogućiti sretno, zadovoljno i ispunjeno djetinjstvo.

Ključne riječi: autizam, terapija, terapijski pristup, prevencija

SUMMARY

Autistic Disorder is developmental disorder which begins in childhood and extends throughout life. It usually occurs in the first three years of the child's life, and with its appearance it affects all psychic functions. It is defined by defected developmental symptoms which include: social interaction, communication, forming of stereotypes, limited interests and activities. Children and people in the autism spectrum disorder are considered 'excluded' from the real world they live in. Due to the lack of inability to express their feelings, receive their senses, and interpret their emotions, they shut themselves in their own world of security. Because of such behaviors, people with autism are often unsatisfied and unhappy, and this affects the overall quality of their lives. In order to prevent that, early intervention is crucial - it is important to recognize the disorder as soon as possible and set the diagnosis. Only with early and correct diagnosis a child can be involved in therapeutic programs of proper and continuous education and rehabilitation. The child should be included into early intervention programs and other therapies, be part of the community, and be adapted to the environment so that he can function and make a progress. Parents are those who guide and support the child according to his abilities and who understand their child. It is also very important for a child to provide a professional team whose cooperation and knowledge can stimulate and enable the child's progress. The aim of this final thesis is to introduce therapeutic approaches to the autistic child and their effectiveness in practice. The lack of information provided in one place has encouraged me to explore and combine all kinds of therapeutic approaches that can help a child in the autism spectrum to ensure a quality life filled with pleasure. Involving a child in kindergartens is one of the most important social interventions in child integration. As a future educator, I think that educator's approach is central in the process of integrating an autistic child into a preschool institution. Educators are those who, through their work, their actions and practical work can provide a happy, fulfilled and enjoyable childhood to children in the autism spectrum disorder.

Keywords: autism, therapy, therapeutic approach, prevention

1. UVOD

Autizam je složeni neurorazvojni poremećaj (stanje) mozga, koji se definira simptomima u ponašanju koji uključuju: kvalitativno oštećenje društvenih interakcija, kvalitativni poremećaj komunikacije te ograničeno, ponavljajuće i stereotipno ponašanje, interese i aktivnosti. Definicija ga opisuje kao ekstremno osamljivanje i samoizolaciju od vanjskog svijeta, povlačenje od socijalnih kontakata tijekom ranog razvoja, opsesivna potreba za rutinom i nepromjenjivošću okoline, rituali i stereotipno ponašanje (njihanje, mahanje rukama, skakutanje), otpor prema učenju novog ili drukčijeg, teško oštećenje govora, te preokupacija predmetima kojima se koriste na neobičan ili nefunkcionalan način. Djeca i osobe s autizmom imaju velikih teškoća u primanju informacija i interpretiranju istih, zbog čega se veoma teško snalaze u svakodnevnicima te im je potrebna stalna pomoć i podrška roditelja (obitelji), ali i terapeuta i drugih specijaliziranih osoba.

Autizam je poremećaj ponašanja koji sve češće zahvaća velik broj djece. Neka od zadnjih istraživanja pokazuju da je prevalencija autizma oko 1 na 1000 djece, a poremećaja iz autističnog spektra 6-7 na 1000 djece, pri čemu je odnos muških i ženskih bolesnika 4:1. Porast pojavnosti autizma objašnjava se poboljšanim otkrivanjem i prepoznavanjem samog poremećaja, razvijenijom dijagnostičkom praksi, a spominje se i riječ o stvarnom porastu tih poremećaja. Poremećaj može varirati od veoma teškog (stalna ovisnost o drugima – pomoć kod jela, obavljanja nužde i sl.) do blagog poremećaja u senzoričkoj integraciji kod kojeg su djeca i osobe visoko funkcionalni, sposobni za školovanje u redovnim školama, a uz pomoć asistenata mogu dostići i visok stupanj samostalnosti u životu. Javlja se već u prve tri godine djetetova života, zbog čega je važno da stručnjaci, terapeuti te ostale osobe specijalizirane za ovaj poremećaj, svojim savjetima i terapijama pomognu roditeljima, ali i svima onima koji se susreću s autizmom kroz svoj rad (odgajatelji, učitelji) kako bi se oni mogli što lakše nositi s dijagnozom, te kako bi na primjeren način doprinijeli napretku djeteta. (Grgurić, Jovančević i suradnici, 2018.)

Ovim radom odlučila sam povezati svoje dosadašnje iskustvo s autizmom, te ga detaljnije proučiti. Naime, volontirajući 4 godine u „Udruzi za autizam Pogled“ stekla sam mnogo iskustva u području autizma. Upoznala sam mnogo različite djece iz spektra autizma, te njihove roditelje, terapeute i rehabilitatore, polazila edukacije vezane uz isto, te odlučila povezati sve ono poznato i stečeno. Radeći kao pomagač u nastavi dvoje autistične djece imala sam priliku iskusiti život te djece kroz svakodnevne aktivnosti. Svakodnevnim aktivnostima upoznala sam njihov život te način funkcioniranja, otkrila skrivene osjećaje i strahove, važnost rituala u svakodnevicu, te nemogućnost izražavanja mnoštva osjećaja prema drugima. Što smatram velikom podlogom za daljnji rad, ali i iskustvom kojeg smatram važnim u daljnjim susretima s autističnom djecom, te svom ostalom djecom sa posebnim potrebama. Jednako tako mogu spomenuti da veoma važnim smatram samo posvećivanje toj djeci, opuštanje u njihovo življenje, njihove načine gledanja na život oko sebe koji ionako nikada nećemo do kraja upoznati. Djecu i osobe s autizmom možemo shvatiti i prihvatiti jedino tako da se u potpunosti udubimo u njihove poglede na svijet u kojem žive, te da istinskim prihvaćanjem i toplinom pokušamo shvatiti sve ono što se događa kod njih i u njima. Jedino na taj način ih i možemo prihvatiti, ali i donekle shvatiti način njihova funkcioniranja, njihovu veličinu i moć u našem malom svijetu. Samo prihvaćanjem različitog možemo upoznati i prihvatiti različito, te prepoznati pravu veličinu onoga što nas okružuje. Prihativši njihovu različitost možemo upoznati duboko skrivene talente i moći koji se kriju u zatvorenoj djeci.

2. AUTIZAM

Autizam je pervazivni neurorazvojni poremećaj koji se javlja u ranom djetinjstvu (do 3. godine života) ili pri samom rođenju djeteta. Oštećuje gotovo sve psihičke funkcije, i traje cijeli život. Autizam označava karakteristično promijenjeno ponašanje u svim područjima središnjeg živčanog sustava: socijalnom, intelektualnom, emotivnom, motoričkom i perceptivnom. Definiira se simptomima u ponašanju koji uključuju: kvalitativno oštećenje društvenih interakcija, kvalitativni poremećaj komunikacije te ograničeno, ponavljajuće i stereotipno ponašanje, interese i aktivnosti. (Grgurić, Jovančević i suradnici, 2018.)

Autizam se opisuje kao ekstremno osamljivanje i samoizolacija od vanjskog svijeta, povlačenje od socijalnih kontakata tijekom ranog razvoja, opsesivna potreba za rutinom i nepromjenjivošću okoline te svakodnevnim ritualima, postojano stereotipno ponašanje (mlataranje rukama, skakanje, njihanje i sl.), otpor prema učenju novog, postojanost teškog oštećenja govora, te preokupacija predmetima kojima se koriste na neobičan ili nefunkcionalan način. Djeca i osobe s autizmom imaju velikih teškoća u interpretaciji primljenih informacija iz okoline, zbog čega se veoma teško snalaze u svakodnevnicu.

Kao primjer možemo spomenuti odlazak u trgovinu, koji nama ne predstavlja nikakav problem i čini našu svakodnevnicu, dok kod osoba s autizmom može prouzročiti velike probleme, agresivne ispadaje i sl. Zbog niza prikupljenih informacija koje njihov mozak ne može interpretirati u jednom trenutku, javljaju se promjene u njihovom mozgu, koji prema tome uzrokuje popraćena ponašanja. Zbog vrlo velike i neuobičajene osjetljivosti djeteta mnoštvo informacija koje je primilo (a prima ih svaku posebno), ne može interpretirati u cjelinu. Ono svaku informaciju osjetila gleda zasebno, dok su naša osjetila te informacije prihvatila i mi ih ni ne primjećujemo, npr.: zvukovi (zvuk kolica, zvukovi na blagajni, zvuk mašine za rezanje mesa, zvuk rada frižidera, buka kupaca u dućanu, zvukovi obavijesti koji se protežu dućanom, i sl.), senzorni podaci (svjetla, mnoštvo boja, sjene ljudi, brzi pokreti ljudi, jarke boje cijena, reklamni plakati i sl.), različiti mirisi i sl. Što objašnjava činjenicu da djeca s autizmom imaju znatne životne teškoće koje im stoje na putu kod uspostavljanja komunikacije i socijalnih odnosa, u

stjecanju iskustava, znanja i vještina. Autizam zaustavlja dijete da razvije normalnu komunikaciju i da ostvari uobičajene društvene odnose. Djeca s autizmom vide, čuju, dodiruju, ali te utiske teško mogu sklopiti u smislenu cjelinu. Zbog čega se povlače u svoj svijet, u kojem nalaze sigurnost. Zatvaranjem u vlastiti svijet javlja se izoliranost od druge djece i ljudi, te njihova zaokupljenost interesima i opsesivnim radnjama koji se neprestano ponavljaju.

„Autizam je nelagoda i povučенost u sebe, barijera u odnosu prema drugima, ali i nelagoda za odnosom, no istodobno i strah od njega. Autizam je nesposobnost da se u sebi pronađu razlozi vlastita postojanja, da se izgradi minimalna sigurnost nužna u sučeljavanju s vanjskim svijetom.“ (Giovanni Jervis)

Autizam je „ekstremno osamljivanje i samoizolacija“ koje možemo prepoznati povlačenjem od socijalnih kontakata već tijekom vrlo ranog razvoja (odsutnost pogleda majke u dojenačkoj dobi). Opsesivna potreba za dnevnim rutinama, ritualima, nepromjenjivošću okoline, te preokupacija predmetima kojima se koriste na neobičan ili nefunkcionalan način, otpor prema učenju novog, te stereotipna ponašanja (njihanje, skakutanje na mjestu, mlataranje rukama). Teško oštećenje govora koje je također dio autizma, kod nekih dovodi do mutizma, a kod drugih do nefunkcionalnog govora. Nefunkcionalni govor uključuje: eholaliju, perservaciju, stereotipni ili metaforički govor i neadekvatnu upotrebu zamjenica. (Nikolić, Begovac, B., Begovac, I., Bujas-Petković, Matačić, Mitrović, 1992.)

Iznošenjem podataka roditelja o djetetu i njegovu ranu djetinjstvu, u nekim slučajevima roditelji navode da su prve poteškoće uočili nakon hospitalizacije, nakon neke veće promjene ili većeg stresa, nakon dulje majčine odsutnosti, poslije visoke temperature ili cijepjenja. No u često se slučajeva, kasnije, retrogradnim utvrđivanjem simptoma ustanovi da je dijete imalo problem i ranije, već od najranije novorođenačke ili dojenačke dobi, a neki od češćih simptoma koji to pokazuju su odbijanje dojke, poremećaji spavanja ili hranjenja, ne uspostavljanje kontakata s majkom (a ni s ostalima). Poznata je i činjenica da neka autistična djeca imaju razdoblje potpuno normalnog razvoja i da zatim postupno ili iznenada dolazi o velikih psihičkih promjena.

Kod nekih se od početka nadziru znatna odstupanja od normale, koje u početcima mogu biti minimalne, a kasnije sve veće.

Među djecom s autističnim poremećajem postoje velike individualne razlike: neka su djeca s izrazitim teškoćama funkcioniranja kod koje prevladava niska intelektualna razina, niska emocionalna zrelost, nerazvijen govor, te veća izraženost autističnog poremećaja. Dok su druga djeca „visoko funkcionalni autisti“ kod kojih se javljaju znatno visoka funkcionalnost u određenim područjima (kreativnost, matematika, fizika i sl.).

Autistični poremećaj sa sobom nosi i neke negativne posljedice. Bez obzira na dob, kod autistične se djece javljaju agresivnost, autoagresivnost i destruktivnost. Uzroci takvog ponašanja mogu biti različiti; to može biti način ne razumijevanja okoline ili način izražavanja vlastite tuge, boli ili očaja, ili jednostavno način izražavanja. Zbog ovakvih oblika ponašanja, koji su teški i za dijete ali i za njegovu okolinu, potrebno ih je prevenirati, koliko god je moguće, te okolinu djece s autizmom upoznati o tom stanju i posljedicama istog.

2.1. Karakteristike autizma

Svako je dijete, bez obzira na autizam, jedinstveno i posebno, individua za sebe, baš kao i sva druga djeca. No sva djeca u spektru autizma imaju nešto zajedničko, nešto što ih povezuje i što određuje njihov „autizam“. To su zajedničke karakteristike koje su podijeljene u četiri osnovne kategorije:

- Komunikacija
- Socijalna interakcija
- Problemi učenja
- Stereotipija, ograničeni interesi i aktivnosti

Svi imaju velikih poteškoća u komunikaciji (govorna ili negovorna) s okolinom, u socijalnoj interakciji (zatvaraju se, izoliraju, izbjegavaju kontakte), kod učenja, te u

obavljanju aktivnosti i izražavanju vlastitih ograničenih interesa, te postojanoj stereotipiji koja ih prati.

2.1.1. Komunikacija

Izostanak govora, zakasnjeli ili manjkav govor prvi su znakovi javljanja autističnog poremećaja. Često je baš govor razlog roditeljeva javljanja liječniku i simptom koji ukazuje da nešto „nije u redu“, da nešto nije uobičajeno. Većina autistične djece kasnije i progovori. Ona zapravo znaju i mogu govoriti, ali je njihov govor nedovoljno razvijen za svakodnevnu komunikaciju s okolinom. Poneka djeca već do treće godine imaju razvijen govor, a zatim nakon pojave autizma iznenada ili postepeno prestaju govoriti ili im govor jako osiromaši. Ima djece koja govor ne upotrebljavaju na adekvatan način, ili ga izbjegavaju upotrebljavati. Neki pojedinci imaju bogat vokabular s nedostacima na području socijalne upotrebe govora, dok se drugi uopće ne izražavaju riječima.

Teškoće u neverbalnoj komunikaciji često su popraćene neprimjerenim izrazima lica, neuobičajenom upotrebom gesta, neobičnim položajima tijela, izostankom uspostavljanja kontakata očima, pomanjkanjem fokusiranja pažnje. Zaostaju u vještini ekspresivnog govora.

Kod onih čiji je govor razvijen, javljaju se znatne razlike u usmenom govoru, poput neobične intonacije, neobičnih naglasaka i ritma govora, neuobičajenog tempa od normalnog (brži ili sporiji), djeca s autizmom također riječi izgovaraju monotono ili pjevno. Rječnik im je ograničen, obično prevladavaju imenice, ograničen je i u socijalnim funkcijama te u odnosu na zahtjeve. Autistična djeca veoma često upotrebljavaju i eholaličan govor, neposredno ili naknadno doslovno ponavljaju govor drugih, iako izgleda kao besmisleno, to je jedan od njihovih načina uspostavljanja komunikacije. Eholaličnim govorom autistična djeca također žele ukazati na sposobnost govorenja i oponašanja. Djeca s autizmom sklona su čestom ponavljanju tema, ona često neprekidno raspravljaju o određenoj temi za koju su iskazali veliki interes, kod promjene tema, već je postojana mogućnost javljanja teškoća. Kod sistematičnosti

razgovora javljaju se problemi iniciranja komunikacije, nesposobnost održavanja konverzacije o određenoj temi, teškoće u primjeni nepisanih pravila, neprimjerena upadanja u riječ i sl.

2.1.2. Socijalna interakcija

Osobe s autizmom, između ostalog, imaju nedovoljno razvijene socijalne vještine, često im nedostaje intuicija ili osjećaj za druge ljude iz njihova okruženja. Nedostatak socijalnih vještina počinje se javljati već u ranom djetinjstvu kad bebe s autizmom rijetko odgovaraju na poziv vlastitim imenom, pokazuju manju pažnju na socijalnu stimulaciju, te dok pogledom ili osmijehom izražavaju jako malo gesta. Nema kontakata očima (ili ih ima suviše), prisutna je slabija upotreba govora tijela, te nisu skloni korištenju tuđe ruke ili dijela tijela kao alatom. Često ne vole dodire, ponekad je prisutna i neobična osjetljivost na dodire. Mnoga djeca i osobe s autizmom ne izbjegavaju kontakt pogledom u oči, već za to nemaju interesa. Naime, oni mogu dugo gledati u neku osobu, ali ne sa svrhom ostvarivanja socijalnih kontakata. Jednako tako, djeca s autizmom ne reagiraju na tuđe emocije, ona neće neverbalno komunicirati, neće spontano prilaziti drugima ili pokušati ostvariti socijalnu interakciju. Međutim, često razvijaju osjećaj privrženosti sa osobama koje su im bliske (roditelji, braća, obitelj, asistenti u školi i sl.).

Malo je vjerojatno da će osobe s autizmom prepoznati neizgovorene signale (bilo da su nepoželjni ili dobrodošli), teško razumiju socijalne znakove i ono što drugi misle. Ne znaju kako odgovoriti na emocije drugih, pa ponekad reagiraju na neodgovarajući način. Često ne razumiju socijalne situacije, mogu biti predmet ismijavanja ili zlostavljanja jer ih se doživljava različitima ili socijalno nespretnima. Imaju nefleksibilne stavove i mišljenja. Igra kod djeteta s autizmom znatno je drugačija nego kod ostale djece, one nemaju maštu i kreativnost. Igre su im stereotipne jer imaju smanjenu sposobnost imitacije. Ni u igri ne imitiraju životne situacije (kao što to ostala djeca rade), pa zbog toga njihovoj igri često nedostaje domišljatost društvene igre. Autistično dijete igra se gledajući vlastite ruke, uvijek na isti način, okreće ih, približava i udaljava od lica.

Određenim se igračkama koriste na nefunkcionalan i besmislen način (igra autićem – okretanje jednog kotačića na autu). Za određene se predmete posebno vezuju i neprestano ih nose sa sobom.

2.1.3. Problemi učenja

Kod osoba s autizmom mogući su nedostaci u većini kognitivnih funkcija. Zbog toga što je psihološko – obrazovni profil osoba s autizmom različit od odgojno – obrazovnog pojedinca čiji je razvoj nesmetan i normalan.

Djeca s autizmom nemaju razvijenu sposobnost planiranja, organiziranja i rješavanja problema. Imaju nedostatno obraćanje pažnje na relevantne upute, informacije, praćenje višestrukih informacija i sl. Prisutne su teškoće u socijalnoj spoznaji, teškoće pri formiranju mišljenja i apstraktnog zaključivanja.

Osobe s autizmom povezuju, uče, i pamte „razmišljajući u slikama“. Kod učenja, lakše će upamtiti i naučiti određene informacije ukoliko ih preoblikuju u vizualno, ističu se u rješavanju vizualno – spacijalnih i perceptivnih zadataka, te zadataka koji podrazumijevaju sklapanje. I kod određenih aspekata govora, fonologije, rječnika, jednostavne gramatičke strukture, numeričkog računanja mogu pokazati jaku stranu, no unatoč tim aspektima javljaju se teškoće u provedbi razgovora, te upotrebi govora u socijalnom smislu. Iako im numerička računanja ne predstavljaju problem, rješavanje matematičkih problema može im zadati velike probleme. (Hudson, 2018.)

2.1.4. Stereotipija, ograničeni interesi i aktivnosti

Stereotipija je neprekidno, ponavljajuće, ritualno, besmisleno kretanje, stav ili izražavanje koje se javlja kod osoba s autizmom. Stereotipija može uključivati jednostavne pokrete; poput drhtanja tijela, mlataranja rukama i sl. ili složene pokrete kao što su stupanje na mjestu, križanje nogu i sl. Specifičnost autističnog poremećaja je

u inzistiranju jednoličnosti i nepromjenjivosti. Osobe s autizmom se opiru promjenama, uvijek ispostavljaju isti red, za sve postoji točno određeno vrijeme i mjesto. Ukoliko ih se spriječi u njihovim ritualima i rutinama, oni se opiru, uznemiruju i negoduju. Neobična i karakteristična ponašanja osoba s autizmom uključuju stereotipne i repetitivne motoričke manirizme (hodanje na nožnim prstima, udaranje rukom, mlataranje rukom, ljuljanje, okretanje, lupanje po predmetima i sl.), zaokupljenost određenim dijelovima predmeta (pr. kotačić autića) te oduševljenje pokretom (okretanje kotačića, vijka, olovke i sl.). Pokazuju neobične reakcije na senzorne poremećaje, te inzistiraju na postojanosti, opiru se promjenama i nesvakidašnjim situacijama.

Poštovanje reda i rutine veoma je važno kod osoba u autističnom spektru, oni vole rutine, raspored i redosljed. Imaju vlastite rutine i na taj se način i sami organiziraju, puteve kojima se svakodnevno koriste, uvijek slijede na jednak način. Vole sjediti na istome mjestu, i uvijek u određeno vrijeme na određenom mjestu raditi radnje kao i prošli put (ili uvijek), rutine su mogućnost njihova planiranja, daju im sigurnost i otklanjaju stres.

Ne vole promjene i nepredvidive situacije, iznenadne promjene veoma iz uzbuđuju. Primjerice, radeći kao pomagač u nastavi susrela sam se sa mnogim „situacijama“ u kojima je dijete na neprihvatljiv način reagiralo na promjene, koje nama zapravo nisu ni primjetne. Na satu matematike svakodnevno smo pisali naslov u bilježnici. Naslov je uvijek bio pisan crvenom bojom i velikim tiskanim slovima (2.razred). Jednoga je dana učiteljica neprimjetno naslov napisala malim tiskanim slovima, čime je nesvjesno promijenila učenikov ritual. Ovakva promjena bila je popraćena agresivnim napadajima.

Organiziraju predmete na precizan ili poseban način, ukoliko se njihov red promijeni, biti će veoma uznemireni. Primjerice, učenik bi svakodnevno u školi izvadio sve bojice (iako je koristio samo jednu), te ih sve redom organizirao u pernici.

Djeca s autizmom mogu imati neobične pokrete tijela koji se ponavljaju (tikove), a koji su naglašeni u stresnim situacijama. To su obično zamahivanje glavom i sl.

Djeca i učenici s autizmom često slijede određene teme kojima se bave, imaju poseban interes koji je često vezan uz vrlo usku problematiku. Takve teme svaki put iznova istražuju s oduševljenjem, i neobično puno pamte o njima.

Autizam uza sebe veže i pojedine motoričke teškoće, te teškoće s motoričkom koordinacijom. Probleme s grubom (krupnom) motorikom (održavanje ravnoteže, hvatanje lopte, vožnja bicikla, trčanje), ali i s finom motorikom (pisanje, rezanje škarama, vezanje i sl.)

Mogu biti neobično preosjetljivi ili neosjetljivi na određene poticaje, poput svjetla, okusa, zvuka, dodira i mirisa.

U odgojno obrazovnim ustanovama ili školi, teško im je raditi s drugima, teško prihvaćaju kompromis, imaju teškoća pri razumijevanju gledišta drugih osoba, teško predviđaju situacije drugih, imaju problema pri dijeljenju onoga čime raspolažu i dr.

Učenici s autizmom mogu imati problema s depresijom. Često shvaćaju činjenicu da su drugačiji od ostale djece i postaju svjesni toga. Društvo ih često odbija u igri ili aktivnostima što kasnije vodi nezadovoljstvu, izdvajanju i stvaranju samoizolacije.

Istražujući sve ove teškoće, probleme, reakcije i nemogućnosti koje autizam nadmeće svima onima koji ga „nose“ pretpostavljam da život s autizmom nimalo nije jednostavan ni lagodan. Djeca i osobe iz autističnog spektra s autizmom i njegovim posljedicama susreću se svakodnevno u svakom trenutku. To neobično stanje i funkcioniranje mozga, određuje im život. Svakodnevno susretanje sa izazovima, borbu sa strahovima, te suočavanje sa nečim novim. Djeca koja nose autizam veoma su hrabra. Ona zbog autizma svakodnevno proživljavaju nama nezamislivo. Naime, autizam ne biramo sami. On bira nas. Nitko s autizmom ne određuje put njemu, već sve određuje sam autizam. Autizam je način života. Život s autizmom je prilagodba njemu, prilagodba svakom trenutku koji slijedi susrećući se s autizmom. To stanje određuje način života pojedinaca, njihove aktivnosti i način života.

Susrevši se sa osobama s autizmom kao i sa njihovim funkcioniranjem u svakodnevici, u obavljanju zadataka, obaveza, u njihovom odgojnom i obrazovnom sustavu, veoma važnim smatram educiranje osoba koje stoje uz tu djecu. Roditelji, odgojitelj, učitelji, pomagači u vrtiću ili školi, moraju biti educirani od strane stručnjaka kako bi mogli razumjeti sve ono što se toj djeci svakodnevno događa. Jednako tako, isto kao i djeci, i njihovim roditeljima te odgojiteljima/učiteljima potrebno je pružiti podršku, stajati uza njih, pomagati im, podupirati ih u odlukama te im davati savjete. Samo okupljenim timom oko sebe takva djeca mogu uspjeti, mogu veoma napredovati i pokazati sve ono što mogu, pa čak i više od toga. Samo na taj način mogu pokazati skrivene talente koje čuvaju duboko u sebi, skrivenu ljubav prema drugima koju ne znaju kako iskazati, a to i jest najveći dio svakog života. Jedino tako oni mogu iskusiti pravi smisao života, i sreće življenja.

2.2.Ostali pervazivni razvojni poremećaji

Pervazivni razvojni poremećaji (poremećaji iz autističnog spektra) velika su i etiološki raznolika skupina poremećaja rane dječje dobi nepoznate etiologije koja uključuje organske čimbenike (genetske, biokemijske, imunološke, ali i psihogene). Glavni predstavnik te skupine poremećaja jest autizam, odnosno autistični poremećaj. Autistični poremećaj ključan je u skupini razvojnih poremećaja, prototip je i sinonim za sve pervazivne razvojne poremećaje. Pervazivni razvojni poremećaji teška su oštećenja rane dječje dobi u tri područja razvoja; razvoju socijalne interakcije, komunikacije (verbalne i neverbalne), te postojanje ograničenih interesa, aktivnosti i stereotipnih ponašanja. Samom pojavom i sve većim brojem pervazivnih razvojnih poremećaja, postignut je velik napredak u dijagnostici, terapiji i rehabilitaciji na području dječje psihe. Iako je glavni predstavnik ove skupine poremećaja autizam, svi ovi razvojni poremećaji su zasebni i drugačiji, zbog čega se u praksi klasificiraju u posebne dijagnostičke kategorije.

DSM-IV (*Diagnostical and Statistical Manual od Mental Disorders*) pervazivne razvojne poremećaje pod šifrom F84. dijeli u sljedeće potkategorije (Remschmidt, 2009.):

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

Tablica klasifikacije pervazivnih razvojnih poremećaja (poremećaji autističnog spektra, infantilnih psihoza) prema 9. i 10. međunarodnoj klasifikaciji bolesti, ozljeda i uzroka smrti (MKB-9, 1978.; MKB-10, 1992.)

MKB-9
<p>299. psihoze s uzorkom specifičnim za dječju dob</p> <p style="padding-left: 20px;">299.0 infantilni autizam (dječji autizam, infantilna psihoza, Kannerov sindrom)</p> <p style="padding-left: 20px;">299.1 dezintegrativna psihoza (Hellerov sindrom)</p> <p style="padding-left: 20px;">299.8 drugo (atipična psihoza)</p> <p style="padding-left: 20px;">299.9 neoznačeno (dječja shizofrenija)</p>
MKB-10
<p>Pervazivni razvojni poremećaji</p> <p style="padding-left: 20px;">F84.0 autizam u djetinjstvu</p> <p style="padding-left: 20px;">F84.1 atipični autizam</p> <p style="padding-left: 20px;">F84.2 Rettov poremećaj</p> <p style="padding-left: 20px;">F84.3 drugi dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu</p> <p style="padding-left: 20px;">F84.4 hiperkinetski poremećaj povezan s duševnom zaostalošću i</p>

stereotipijama

F84.5 Aspergerov poremećaj

F84.8 ostali poremećaji razvoja u djetinjstvu

F84.9 nespecifični pervazivni razvojni poremećaji

2.2.1. Aspergerov poremećaj

Aspergerov poremećaj nazvan „autističnom psihopatijom“, ili „shizoidnim poremećajem“ u djetinjstvu je jedan od pervazivnih razvojnih poremećaja, klasificiran pod brojem F84.5. Aspergerov poremećaj ozbiljan je kronični neurorazvojni poremećaj koji se očituje ozbiljnim teškoćama u socijalnim interakcijama, naglašenim ograničenim interesima, te problemima neverbalne komunikacije. Aspergerov poremećaj se dobro razvijenim govorom i dobrim kognitivnim sposobnostima razlikuje od autizma i ostalih pervazivnih razvojnih poremećaja. Djeca s Aspergerovim poremećajem imaju uredan rani razvoj, psihomotorni razvoj i sve ostale vještine razvijaju im se u očekivanom razdoblju, ili čak i prije. Unatoč urednom razvoju u ranoj dobi, najveći deficit manifestira se u motorici i u socijalnim interakcijama. Djeca s Aspergerovim poremećajem svojim se interesima ističu među vršnjacima, pomalo su neobična i upadljiva. Unatoč dobro razvijenom govoru, u području komunikacije javljaju se neobična ponašanja i smetnje, djeca su asocijalna, ponekad naivna, neprikladna i neobična. Govor im je monoton i neobično moduliran. Osjetljivi su na kritike i emocionalno indiferentni na druge. Također, jedan od prvih pokazatelja poremećaja je i neobičan kontakt očima (oči u oči) kao i nezainteresiranost za društvo vršnjaka što ukazuje na oštećenje socijalnih interakcija u koje uključujemo i neobično držanje tijela i geste kojima se uspostavljaju socijalne interakcije. Aspergerov poremećaj ozbiljan je poremećaj koji izaziva velike nesposobnosti i ograničenja, traži rane intervencije i dugotrajnu stručnu pomoć djeci i osobama. Zbog njihovog drukčijeg pogleda na svijet i doživljavanja istog, potrebna im je cjeloživotna pomoć i podrška. (Bujas Petković, Frey Škrinjar, 2010.)

2.2.2. Dezintegracijski poremećaj dječje dobi

Dezintegracijski ili dezintegrativni poremećaj, često nazvan i dezintegrativnom psihozom, Hellerovim sindromom ili dječjom demencijom, klasificiran je pod brojem F84.3. Dezintegrativni poremećaj opisuje se kao poremećaj koji se javlja nakon ranog djetinjstva, između treće i pete godine života, nakon potpuno zdravog razdoblja. Prvi ga je opisao austrijski psihijatar Theodor Heller 1908.godine, nazvavši ga „*dementia infantilis*“. Pojavom ovog poremećaja mijenjaju se gotovo sve psihičke funkcije. Dijete prestaje govoriti, ali i komunicirati na bilo koji način. Prestaje pratiti zbivanja u okolini, zaboravlja sve dosad naučene vještine. Ono počinje živjeti „ispočetka“. Dezintegracijski poremećaj dječje dobi vrlo je težak poremećaj, no veoma je i rijedak. Ovaj se poremećaj obično pojavljuje u akutnoj fazi u obliku konfuzije, dijete svojim povlačenjem i hiperaktivnošću, te regresijom svih psihičkih funkcija ukazuje na promjene u ponašanju. Djeca u kraćem periodu postaju nezainteresirana za okolinu, ne reagiraju na vanjske stimulanse i potpuno su izgubljeni u svijetu u kojem žive. Govor im postaje siromašan, ili ga čak gube do potpunosti, ne razumiju tuđi govor i sl. Gubi se i prije uspostavljena normalna inteligencija, javljaju se česte stereotipije. Gube se stečena znanja i vještine, razvijena igra i motoričke vještine. Djeca mogu postati razdražljiva, negativistična, anksiozna i sl. Uzroci samog poremećaja nisu poznati, no postoji činjenica da se poremećaj ponekad katkad pojavljuje nakon preboljelih ospica, encefalitisa ili drugih nespecifičnih febriliteta. (Bujas Petković, Frey Škrinjar, 2010.)

2.2.3. Rettov poremećaj

Rettov poremećaj klasificiran pod brojem F84.2, progresivni je neurorazvojni poremećaj koji se pojavljuje od šestog do osamnaestog mjeseca života, isključivo kod djevojčica. Rettov poremećaj prvi je opisao bečki pedijatar Andreas Rett 1966. godine kao progresivnu encefalopatiju, manifestacijom triju simptoma: autističnim ponašanjem, intelektualnim propadanjem i progresivnom ataksijom. Istražujući godinama unatrag, otkrivena je činjenica kako je ovaj poremećaj uzrokovan mutacijom gena. Prevalencija

je jedno na 15 000 živorođene novorođenčadi ženskog spola. Poremećaj se pojavljuje oko šestog mjeseca zdrave novorođenčadi. Djeca su obično mirna i ne izrazito napredna. Majke često uočavaju različitost djeteta, ali ne i simptome. Jedan od jasnijih simptoma javlja se nakon šestog mjeseca rođenja, zastoje u psihomotornom razvoju. Dijete postaje nezainteresirano za okolinu, postaje usporeno, psihički se mijenja. Počinje se zatvarati, ako je prethodno počelo puzati, ono prestaje zbog gubitka ravnoteže, pa kasni i stajanje na nogama. U dobi od godinu i pol Rettov poremećaj jasno je vidljiv, djeca su intelektualno propala, izgubila su interes za okolinu, loše komuniciraju i zastaju u razvoju fine i grube motorike, gube sve prethodno stečene funkcije. Kasnije se počinju javljati i stereotipna ponašanja, te djeca vrište bez razloga.

2.2.4. Pervazivni razvojni poremećaj, neodređen (atipični autizam)

Atipični autizam, ujedno nazvan i atipičnim razvojem ili atipičnom psihozom, poremećaj je klasificiran brojem F84.1. Atipični autizam uključuje širok raspon poremećaja koja se javljaju u ranoj dobi i odstupaju od normalnog razvoja, a u kojima poremećaj ličnosti nije dubok kao u autizmu. Atipični autizam može sadržavati neka obilježja autističnog poremećaja, a može sadržavati i obilježja pojedinih stanja (atipični razvoj). Ima obilježja autizma, ali ne zadovoljava sve dijagnostičke kriterije. Jednako kao i u autizmu, djeca se povlače u sebe, ulaze u svijet fantazija, ne razvijena komunikacija, javljaju se stereotipije, rituali, ne razvijeni kontakt oči u oči, ponašanja su popraćena ljutnjom, provalama anksioznosti ili ravnodušnošću. Uzroci nastanka atipičnog autizma mogu biti biološki i/ili psihološki čimbenici. Osnovna razlika između autističnog poremećaja i atipičnog autizma je u neispunjavanju svih zadanih dijagnostičkih kriterija ili razlikovanje po životnoj dobi pojavljivanja (poremećaj se javlja nakon treće godine). (Bujas Petković, i suradnici, 2010.)

2.3. Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću

Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću ili ADHD (*engl. Attention deficit hyperactivity disorder*) jedan je od češćih neurorazvojnih poremećaja koji obuhvaća heterogenu etiološku skupinu djece i adolescenata. Karakteriziraju ga dominantna hiperaktivnost, impulzivnost i nedostatak pozornosti. ADHD se definira kao trajni obrazac ponašanja obilježen poremećajem pozornosti i/ili hiperaktivnošću ili impulzivnošću koji nije sukladan razvojnome stupnju djeteta ili osobe. Jedan je od najčešćih neurobiheviornalnih poremećaja dječje dobi, koji se nastavlja u adolescenciji i odrasloj dobi, ne razlikuje se s obzirom na različite rase, kulture ili socioekonomske sredine. Uzrok poremećaja još nije otkriven. Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću najčešće se manifestira odlaskom u školu, gdje je jasno primjetno odvratanje pozornosti perifernim događanjima, gubljenjem stvari, dezorganizacijom, teškoćama u svladavanju zadataka. Hiperaktivnost je popraćena teškoćama pri sjedenju na jednom mjestu, te nemirom ruku i nogu, čestim vrpolygonjem, skakutanjem i sl. Dok se impulzivnost može očitovati već u ranoj dobi, kroz znakove nestrpljivosti, upadanjem u tuđe aktivnosti, ali i samoozljeđivanjem. (Grgurić, Jovančević i suradnici, 2018.)

2.4.2.4. Posebne sposobnosti osoba s autizmom (*autistic – savant*)

Autistic savant ili *idiot savant* nazvane su osobe iz spektra autizma, sa posebnim sposobnostima. *Savant* je riječ francuskog podrijetla a označava učenu osobu. Iako su takve osobe rijetko bile otkrivene i smatrale su se „čudom“, u današnje vrijeme takvi slučajevi su češći iako su još uvijek rijetki. Iznimne sposobnosti mogu se javiti i u zdravih osoba i u osoba s intelektualnim oštećenjem i autizmom. Češće se javljaju kod osoba s autizmom. Specifične sposobnosti javljaju se u različitim područjima: matematici, umjetnosti, glazbi, pamćenju, izračunavanju kalendara, mehaničkim sposobnostima i dr. Takva djeca s autizmom i talentom imaju povišenu razinu serotonina u krvi, za razliku od ostale djece s autizmom. Postoji i biološka povezanost

koja ukazuje na to da braća, sestre i roditelji imaju slične sposobnosti. Talenti se počinju primjećivati već u drugoj, najkasnije trećoj godini, a već nakon godinu-dvije dosegnu svoj vrhunac. Razvojem drugih sposobnosti i socijalizacijom, darovitost često može izgubiti intenzitet. Film „*Kišni čovjek*“ jedan je od prvih susreta šire javnosti s autizmom, a predstavlja autističnu osobu sa specifičnim sposobnostima: pamćenjem i matematičkim sposobnostima. U ovom se filmu možemo susresti sa svim zapanjujućim mogućnostima takvih talenata. Vlastitim iskustvom upoznala sam djevojčicu koja uključuje na isto. Naime, ona je djevojčica koja se izražava iznimno kreativno unatoč svim svojim motoričkim teškoćama. Također, svira klavir bez naučene ijedne note, ne poznaje glazbenu abecedu, notne zapise i sl. ali svaku pjesmu koju čuje, može odsvirati što je zaista začuđujuće i nevjerojatno. (Bujas Petković, i suradnici, 2010.)

3. POVIJEST AUTIZMA

Povijest autizma tema je koju još uvijek istražuju mnogi znanstvenici i psiholozi. Velik broj autora koji su ili još uvijek proučavaju i istražuju autizam, razvili su brojne pretpostavke i teorije o ovom poremećaju ponašanja. No, unatoč mnogim istraživanjima, uzrok autizma još je uvijek nepoznat. Početkom 19. stoljeća bili su izolirani pojedini slučajevi male djece s teškim mentalnim poremećajima koji su ujedno uključivali i velike poremećaje u razvoju. Prema istraživanja, 1867. psihijatar H. Maudsley skrenuo je pažnju na slučajeve male djece koja pokazuju izoliranost, teške mentalne poremećaje i znatne poremećaje u razvoju. Kasnije su se slični slučajevi sve češće prepoznavali, a vodili bi se dječjim psihijatrijskim stanjima. Počeci autističnog poremećaja javljaju se od 1905. godine kada je Sancte de Sanctis opisao demenciju prekocisimu, psihozu rane dječje dobi koja uzrokuje sveukupno intelektualno i psihičko osiromašenje djeteta koje je prethodno bilo psihički zdravo. Do onda su ih smatrali i tretirali kao mentalno retardirane. Eugen Bleuer 1911. godine razvio je pojam „autizam“, opisuje ga kao jedan od osnovnih pojmova shizofrenije. Neki od simptoma koji ukazuju na autizam su:

povlačenje u vlastiti svijet, postupno smanjivanje socijalne interakcije s ljudima u okruženju, zatvaranje od svijeta i sl.

1943. godine američki dječji psihijatar Leo Kanner (John Hopkins hospital, Baltimore, SAD), pod naslovom „Autistični poremećaji afektivnih veza“ opisuje jedanaest slučajeva u kojima djeca izgledaju tjelesno zdrava, ali pokazuju karakteristične smetnje pri komunikaciji i govoru. Navodi da ta djeca već od najranijeg djetinjstva imaju probleme sa stupanjem u kontakt s okolinom. Te da imaju problema sa verbalnom i neverbalnom komunikacijom. Taj je poremećaj nazvao infantilnim autizmom, naglasivši kako se prvi simptomi javljaju unutar prvih 30 mjeseci života, s periodom normalnog razvoja ili bez njega. Uzrokom nesposobnosti razvoja komunikacije smatra hladno i odbijajuće držanje majke prema djetetu. Međutim, obzirom na činjenicu da je dvoje djece u pubertetu dobilo epileptičke napadaje, a u troje su nađeni blaži neurološki ispadi, isključivo psihogeni čimbenici mogli su biti isključeni. Opisuje ih djecom koja su „sama sebi dovoljna“, „žive kao u nekoj školjci“, „najsretnija su kad ih se ostavi na miru“, „ponašaju se kao da nitko nije prisutan“, „pružaju dojam tihe mudrosti“...

Ne znajući za Kanneru, njemački psihijatar Hans Asperger 1944. godine opisuje sindrom „autistična psihopatija“, poremećaj veoma sličan današnjem autizmu. Za razliku od Kanneru on navodi kako neki slučajevi nemaju određenih smetnji u govoru te ne zaostaju u kognitivnom razvoju. Dok Kanner navodi kako djeca uopće ne govore ili zaostaju u govoru zbog nedovoljno razvijenih jezičnih sposobnosti. Oba se autora koriste nazivom „autizam“ te navode da su stereotipno ponašanje, društvena izolacija i otpor prema rutini glavne karakteristike autizma. Dječji psihijatar Leo Kanner 1969. godine službeno objavljuje kako je autizam urođena zdravstvena smetnja, te da roditelji nisu uzrok razvoju simptoma autizma kod djece.

1972. godine Eric Schopler osniva program TEACCH (*The Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children*) koji se bavi osobama s autizmom, sve od početaka i uspostavljanja dijagnoze, do odrasle dobi. U ovom se programu javlja i suradnja između roditelja, odgajateljskih timova, stručnih timova, te stručno osposobljavanje djelatnika koji rade s osobama s autizmom.

Lorna Wing 1979. godine objavljuje istraživanja u kojima tumači kako je autizam razvojna smetnja i kako osobe s autizmom imaju problema sa govorom, socijalizacijom i nezainteresiranošću.

Od 1995. godine, pa sve do danas, za sve skupine poremećaja koji su slični autizmu, koristi se izraz pervazivni razvojni poremećaj. U pervazivne razvojne poremećaje uključujemo sve poremećaje koji se javljaju nakon rođenja ili unutar prve tri godine djetetova života, a zahvaćaju sve psihičke funkcije: emocije, mišljenje i inteligenciju.

Klinička slika autizma do danas se opisuje u tri bitne skupine simptoma: poremećaj komunikacije, poremećaj socijalne interakcije i stereotipije.

Prema podacima u svijetu se rodi 1 na 150 djece s nekim poremećajem iz autističnog spektra. Prevalencija poremećaja je 1:42 za dječake i 1:189 za djevojčice. U Republici Hrvatskoj danas živi oko 8000 osoba s autizmom. Prema ovim činjenicama možemo zaključiti da se autizam svakodnevno širi, iz dana u dan sve je veći broj osoba kojima je dijagnosticiran autizam. Iako je raširen u svim područjima, svakodnevno se istražuje i objašnjava, no sam uzrok autizma nikome nije dovoljno poznat. Mnogi znanstvenici, doktori i psiholozi iznose svoja mišljenja o nastanku autizma, ali ne postoji ono zajedničko, sigurno mišljenje koje potvrđuje nastanak istog. Kao i činjenica o liječenju autizma koja je, unatoč mnogim istraživanjima, i dalje, nepoznata.

4. UZROCI NASTANKA AUTIZMA

Unatoč brojnim istraživanjima, desecima godina unatrag, uzroci nastanka autizma još uvijek su nepoznati. Mnoge činjenice uključuju različite uzroke: genske, traumatske (porod), virusne (infekcije rane dobi, intrauterne viruse), te druge uzroke u trudnoći i prvim mjesecima života. Brojna istraživanja pokazuju da je autizam vrlo vjerojatno posljedica više uzroka koji daju sličnu kliničku sliku, no ta činjenica nije potvrđena. Kombinacija različitih uzroka nastanka autizma uključuje probleme verbalne i

neverbalne komunikacije, socijalnih interakcija i stereotipnih ponašanja, koji na kraju daju sličnu kliničku sliku. U povijesti su se pojavljivale razne teorije, no ponajviše o psihosocijalnom i organskom nastanku autizma. Gledajući psihosocijalne teorije, uzroci su bili isključivo psihogeni, gdje se nedostatak roditeljske pažnje u ranom djetinjstvu, smatrao uzrokom autizma. U psihogene čimbenike mnogi su uključivali: majčinu mržnju prema djetetu, separaciju od roditelja, odbacivanje i deprivaciju djeteta, nedostatak majke i njezine ljubavi, specifične traumatske događaje u djetinjstvu i sl. Ipak, upoznati smo s činjenicom da konflikti, stres, traume i različiti traumatski događaji mogu prouzročiti teške psihičke poremećaje. Takvi utjecaji kod preosjetljive djece mogu izazvati mnoge psihološke promjene, pa ih ne smijemo zanemariti.

Posljednjih godina uzrokom autizma smatraju se biološki uzroci. Prevladavaju stavovi da je za nastanak autističnog poremećaja odgovorno nasljeđe; biokemijske osobitosti; moždano oštećenje i poremećaji moždane funkcije; poremećaji kognitivnih procesa i govorno – jezičnog razvoja; poremećaj emocionalnog razvoja, te interakcija svih činitelja zajedno.

U genske i biokemijske čimbenike uključuju se: problematična trudnoća, anoksija/hipoksija pri porođaju, rane infekcije ili mikrotraume središnjeg živčanog sustava koje su uzrok anomalija u funkcioniranju ili strukturna oštećenja, postojanih kod većine djece s autizmom. Istraživanja pokazuju da moždana oštećenja i poremećaji moždane funkcije imaju veliku ulogu kod nastanka autizma kod djece i odraslih. Radi se o nevjerojatnim promjenama moždanog debla, nevjerojatnim procesima moždanog sazrijevanja, nerazvijenošću malog mozga kao i o oštećenjima moždane kore. Oštećenja mozga stečena u ranoj trudnoći, mogu uzrokovati moždano oštećenje, a kao rezultat se manifestira autizam. Rezultati istraživanja u biokemijskom području pokazuju promjene niza hormona i neuroprijenosnika, te povišenu razinu pojedinih endorfina, te povećanu razinu serotonina što može upućivati na smanjenu sposobnost percepcije tjelesnog osjeta i izražaja različitih osjetila koje za razliku od autista, drugi ljudi doživljavaju. Genetska struktura daje organski determiniranu imaturaciju središnjeg živčanog sustava, na koji jake organske i emocionalne traume mogu izazvati autistični poremećaj. (Bujas Petković, Frey Škrinjar, 2010.)

4.1. Genetski čimbenici

Gen kao osnovna jedinica nasljedne biološke informacije, temeljem istraživanja, smatra se jednim od mogućih uzroka nastanka autizma. Geni imaju važnu ulogu u nastanku autizma, no uz gene, ulogu imaju i okolinski, imunološki, metabolički i drugi faktori. Smatra se kako za nastanak autizma nije presudan jedan gen, već skupina gena koji svojom kombinacijom povećavaju rizik nastanka poremećaja. Zadnjih desetak godina, istraživanja pokazuju točnije i detaljnije rezultate što može pomoći i u poboljšanju liječenja i prevenciji samog poremećaja. Jednim od uzroka autizma smatra se starija dob roditelja, pretpostavlja se da bi to moglo biti uzrokovano većim udjelom *de novo* mutacija, što je često slučaj kod starijih muškaraca. Medicinske hipoteze kojima je moguće smanjiti rizik od pojave autizma smatra se izbjegavanje živi, kadmiju, nikalu, vinil-kloridu, trikloretilenu i sl. (mutagenim supstancijama) te osiguranje dovoljne količine vitamina D u populaciji osoba u reproduktivnoj dobi. Povećani rizik od nastanka autizma imaju djeca majki koje boluju od reumatoidnog artritisa, celijakije ili dijabetesa tipa 1. Postoji mogućnost da rizik čini kombinacija genske osnove i moguće prenatalne izloženosti protutijelima. Mnoga istraživanja temelje se na istraživanjima blizanaca, jednojajčanih i dvojajčanih. Zbog činjenice da jednojajčani blizanci dijele sve gene, a dvojajčani blizanci dijele polovicu gena. U 60-90% slučajeva kod jednojajčanih blizanaca oboje djece ima spektar autizma (ukoliko je on prisutan). Kod dvojajčanih blizanaca taj postotak je oko 0-24%. Provodila su se i istraživanja na temelju obitelji, ukoliko jedno dijete ima autizam, šanse da ga i drugo dijete dobije su 3-8%. Ukoliko dvoje djece u obitelji ima autizam, vjerojatnost da i treće dijete ima autizam je 35%. Učestalost autizma među braćom veoma je mala (oko 5%), a podudarnost među blizancima je 30-50%. Temeljem mnogih istraživanja utvrđeno je da je autistični poremećaj djelom uvjetovan genetski, učestaliji je među braćom i kognitivne smetnje su češće. Genetski parametri ne moraju uvijek biti najbolji pokazatelji, no uz uvažavanja utjecaja okoline, oni su ključni.

4.2.4.2. Psihodinamsko tumačenje autizma

Psihodinamsko tumačenje autističnog poremećaja tumači se koncepcijom poremećenog razvoja objektnih odnosa, tj. razvojnih događaja u kojima osoba/dijete gradi svijest oko sebe i svijest o vlastitom fizičkom postojanju. Rano suočavanje djeteta s nepovoljnim, traumatskim iskustvom smatra se kočnicom u procesu psihičke diferencijacije zbog čega je „neuspješno“ izgrađen odnos djeteta s vanjskim svijetom i svijesti o sebi kao pojedincu. Istraživanja potvrđuju činjenicu da ukoliko je odnos majke i djeteta dobro razvijen, čvrst i uspješan, dijete stječe povjerenje u majku, a time i u vanjski svijet. Ukoliko je dijete ometeno u razvoju (zbog nepovoljnih, vanjskih čimbenika), kasnija psihička organizacija mu može biti ometena. Dijete se zbog odbijanja okoline, negativnih vanjskih čimbenika ili majčinih neadekvatnih postupaka zatvara u vlastiti svijet, u kojem se, samo sa sobom, osjeća sigurno. Komunikacija, suradnja i socijalna ponašanja ispočetka nisu prisutni kod djece s autizmom, jer ih ona odbijaju, zbog straha i nesigurnosti okoline u kojoj živi. Neadekvatan razvoj objektnih odnosa ili zaustavljanja može biti posljedica neadekvatnosti simbiotskog partnera (majke), ali i nesposobnost djeteta odgovora na majčinu brigu, prepoznavanja emocija i poruka majke ili primarnog skrbnika.

4.3.4.3. Etiološka heterogenost

Zbog ne znanja točnih uzroka autizma i činjenice da je autizam poremećaj nastao kombinacijom različitih uzroka, etiološka heterogenost također se smatra jednim od mogućih uzroka nastanka tog poremećaja. Klinička slika upoznaje se uz poremećaje poznate etiologije (tuberonu sklerozu, cerebralnu lipozu, neurofibramatozu i sl.). Dio djece s autizmom normalno raste i razvija se, pa se u nekim medicinskim pretragama ne mogu dokazati organski uzroci poremećaja. No 20-30% djece s autizmom u pubertetu dobiva epilepsiju, manifestiranjem epileptičkih napadaja kojih nema u drugim poremećajima, pa se smatraju karakterističnima za autizam. Unatoč nedostatku

odgovora na pitanje razlikuje li se autizam s obzirom na kliničku sliku, spol, pojavu epilepsije i drugo, no činjenica je da se etiološka heterogenost mora uzeti kao stvarnost. Velik broj djece s autizmom nema tjelesne anomalije i većinom ne pokazuju strukturnu moždanu patologiju, no takva djeca imaju temeljni kognitivni deficit koji dijelom rezultira jezičnim deficitom i nemogućnošću razumijevanja i apstrakcije. Sve ove činjenice, kao i mnoge druge, ukazuju na etiološku heterogenost poremećaja i potrebu daljnjeg istraživanja uzroka. Iako je najistraživaniji poremećaj, i dalje je nepoznat točan uzrok autizma.

5. TIJEK AUTIZMA

Autizam je jedan od najčešćih neurorazvojnih poremećaja mozga koji se manifestira teškim oštećenjima na nekoliko područja razvoja: kvalitativno oštećenje društvenih interakcija, kvalitativni poremećaj komunikacije te ograničeno, ponavljajuće i stereotipno ponašanje, interesi i aktivnosti. Javlja se u prve tri godine života, može se pojaviti i nakon normalnog razvoja. Postoje autistična djeca kod koje se autizam razvija postupno, od rođenja. Izostankom prvog socijalnog smješka, okupacijom i gledanjem pojedinih predmeta i/ili igre vlastitim rukama, kasnijim zaostatkom ili izostankom govora. Kasnije se javljaju i druge smetnje koje s vremenom postaju sve češće, poput stereotipnih ponašanja, neobične igre, česte promjene raspoloženja i sl. Uz potpuni razvoj autističnog poremećaja, postoji i onaj kada se autizam pojavi iznenada, ponekad se djeca iznenada, nakon psihičkog stresa, cijepljenja, hospitalizacije ili straha, potpuno fizički promijene. Prestaju govoriti i komunicirati uopće, prestaju se stećene igre, prestaju ga zanimati djeca i objekti iz okoline. Odlaze u vlastiti svijet popraćen stereotipnim ponašanjima, nemirom, povremenim agresivnim ispadima, neobičnim strahovima i sl. Za vrijeme puberteta uz sve promjene (psihičke i fizičke) koje veoma teško prihvaćaju i s kojima se teško nose, 30% djece s autizmom dobiva i epileptične napadaje čiji uzrok nije poznat. Pretpostavlja se da radi o neurohormonskim

promjenama. Tijek poremećaja ovisi o intelektualnom funkcioniranju, razvoju govora i težini karakteristika simptoma autizma.

5.1. Dijagnoza

Postavljanje dijagnoze od velike je važnosti, kako bismo mogli razlikovati različita stanja i promjene, poštivati njihovo funkcioniranje, te ih liječiti u pravo vrijeme, na pravi način. Rana dijagnoza poremećaja može početi s terapijom prije nego je dijete udaljeno od normalnog razvojnog puta. Uz niz ljestvica za ranu procjenu prevazivnih razvojnih poremećaja, bitne odrednice u određivanju dijagnoze su: intenzitet simptoma, dob, intelektualno funkcioniranje, amnestički podaci te nalazi medicinskih pretraga. Jedna od bitnijih odrednica za terapiju i edukaciju je intelektualna razina djeteta (postoje velike razlike u napredovanju djece bez i djece s intelektualnim teškoćama i autizmom).

Simptomi koji upućuju na autizam:

- Ne odaziva se na ime nakon 12. mjeseca života
- Izostaje pokazna gesta nakon 14. mjeseca
- Izostaje igra pretvaranja nakon 18. mjeseci
- Izostaje kontakt očima, ili je vrlo siromašan, dijete se voli osamljivati i igrati samo
- Teškoće u razumijevanju osjećaja drugih
- Zaostajanje u razvoju govora
- Ponavlja naučene fraze ili neposredan govor (eholalija)
- Ne odgovara na pitanja ili daje nepovezane odgovore na pitanja
- Ne voli promjenu rutina na koje je navikao/la
- Ima opsesivne interese
- Plješće rukama, njiše tijelom ili se vrti u krug
- Ima neobične reakcije na senzorne podražaje

- Repetitivno slaže predmete, ponavljajuća igra

Dijagnoza se postavlja na temelju anamnestičkih podataka uz koje su nužne laboratorijske pretrage (krvni nalazi, rendgenske pretrage, EEG standardno snimanje, cijelo noćno snimanje, snimanje nakon ne prospavane noći) i genetičke pretrage. U postavljanje dijagnoze uključuje se i precizno psihološko testiranje, koje traje dulje i provodi se više puta (ponavlja se barem jednom u dvije godine), te procjena intelektualne razine (jedna od najvažnijih smjernica za terapijske i obrazovne postupke). Dijagnoza autističnog poremećaja postavlja se na temelju kliničke slike i anamnestičkih podataka uz obvezano temeljito psihološko testiranje.

ADOS je mjerni instrument za postavljanje dijagnoza iz spektra autizma, jedini je priznati i važeći dijagnostički instrument za postavljanje autizma. Stručnjaci koji ga primjenjuju u svom radu su psiholozi, defektolozi i psihijatri. ADOS je mjerni instrument koji pomoću strukturiranih i djelomično strukturiranih zadataka uključuje socijalnu interakciju između uređaja i djeteta. Ispitivač procjenjuje stupanj djetetova razvoja jezika i komunikacije, igru, stereotipna ponašanja i složene interese, uzajamnu socijalnu interakciju, te sva druga neuobičajena ponašanja. ADOS instrument može se primjenjivati od djetetovih navršениh godinu dana, uz uvjet da dijete samostalno hoda. Nakon određene dijagnoze, slijedi terapija.

6. TERAPIJSKI PRISTUP AUTISTIČNOM DJETETU

S obzirom na ciljeve, sredstva i polazna stanja, postoje mnogobrojni i raznovrsni načini terapijskih interveniranja i pristupa. Terapijom autizma smatra se postupno uklanjanje nepoželjnih simptoma i ponašanja, pridruženih stanja, te odgojno obrazovni proces koji je ujedno i terapija. Kako bismo mogli utjecati na neke od simptoma autizma, s terapijom treba početi u pravo vrijeme. Bitno je i odabrati adekvatnu terapiju za određeni simptom. Najbolji rezultati postižu se terapijama u strukturiranim, specijaliziranim edukacijskim programima koji su individualno prilagođeni svakom

pojedinom djetetu. Njima se potiče samostalnost djece, razvoj socijalizacije uz polivalentnu stimulaciju psiho-motoričkog razvoja, i takav pristup tretmanu danas je općeprihvaćen. Temeljem istraživanja terapije i rehabilitacije djece i adolescenata s autističnim poremećajem, dokazano je da postupci koji su izravni, strukturirani i snažnije usmjereni na ponašanje učinkovitiji su od onih koji djecu prepuštaju vlastitom razvoju. Što je i razumljivo, jer ukoliko ih se ne usmjerava na određene zadatke, ponašanja i radnje, postoji velika mogućnost da se potpuno prepuste svojim stereotipnim navikama, a tada ih se kasnije sve teže može aktivirati. Svaka terapija polazi od individualnog razvojnog profila i ciljana, ovisno od osobe do osobe, treba uključivati različita područja: npr. poticanje govora, smanjivanje samoozljeđivanja, ponašanje pri jelu, poticanje ustrajnosti i strpljenja, socijalno ponašanje, poticanje životno praktičnih aktivnosti i dr. Ovakve individualizirane terapijske postupke moguće je uklopiti u globalni individualizirani program poticanja svih razvojnih područja i usvajanja funkcionalnih vještina.

Uključivanje roditelja i okoline u terapiju od velike je važnosti za dijete, oni dalje kod kuće mogu nastaviti terapiju ili principe primijenjene u terapiji.

Neki od terapijskih pristupa su: Programi rane intervencije, Terapija lijekovima, Kineziterapija, Terapija igrom, Terapija glazbom i drugi.

6.1. Programi rane intervencije

Svakodnevno se susrećemo sa pretpostavkom da je rana intervencija ključ djetetova sveukupna razvoja, njome se utječe na djetetove psihološke, socijalne i tjelesne karakteristike. Rana intervencija je kreirana u svrhu podrške onim obiteljskim modelima koji najbolje potiču djetetov razvoj. Dok se podrška obitelji u poticanju djetetova razvoja, poticanje razvoja djeteta na specifičnim područjima te prevencija teškoća u budućnosti, smatraju ciljevima toga sustava. U posljednje se vrijeme sve češće ističe rana intervencija u cijeloj obitelji, a ne samo kod djeteta i njegova oštećenja. Rani razvoj neposredno se odnosi na usvajanje komunikacije i govornih vještina, pa su rana

socijalno-komunikacijska iskustva temelj za kasniji razvoj jezika i socijalne interakcije. Temeljem istraživanja, pokazalo se da se razvojem komunikacijskih vještina znatno smanjuju nepoželjna ponašanja, te se povećava sposobnost djece da ostvaruju interakciju s vršnjacima tipičnog razvoja.

Nacionalno vijeće za istraživanje (*National Research Council, 2001.*) izdvojilo je sljedeće prioritete podučavanja djece s poremećajima iz autističnog spektra:

1. *Funkcionalna, spontana komunikacija*

Najvažniji aspekt učinkovitih programa za osobe s autizmom svih dobi i svih stupnjeva teškoće jest spontana komunikacija.

2. *Podučavanje u različitim kontekstima*

Kod podučavanja u različitim kontekstima istraživanja s pozitivnim rezultatima uključivala su provedbu rane intervencije u djetetovu domu, u specijalnom predškolskom odjeljenju i u inkluzivnim uvjetima. Tri ključna aspekta učinkovitosti programa su: dobro definirani planovi podučavanja za razvoj funkcionalnih vještina primjerenih djetetovu stupnju razvoja, kontinuirano praćenje napretka djeteta i prilagodba sadržaja i načina podučavanja, te primjena vještina koje se podučavaju te njihovo održavanje i generalizaciju u funkcionalnim dnevnim rutinama u prirodnom okružju.

3. *Podučavanje igre, naglasak na igri s vršnjacima i primjerenom korištenju igračkaka*

Podučava se igra koja je razvojno primjerena specifičnom djetetu, a važnost se pridodaje osmišljavanju i planiranju zajedničke aktivnosti koje će činiti temelj podučavanja socijalnih i komunikacijskih vještina.

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

Djeca s autizmom trebaju biti uključena u smislene aktivnosti podučavanja. Najboljom praksom smatra se podučavanje u prirodnom kontekstu, koje počinje omogućivanjem izbora i korištenjem intrinzičnih pojačanja, potiče djetetovu motivaciju i generalizaciju. Generalizacija se potiče funkcionalnim vještinama

koje se mogu primijeniti u prirodnom okružju i dnevnim rutinama, te vještinama u raznim aktivnostima i okruženjima tijekom dana.

5. *Pozitivni pristupi nepoželjnim ponašanjima*

U pozitivne pristupe uključuju se: funkcionalna analiza ponašanja, razvoj plana podučavanja primjerenih, funkcionalnih vještina te alternativa nepoželjnim ponašanjima.

6. *Funkcionalne akademske vještine, kada je to primjereno*

Funkcionalne akademske vještine uključuju sve vještine koje su smislene i funkcionalne, čija je kasnija u primjena u životu svrhovita.

Neki od programa rane intervencije su: ABA ili primijenjena analiza ponašanja, TEACCH (*Teaching and Educating Adults and Children with Communication Handicap*), SCERTS (*Social Communication, Emotional Regulation, Transsactional Support*) i sl.

6.2. Terapija lijekovima

Kao što znamo, za sada nije poznat lijek kojim bi mogli izliječiti autistični poremećaj, no veoma se često djeca i osobe iz spektra autizma koriste lijekovima u svrhu otklanjanja ometajućih simptoma autizma, poput: hiperaktivnosti, agresije, autoagresije, psihomotorne agitacije i ekscitacije. Takva se primjena lijekova naziva psihofarmakoterapija. Smatra se kako lijekovi ne utječu na inteligenciju, već neizravno mogu djelovati u učenju djeteta, a time i na učinkovitost edukacije i tretmana. Iako su neka djeca nakon adekvatne medikamentne terapije i smirivanja anksioznosti, hiperaktivnosti i agresije, bila sposobnija za druge oblike terapije i specijalnu edukaciju, nije se zaustavio psihotični proces. Kod djece se, uvijek, uz terapiju lijekovima primjenjuju i druge vrste terapija, pa je zbog toga nemoguće odrediti koliki je učinak samog lijeka, a koliki i drugih oblika liječenja. Primjena psihofarmaka u djece i adolescenata temelji se uglavnom na empirijskim osnovama zbog teškoća u definiranju dijagnostičkih kriterija, nepoznavanja etiologije i velike heterogenosti skupina. U ovoj

se populaciji djece i odraslih uvelike primjenjuju psihofarmaceuti, što pokazuje velik broj činjenica, jednako tako i govore da je gotovo trećina ove populacije bila ili upravo jest pod medikamentnom terapijom, najčešće antipsihotikom. (Bujas Petković, i suradnici, 2010.)

ANTIPSIHOTICI - su najveća i najviše primjenjivana skupina lijekova kod liječenja djece s autizmom, intelektualnim oštećenjem i psihozom. Danas se koriste atipični antipsihotici koji imaju veću terapijsku učinkovitost i manje nuspojave, za razliku od klasičnih antipsihotika koji su se koristili kroz povijest, u liječenju nepoželjnih simptoma autističnog poremećaja. Atipični antipsihotici uglavnom se primjenjuju u svrhu uklanjanja nepoželjnih oblika ponašanja (agresija, autoagresija, hiperaktivnost, stereotipija), korisni su i kod nesocijalnog ponašanja, zatvaranja u sebe, osamljivanja i sl. Kod primjene psihofarmaka, terapija postepeno raste. U početku se daje jedan lijek u dozi koja se povećava od minimalne do optimalne, prema potrebi, a zaustavlja se na dozi koja pokazuje očekivane terapijske rezultate. Uporaba antipsihotika kod djece mora biti strogo praćena, strogo indicirana i individualno dozirana. Neki od antipsihotika koji se koriste kod djece i odraslih s autizmom su: Risperidon, Kvetipin, Olanzapin, Ziprasidon, Aripiprazol, Klozapin, Haloperidol, Levopromazin.

ANTIDEPRESIVI - su velika skupina psihofarmaka široke primjene koji su inhibitori ponovne pohrane serotonina, pokazuju veliko pozitivno djelovanje kod odraslih bolesnika koji pate od depresije, opsesivno – kompulzivnog poremećaja, anksioznih i paničnih poremećaja te posttraumatskog stresnog poremećaja. Kod djece se preporuča samo nekoliko antidepresiva. Noviji antidepresivi djeluju isključivo na serotonin, što poboljšava terapijsku učinkovitost i smanjenje nuspojave. Neki od antidepresiva koji se koriste za smanjenje simptoma autizma su: Flukosetin, Fluoksamin, Seratralin, Mirtazepin.

VITAMINSKA TERAPIJA I PREHRANA – mnoge studije pokazale su terapijsko djelovanje vitamina i prehrane općenito. Kod djece s autizmom posebice se ističe vitamin B6, sam ili u kombinaciji s vitaminom C i magnezijem. Prema nekim istraživanjima, nakon vitaminske terapije djeca su imala bolji kontakt, pokazivala su napredak u govoru, imala su manje ispada, te su općenito pokazivala poboljšanja u

ponašanju. Folna kiselina i folati preporučuju se dječacima s autizmom i fragilnim X-kromosomom. Psihofarmakoterapija biti će učinkovita kada će se liječiti uzroci, a ne nepoželjni simptomi.

6.3. Psihoanalitički pristup

Poznato je da psihoanalitičari autizam shvaćaju neuspjehom razvoja objektnih odnosa, točnije, neuspjehom diferencijacije selfa i objekta. Neuspjehu razvoja objektnih odnosa pripisuju posljedice djetetova traumatskog iskustva s odvajanjem od majke i neuspjehom majke u ulozi njege i zaštite djeteta. Zbog takvog shvaćanja traumatske osnove autističnog poremećaja, taj koncept bitno određuje psihoterapijski pristup u kojem se naglašava rekonstrukcija ranih traumatskih iskustava kao osnova prevladavanja zastoja u psihičkom razvoju djeteta. Taj pristup prevladava kod suvremenih psihoterapijskih pristupa.

Promjena u terapijskoj usmjerenosti od traumatskih do razvojnih sadržaja i iskustava donosi promjene u konceptualnom pristupu čime su nove pojavnosti stavljene u prvi plan psihoanalitičkog promišljanja.

Ovaj pristup prihvaća djetetovu osobnost, baš onakvu kakva jest, dopušta djetetu da slobodno izrazi vlastite želje i porive. U ovom se pristupu dijete stavlja u stimulativnu sredinu u kojoj mu je ponuđen niz podražaja kako bi zadovoljilo vlastite potrebe. Omogućeni su mu uvjeti za zadovoljavanje svojih potreba i nadoknađivanje istih, uvjeti za stimulaciju usklađenijeg razvoja i napretka. Terapeuti u ovom načinu rada poštuju stil života djece, njihovu dinamiku u razvoju, njihove potrebe i unutarnju logiku osjećajnog doživljavanja vodeći računa da je svako dijete individua za sebe.

6.4. Bihevioralni pristup

Bihevioralni pristup kod djece s autizmom koristi se 50-tak godina unatrag, a uključuje programe za smanjivanje nepoželjnih oblika ponašanja, te programe za podučavanje socijalnih vještina, vještina igre i akademskih vještina. Temeljem bihevioralnog pristupa proizlazi niz važnih strategija: detaljna i sustavna analiza zadataka za razvoj akademskih vještina, motivacijski programi utemeljeni na pozitivnom pojačanju, generalizirane tehnike za ustroj novog repertoara vještina kroz postupke kao što su vođenje, oblikovanje, nizanje, gašenje i strategije samokontrole. Mnogi stručnjaci koji provode programe za djecu i osobe s autizmom, primijenjenu analizu poistovjećuju s jednom od njezinih strukturiranih tehnika – podučavanjem diskriminativnim nalogima – DTI.

DTI tehnika polazi od pretpostavke da se ponašanje uči, te da se zakoni teorije učenja mogu sustavno primijeniti u edukaciji djece s autizmom (Harris i Delmolino, 2002.). Cilj DTI tehnike je prezentiranje i približavanje informacija djeci na sažet, dosljedan, jasan, jednostavan i strukturiran način koji pomaže djetetu izolirati tri važne komponente učenja:

1. Prethodni sadržaj
2. Ponašanje koje dijete izražava
3. Posljedica koju daje terapeut

Posljedica djetetova ponašanja može biti pojačanje ili njegovo uskraćivanje te ponovno postavljanje zadatka i pružanje podrške. Kod DTI pristupa posljedice pravilnih reakcija su socijalne i materijalne nagrade, te igre koje dijete voli. Nakon nepravilnih odgovora slijedi ispravljanje i prilika da se ispravi odgovor. Kazna kojom se stručnjaci koriste je neutralno „ne“ ili kratkotrajno isključenje uz uskraćivanje pažnje na nekoliko sekundi (Škrinjar i Teodorović 1997.; Harris i Delmolino, 2002.).

Veliku pomoć kod usvajanja vještina djeci omogućuje pružanje različitih vrsta podrške, poput: modulacije glasa, fizičke pomoći i vođenja, neposrednost, modeliranje i

demonstracija, povezivanje sa prethodno usvojenim znanjem, geste ili organiziranje materijala, a cilj podrške je da dijete osjeti vlastiti uspjeh.

Nepoželjni oblici ponašanja neće nestati kod osoba s autizmom ukoliko se ne intervenira na vrijeme. Njihovo ponašanje prilagođeno je i učvršćeno na nepoželjne oblike ponašanja zbog funkcionalnih posljedica koje ga slijede. Nepoželjno ponašanje neće se smanjiti ukoliko se ne promjene dostupnost, vrijednost i pristup tim posljedicama. Uz kontinuirani program, sve se češće koriste metode prevencije, kojima sami procjenjujemo simptome nakon kojih mogu uslijediti pojedina ponašanja i popratni postupci. Metodom prevencije prilagođava se kurikulum prema individualnim mogućnostima i potrebama djeteta, prostor učenja, raspored i sami načini poučavanja. Procjenjuju se događaji koji su prethodili određenom ponašanju, opisuje se ponašanje i posljedice koje slijede nakon njega. Cilj je spriječiti i smanjiti pojavljivanje nepoželjnih oblika ponašanja.

6.5. Glazbena terapija

Terapija glazbom postupak je u kojem terapeuti koriste glazbu kao primarni alat za terapiju. U ovoj terapiji se uspostavlja kvalitetnija komunikacija s djecom, pomoću aktivnih i pasivnih glazbenih sadržaja. Provodi se individualno, individualnim programom koji određuje glazbeni terapeut za svako dijete. Terapija se održava u posebno opremljenoj prostoriji koja sadrži sintetička glazbala, Orffov instrumentarij, električni klavir, razne udaraljke i audio oprema. Ovom terapijom cilj je razviti sluh, aktivno i pasivno slušati glazbu, razviti auditivnu percepciju, svirati na glazbalima, i sl. – upoznati glazbu i pjevanje.

6.6.Likovna terapija

Likovna terapija postupak je koji se primjenjuje u gotovo svim poremećajima djece i odraslih. Zbog izostanka govora, mnoga autistična djeca ne mogu izraziti svoje misli i osjećaje. Mogućnost da iznesu vlastite poruke, želje, misli, osjećaje i emocije, su crteži i slike, na taj način autistična djeca mogu komunicirati s drugima. Likovnom terapijom možemo se približiti unutarnjem svijetu ove neobično posebne djece i pokušati razumjeti što se događa u njihovom umu. Dijete vizualno može percipirati vlastite doživljaje, unutarnje konflikte, jača svoje samopouzdanje i usvaja nova iskustva. Cilj likovne terapije je poticanje samo izražavanja, upoznavanje i prikazivanje vlastitog sebe, rasterećivanje napetosti i sprječavanje pojedinih nepoželjnih oblika ponašanja.

6.7.Terapija igrom

Igra kao najizrazitiji oblik dječje aktivnosti, spontana i dobrovoljna, omogućuje izražavanje radoznalosti, osjetljivosti, fizičke aktivnosti i potrebe za suradnjom i zajedništvom. Terapija igrom osnovana je na činjenici da je igra prirodni medij za samo izražavanje. Igram djeca mogu izražavati osjećaje, iskazati ljutnju, strahove, tugu, fantaziju, anksioznost i krivnju prema objektima, umjesto ljudima. Igra djeci omogućuje da se na siguran način odmaknu od trauma i strahova. Terapija igrom prilagođava svoje metode rada djetetu i njegovim specifičnim potrebama obzirom na stupanj razvoja, kapacitet za igru, sposobnost za samo-regulaciju, oblik privrženosti roditeljima, emocionalni kapacitet, fleksibilnost, sposobnost za razvijanje odnosa s drugim.

6.8.Terapijsko jahanje

Terapijsko jahanje je jahanje prilagođeno osobama s posebnim potrebama. Kretnjama konja poboljšava se ravnoteža, probava, mišićni tonus, umanjuju se spazme,

opuštaju djeca i pruža im neopisiv osjećaj. U svrhe terapijskog jahanja koriste se mirni i dresirani konji. Terapijskim jahanjem najviše se vježba ravnoteža djece koju konj sam zahtjeva na neagresivan način, samim pokretima govori tijelu jahača kako je to hodati.

6.9. Model RIO – *floortime*

Floortime terapijski pristup temelji se na odnosima, nastoji posredovati između djeteta i njegove obitelji, prepoznavanjem i sistematiziranjem djetetovih temeljnih razvojnih sposobnosti motoričke i senzoričke obrade te interaktivnih modela. *Floortime* se zasniva na temelju razvojne interaktivne teorije prema kojoj se većina kognitivnih vještina razvijenih u prvih pet godina života temelji na emocijama i odnosu. Najvažnije je slijediti želje i interese djece. U terapiji su kao primarni partneri uključeni roditelji.

Postoje tri važne spoznaje kojima se temelje principi rada s autističnom djecom, a to su: specifičnosti u razvoju jezika, mišljenja i emocija, Odnosima koji uključuju emocionalno znatnu razmjenu razvijaju se i uče socijalne vještine.

Floortime se temelji na poštovanju i zaokupljanju djeteta, slaganje s njim, kako bi mu se pomoglo elaborirati misli posredstvom gesta, govora i igre pretvaranja. Dva su temeljna cilja *floortimea* – prvi je cilj uspostavljanje komunikacije s djetetom, uz vođenje djeteta dok je drugi cilj uvesti dijete u združene pažnje. Kada smo dijete uvjerali da ga ne želimo ometati u onome što želi raditi, pustit će nas da mu se pridružimo. Cilj ove terapije je razvoj socijalnog i emocionalnog razvoja djeteta. *Floortime* je proces od pet „koraka“:

1. Opservacija
2. Pristupanje – otvaranje ciklusa komunikacije
3. Praćenje djetetova vodstva
4. Produžena i proširena igra
5. Dijete zatvara ciklus komunikacije

6.10. Kineziterapija

Cilj kineziterapije je poticanje normalnog tjelesnog razvoja kod djece s autizmom, upravljanje i pozitivno utjecanje na simptome i funkcioniranje osoba s autizmom. Intenzivnim tjelesnim aktivnostima utječe se na suzbijanje agresije, uklanjanje hiperaktivnosti, stresa i dr. Tjelesnim vježbanjem ublažavaju se deformacije mišića i kosti koji su često uzrokovani stereotipnim držanjem tijela. Kineziterapija, kao i svaka druga terapija, individualno je prilagođena djetetu, njegovim potrebama i mogućnostima, provodi se u suradnji s voditeljima, i cijelim stručnim timom. Kineziterapijom se utječe na razvoj koordinacije, ravnoteže, fleksibilnosti, brzine, snage, preciznosti, na osobine ličnosti i modaliteta ponašanja, na socijalnu adaptaciju i integraciju, te na zadovoljavanje djetetovih bioloških potreba za slobodom, igrom i kretanjem.

6.11. Programi s vizualnom okolinskom podrškom (TEACCH)

TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Children Communications Handicap*) metoda temelji se na maksimalnoj prilagodbi značajkama mišljenja i učenja osoba s poremećajem iz autističnog spektra, tj. na vizualizaciji uputa što osobi s autizmom omogućava anticipiranje događaja, olakšava snalaženje u dnevnim aktivnostima te uz bihevioralne metode podučavanja podiže razinu funkcionalne kompetentnosti. TEACCH pristup podrazumijeva dobro strukturiran raspored aktivnosti i specifičnu organizaciju prostora i didaktičkog materijala. Također podrazumijeva jasno postavljanje ciljeva i preciznu evaluaciju postignuća što je u radu osobama s poremećajima iz autističnog spektra izuzetno važno obzirom na „nevidljivost“ rezultata, tj. izostanak lako uočljive pozitivne povratne informacije učitelju o vlastitoj profesionalnoj uspješnosti i vrednovanje smisla svoga rada.

Bit programa odnosi se na funkcionalnost tj. učenje onoga što je odraz potrebe, sposobnosti i okolnosti u kojima dijete živi. Podučavanje je inicijalno u vrlo

strukturiranim uvjetima s mnogo vizualnih i drugih oblika podrške, koje podrazumijevaju organizaciju prostora, vremena i materijala, te metoda podučavanja. (Bujas Petković, i suradnici, 2010.)

6.12. ABA terapija

ABA terapija pripada psihologiji. U tom se terapijskom pristupu radi s djecom na način da im se olakšaju zadatci, a ujedno im se prati razvojna ljestvica. ABA terapija je terapija temeljena na igri, kroz koju se sistematički i kontrolirano uspostavlja instrukcijska kontrola. ABA terapijski pristup temeljen je na principu nagrada, nakon što dijete napravi ono što mu je zadano, dobiva nagradu. ABA terapija provodi se u svrhu poboljšanja jezičnih i komunikacijskih vještina, u svrhu poboljšanja pažnje, fokusa, socijalnih vještina, razvoja pamćenja i akademskih vještina, ali i u svrhu redukcije nepoželjnih oblika ponašanja.

6.13. Neurofeedback

Neurofeedback definira se kao terapijska metoda praćenja električne aktivnosti mozga (EEG-a) i davanju povratne informacije o istoj. Pomoću elektroencefalograma snima se električna aktivnost mozga, koja se opisuje pomoću moždanih valova, a svaki možda val povezuje se s točno određenim mentalnim stanjem. Primjerice, ukoliko postoji problem pažnje, tada mozak radi sporije i prevladavaju spori moždani valovi, kada se krenemo koncentrirati ili rješavati neki mentalni zadatak, mozak se ubrzava. Ukoliko ulažemo previše mentalne energije, mozak radi prebrzo. Sve ovisi o lokaciji vala na kori mozga, prema tome se indiciraju poteškoće. Te valove potom vraćamo osobi u obliku povratnih informacija, na posebice jasan i zanimljiv način – u obliku posebno dizajnirane igrice, tako da svaki njen aspekt predstavlja točno određeni moždani val. Samo dobrim zadržavanjem pažnje možemo postići što bolje rezultate u

igri, a težeći za ostvarivanjem boljih rezultata, zadržavamo pažnju i koncentraciju na sam zadatak.

6.14. PECS

PECS (*Picture Exchange Communication system*) je sustav komunikacije razmjenom slika. Koristan je način terapije za osnivanje komunikacije. Koristi se kod djece i osoba s poteškoćama u govoru, kao način komunikacije. Postupak komunikacije PECS-om omogućuje vođenje i oblikovanje u učenju iniciranja interakcije, a time i shvaćanja koncepta komunikacije. Upotrebom PECS sličica djeca prilaze komunikacijskom partneru sa sličicom, tražeći u zamjenu predmet sa sličice. Na taj način dijete započinje komunikaciju koju slijedi pozitivan ishod, ovakvu komunikaciju ne sputava spontani govor.

PECS se provodi u šest faza (Bujas Petković, i suradnici, 2010.):

1. faza: Fizička razmjena

Cilj je odabrati najpoželjniji predmet između nekoliko ponuđenih predmeta, uzeti u ruku sliku tog predmeta, pružiti je i predati terapeutu. Isto tako i ukloniti najpoželjniji predmet i provesti određivanje s ostalim predmetima. Cilj je odrediti predmete kao: „vrlo poželjni“, „poželjni“ i „nepoželjni“. Ovaj postupak ne koristi se verbalnim poticajima.

2. faza: Razvijanje samostalnosti

Cilj ove faze je da dijete prilazi svojoj „komunikacijskoj ploči“, samo skida sliku s nje, odlazi učitelju/terapeutu i daje mu sliku. U ovoj se fazi uvodi veći broj slika, jedna po jedna. Dijete može tražiti pomoć odraslih osoba.

3. faza: Razlikovanje slika

Cilj je da dijete zadrži željeni predmet odlaskom pred komunikacijsku ploču, odabirom prikladne slike iz niza, odlaskom komunikacijskom partneru i njezinim predavanjem komunikacijskom partneru.

4. faza: Struktura rečenice

Cilj ove faze je da dijete traži željeni predmet uz frazu od nekoliko riječi, odlaskom do knjige, podizanjem slike/simbola „Ja želim“, stavljanjem slike na traku za rečenice, podizanjem slike onoga što želi, stavljanjem te slike pokraj slike „Ja želim“, skidanjem trake s komunikacijske ploče, prilaženjem partneru i predavanjem trake za rečenice.

5. faza: Odgovor na pitanje: „Što želiš?“

Cilj ove faze je postizanje djetetove sposobnosti spontanog traženja različitih predmeta i odgovaranja na pitanje: „Što želiš?“.

6. faza: Spontano odgovaranje

U posljednjoj fazi dijete prikladno odgovara na: „Što želiš?“, „Što imaš?“, „Što vidiš?“ i slična nasumice postavljena pitanja.

PECS sličicama i načinom komunikacije koriste se mnogi logopedi, terapeuti i stručnjaci u svom radu s autističnom djecom, koja pomoću sličica izražavaju vlastite interese, želje i potrebe. Također na ovaj način komuniciraju i roditelji sa djecom, kojoj je lakše izraziti se neverbalnim nego verbalnim putem. Osim želja, sličicama se mogu izražavati i potrebe, poput odlaska na toaletu, potrebe za pićem ili hranom i sl.

6.15. Terapija programima ravnoteže mozga

Terapija programima ravnoteže mozga jedan je od najnovijih terapijskih pristupa, a temelji se na klinički dokazanim nalazima koji govore da se način na koji djetetov mozak funkcionira ne mora zadržati i kada ono odraste. Terapeuti ovih pristupa potvrđuju kako i djeca s teškim oblicima raznih poremećaja mogu napredovati ponašajno i akademski, te naučiti vještine koje će im kasnije obogatiti život. (Mellilo, 2016.)

Napretkom neuroznanosti, znanstvenici dolaze do spoznaje da je slobodan protok električnih impulsa iz velikih mozgovnih područja i hemisfera, temelj dobrog

funkcioniranja našeg mozga. Najnovija istraživanja pokazuju da električni impulsi nisu u ravnoteži, kada dijelovi mozga ne sazrijevaju istodobno i zbog toga dolazi do zastoja u komunikaciji. Postoje mnogobrojni dokazi da su upravo ti problemi u hemisfernoj komunikaciji odgovorni za mnoštvo ponašajnih i socijalizacijskih problema, poput problema u učenju.

Sada možemo vidjeti da su sva stanja koja imaju negativan utjecaj na ponašanje i učenje zapravo povezana s jednim problemom – neravnotežom u električnoj aktivnosti između dijelova mozga, osobito između lijeve i desne hemisfere. Za to postoji čak i ime: Sindrom funkcionalne razjedinjenosti (SFR). Gledamo li malo detaljnije, možemo primijetiti da djeca s istim poremećajima dijele velik broj simptoma. Što nije slučajnost, već su to sve znakovi SFR-a, a razlika između znakova je u djelu i mjeri mozga koji je zahvaćen. Da bi mozak mogao pravilno funkcionirati, aktivnosti u lijevoj i desnoj hemisferi moraju biti usklađene.

Tabela funkcija lijevog i desnog mozga (Hudson, 2018.)

Lijeva polutka	Desna polutka
Matematika / Znanosti	Umjetnost / Glazba
Logika / Analiza	Intuicija / Empatija
Dedukcija	Lateralno mišljenje
Činjenice / Redosljed	Mašta / Kreativnost
Linearno razmišljanje	Svijest o prostoru
Riječi pjesme	Ideje i slike
Važnost detalja	Melodija
Strategija	Istodobni rad na više zadataka
Poredak i obrasci	Stvaralaštvo
Opreznost / Igrati na sigurno	Impulzivnost / Preuzimanje rizika
	Lijeva strana tijela
Desna strana tijela	

*Sve je stavljeno u red. Sve se može osmisliti.
Ništa nije prepušteno slučaju. Stvaraj i u isto vrijeme obavljaj više
zadatak!*

Simptomi su različiti, ali problem je isti – SFR. Postoje mnogi primjeri, koji ukazuju zašto se djeca s autizmom „čine isključenima“. Ona zapravo jesu isključena, nemaju osjećaj sebe u prostoru, ne osjećaju svoje tijelo na pravi način. Imaju teškoća u planiranju, ritmu, loš mišićni tonus koji utječe na nepravilno držanje tijela i pokrete tijekom kretanja. Djeca s autizmom udaljena su od vlastitih osjeta, ona ne mogu u potpunosti doživjeti svih pet osjetila – vid, sluh, dodir, miris i okus. Djeca sa SFR-om nemaju svijest o vlastitu tijelu ili ga uopće ne osjećaju. Stoga se i osjećaju socijalno i emocionalno udaljenima. Prema kliničkim istraživanjima najčešće postoje tri tipa neravnoteže koja mogu rezultirati simptomima SFR-a (Bujas Petković, Frey Škrinjar, 2010.):

- Manjak električne aktivnosti u lijevoj ili desnoj polutki mozga
- Povišena razina aktivnosti u hemisferi koja više funkcionira, tj. u jačoj hemisferi
- Kombinacija smanjene aktivnosti u područjima koja se nalaze u slabijoj hemisferi i povećana aktivnost u hemisferi koja jače funkcionira.

Tijekom zadnjih nekoliko desetljeća neuroznanstvenici su otkrili da je mozak zapravo dosta „plastičan“, što znači da se može fizički i kemijski promijeniti – ako ga se stimulira na prikladan način. Ta mogućnost promjene naziva se neuroplastičnost. Ukoliko se stimulira na prikladan način, slabija strana mozga se povećava i ubrzava. Prazno mjesto između stanica mozga se smanjuje i stvaraju se nove veze. Na taj se način isključena djeca „uključuje“. Upravo na tome se temelji Program ravnoteže mozga – revolucionaran način na koji identificiramo problem i pomažemo djeci koja imaju ponašajnih problema, probleme u učenju i sl. *Program ravnoteže mozga* usredotočuje se samo na ono što je „pokvareno“, na ono što ne funkcionira. Tom se vrstom terapije upotrebljavaju vježbe koje ciljano započinju rast i razvoj slabije polutke kako bi ona mogla dosegnuti razinu funkcioniranja dominantne strane. Prema tome, dolazimo do teorije kako mozak ima sposobnost sustići sam sebe, kako bi mogao pravilno funkcionirati.

Deset principa *Programa ravnoteže mozga* su (Mellilo, 2016.):

1. Jedno se stanje manifestira kroz različite simptome i time uzrokuje razne neuroponašajne i neuroakademske poremećaje kod djece.
2. Mozak ne radi sinkronizirano jer je glavni uzrok disfunkcije poremećaj u funkcioniranju lijeve ili desne hemisfere mozga.
3. Problem u funkcioniranju mora biti točno identificiran i definiran.
4. Jedino pravo rješenje problema je popravljjanje neravnoteže u mozgu, a ne tretiranje simptoma.
5. Svaki se funkcionalni problem mozga mora rješavati pojedinačno.
6. Tretman se fokusira samo na jednu hemisferu.
7. Integracija polutki ponovo dovodi mozak u sinkronizirano stanje.
8. Mozak i tijelo moraju se razvijati zajedno.
9. Problemi nemaju samo genetsku osnovu.
10. Roditelji igraju ključnu ulogu u uspješnosti tretmana.

Neke od vježbi koje se uključuju u ovu terapiju su: „Zvijezda“, „Anđeli u snijegu“, „Galantov refleks“, „Palmerov refleks hvatanja šakom“, Plantarni refleks“, „Asimetrični tonus vrata“ i sl.

7. ULOGA ODGAJATELJA

Vrlo je važno upoznati dijete sa kojim radimo, bilo ono autistično ili ne. Prema tome, trebamo poštivati njegove želje, vještine, mogućnosti i sposobnosti. Baš kao što poštujemo dijete, dužni smo poštivati i njegove roditelje, uzevši na znanje njihove upute, savjete i kritike. Slušanje, prihvaćanje, i međusobni dogovor važne su stavke za funkcioniranje dobrog tima. Ponekad će roditelji tražiti savjete, na koje im moramo odgovoriti.

Odgajatelji se u svom radu svakodnevno susreću sa različitom djecom. Svako je dijete individua, posebno i drukčije na svoj način. Kod djece s autističnim poremećajem,

uloga odgajatelja je upoznati dijete te mu na taj način prilagoditi metode rada i posvetiti se njegovim mogućnostima. Dijete postepeno treba naučiti prilagoditi se promjenama rutine. Trebamo ga pripremiti na čekanje, uvježbati strpljenje. Odgojitelj u svom radu djetetu treba pomoći da se ono opusti i primjereno pokazuje svoje emocije. Odgajatelj je osoba koja povezuje sustav i veličinu sa manjinom, vrtić ili pojedinu drugu odgojno obrazovnu ustanovu i obitelj. Odgojitelj primjećuje posebnosti pojedinog djeteta, prema tome, dužan je prilagoditi mu sadržaje, načine i metode rada.

ZAKLJUČAK

“Ništa drugo, nego djelovanje prema određenom cilju jeste ono što čini život podnošljivim.” Friedrich von Schiller

Ovim riječima mogla bih povezati svu autističnu djecu i život koji ona proživljavaju. Svakodnevne borbe, strahovi, prepreke koje prelaze iz dana u dan, sa ciljem zadovoljstva i napretka. Svakodnevnim terapijama zaokupljaju život i na taj način ga čine podnošljivijim i lakšim. Autistična su djeca veoma hrabra, svojim svakodnevnim preprekama nadilaze nemoguće, boreći se, pobjeđuju mnoge strahove. Nadilaze sami sebe, i očekivanja svih drugih. Iznimna je sposobnost i hrabrost živjeti toliko drukčiji i posebniji u svijetu u kojem te nitko ne razumije. Svijetu koji je odabrao tebe, a ne ti njega, jer autizam bira, a ne mi. Autizam određuje put hrabrosti, mašte i različitosti. Iznimna su hrabrost svakodnevna borba, svakodnevni usponi i padovi. I sve to postaje podnošljivo, zbog određenih ciljeva. Hrabrost je ne pokazivati emocije. Hrabrost je ne pokazivati vlastitu hrabrost i moć.

Pišući ovaj rad, proučavanjem literature, došla sam do zaključka da je autizam veoma širok i čest pojam. No unatoč njegovoj rasprostranjenosti, roditelji, odgajatelji, učitelji i drugi koji se u svom životu ili radu susreću s autizmom, premalo su upoznati sa istim. Zbog čega im je teško i intervenirati u pravo vrijeme. U Hrvatskoj još uvijek nisu razvijene (ili su rijetke) institucije za ranu intervenciju u djetinjstvu, koje su u ovom slučaju od velike važnosti. One upoznaju osobe s autizmom, te ih upućuju na daljnja dijagnostičiranja, terapije i sl. Jednako tako i terapijski pristupi su premalo rašireni, zbog čega poneki roditelji ili stručnjaci nisu ni upoznati sa nekima. Unatoč ovim činjenicama, vjerujem kako će vremenom napredovati i edukacije roditelja, ali i ostalih stručnjaka. Kao budući odgojitelj spremna sam prihvatiti rad sa djecom iz autističnog spektra, kao i iz drugih poremećaja, te na nesebičan način svojim radom, ustrajnošću i predanošću zajedno sa djetetom prelaziti sve njegove prepreke. Sve strahove i nemogućnosti koje ga nadilaze, i na taj način izraziti velikodušnost svih osoba s autizmom. Samo predanošću njima možemo upoznati sve ono posebno što skrivaju, negdje u dubini.

LITERATURA

KNJIGE:

1. Nikolić, S., Begovac, B., Begovac, I., Bujas Petković, Z., Matačić, S., Mitrović, M. (1992). Autistično dijete. Zagreb, Izdavačko poduzeće „Prosvjeta“.
2. Remschmidt, H. (2005). Autizam – Pojavni oblici, uzroci, pomoć. Jastrebarsko, Naklada Slap.
3. Kostelnik, M., J., Onaga, E., Rohde, B., Whiren, A. (2003). Djeca s posebnim potrebama. Zagreb, Educa.
4. Mellilo, R. (2016). Isključena djeca. Split, Harfa
5. Bujas Petković, Z., Frey Škrinjar, J. (2010). Poremećaji autističnog spektra – značajke i edukacijsko rehabilitacijska podrška. Zagreb, Školska knjiga.
6. Grgurić, J., Jovančević, M., i suradnici (2018). Preventivna i socijalna pedijatrija. Zagreb, Medicinska naklada.
7. Tammet, D. (2009). Rođen jednog plavog dana. Zaprešić, Fraktura.
8. Hudson, D. (2018). Specifične teškoće u učenju – Što učitelji i nastavnici trebaju znati. Zagreb, Educa.

INTERNET STRANICE:

1. Roditelji.hr na adresi: <http://www.roditelji.hr/jaslice/razvoj/kako-prepoznati-autizam-kod-djeteta/>
2. Centar za autizam na adresi:
https://www.autizam.hr/index.php?option=com_content&view=article&id=185&Itemid=103&lang=hr
3. Savez udruga za autizam Hrvatske na adresi: <http://www.autizam-suzah.hr/index.php/autizam>

KRATKA BIOGRAFSKA BILJEŠKA

Rođena sam 23.09.1996. godine u Čakovcu, Republika Hrvatska. Odrasla sam i živim u Slakovcu, malom mjestu kraj Nedelišća, u blizini Čakovca. Polazila sam Osnovnu školu Nedelišće, i Područnu školu Dunjkovec. Nakon osnovne, upisala sam srednju Graditeljsku školu u Čakovcu, smjera Medijski tehničar. 2015. godine upisala sam studij Ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja na Sveučilištu u Zagrebu, Odsjek u Čakovcu. Uz studij radila sam kao pomagač u nastavi, djeci s autizmom. Od 2014. godine volontiram u „Udruzi Pogled za autizam“, u sklopu gimnastičkih vježbi s djecom iz spektra autizma, uz što polazim različite edukacije i seminare. Od ove sam godine zaposlena u Dječjem vrtiću Zipka.

IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA

IZJAVA

Ja, Jelena Šfarić, izjavljujem da sam završni rad na temu „Terapijski pristup autističnom djetetu“ izradila samostalno, koristeći se vlastitim znanjem i navedenom literaturom.

Zahvaljujem se mentorici prim. mr. sc. Mariji Hegeduš-Jungvirth dr. pedijatar, za pomoć tijekom izrade rada.

Potpis: _____