

Autizam u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju

Gorup, Karla

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:631103>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-29**

Repository / Repozitorij:

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



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

KARLA GORUP

ZAVRŠNI RAD

**AUTIZAM U RANOM I
PREDŠKOLSKOM ODGOJU I
OBRAZOVANJU**

Zagreb, lipanj 2019.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ
Zagreb

ZAVRŠNI RAD

Ime i prezime pristupnika: Karla Gorup

TEMA ZAVRŠNOG RADA: AUTIZAM U RANOM I
PREDŠKOLSKOM ODGOJU I OBRAZOVANJU

MENTOR: izv. prof. dr. sc. Maša Malenica, pedijatar

Zagreb, lipanj 2019.

SADRŽAJ

1.	UVOD.....	1
2.	AUTIZAM.....	2
2.1.	Povijest autizma	2
2.2.	Pojmovno određenje.....	3
2.3.	Klinička slika.....	4
2.3.1.	Socijalno ponašanje.....	5
2.3.2.	Govor	6
2.3.3.	Stereotipije i ograničeni interesi	7
2.3.4.	Psihomotorika	7
2.3.5.	Prehrana.....	8
2.3.6.	Strah	8
2.3.7.	Agresija i autoagresija.....	9
2.3.8.	Emocije	9
2.3.9.	Igra	10
2.3.10.	Inteligencija.....	10
2.4.	Poremećaji iz autističnog spektra	11
2.4.1.	Atipični autizam.....	12
2.4.2.	Dezintegrativni poremećaji u djetinjstvu	13
2.4.3.	Rettov poremećaj	14
2.4.4.	Aspergerov poremećaj	16
2.5.	Dijagnostika autizma	19
2.6.	Uzroci autizma	21
2.7.	Učestalost autizma.....	22

2.8.	Terapija.....	23
2.8.1.	Bihevioralni pristup.....	23
2.8.2.	Psihofarmakoterapija.....	23
2.8.3.	TEACCH Program.....	24
2.8.4.	Likovna terapija	24
2.8.5.	Terapija igrom.....	24
2.8.6.	Kineziterapija	24
2.8.7.	Glazboterapija	25
2.8.8.	Logoterapija – terapija govora	25
3.	EDUKACIJSKO-REHABILITACIJSKA PODRŠKA	26
3.1.	Rana intervencija za djecu s poremećajima iz autističnog spektra.....	26
3.2.	Rano djetinjstvo i predškolska dob	26
3.3.	Zajedničko djelovanje roditelja i profesionalca	27
3.4.	Slušanje roditelja	27
3.5.	Suosjećanje.....	28
3.6.	Oblici suradnje profesionalca i roditelja.....	28
3.7.	Profesionalna podrška roditeljima.....	28
3.8.	Prilagodbe prostora i postupaka	29
3.9.	Strategije poučavanja	29
3.10.	Kompetencije odgojitelja djece rane i predškolske dobi za inkluzivnu praksu 30	
3.11.	Kompetencije odgajatelja u radu s djecom s posebnim potrebama.....	31
4.	OPSERVACIJA.....	32
4.1.	Govorni razvoj i komunikacija.....	32
4.2.	Motorika	33
4.3.	Socioemocionalni razvoj	33

4.4.	Senzorna integracija	34
4.5.	Pažnja i koncentracija.....	34
4.6.	Spoznajni razvoj	35
4.7.	Kulturno-higijenske navike i briga o sebi	35
5.	ZAKLJUČAK	36

Sažetak

Autizam je jedan od najčešćih razvojnih poremećaja koji se pojavljuje u prve tri godine djetetova života i traje cijeli život. Autizam je pervazivni razvojni poremećaj koji je karakteriziran kvalitativnim teškoćama uzajamnih socijalnih odnosa i modela komunikacije, ograničenim i stereotipnim aktivnostima i interesima te se pojavljuje na kontinuumu od ispodprosječnih do iznadprosječnih intelektualnih sposobnosti. U kategoriju pervazivnih razvojnih poremećaja ubrajaju se neki od navedenih poremećaja: Atipični autizam, Rettov poremećaj, Aspergerov poremećaj te Dezintegrativni poremećaji u djetinjstvu. Iako su provedena brojna istraživanja, genska etiologija autizma potpuno je jasna, ali nije sasvim precizno određena. Poremećaj se dijagnosticira na temelju djetetove anamneze i promatranja djeteta u različitim situacijama. Rana intervencija i individualiziran pristup od ključne su važnosti u procesu razvijanja vještina i sposobnosti funkcioniranja djeteta u svakodnevnim životnim situacijama. To uključuje primjenu specifičnih postupaka i metoda koje se smatraju ključnim za socio – emocionalni razvoj djeteta. Kompetencije odgojitelja su ključne kako bi se svakom djetetu pristupilo individualno uz primjerene metode potpore i podrške. Jedan od glavnih ciljeva je uspostava interakcije i podržavajućih vršnjačkih odnosa i samopouzdanja djeteta s poremećajem iz autističnog spektra. Terapijske intervencije koje su usmjerene na dijete različite su s obzirom na ciljeve, sredstva i polazni model, a uključivanje roditelja i okoline od presudne je važnosti za terapijski tretman djeteta. Također profesionalna podrška roditeljima, empatija profesionalaca, razumijevanje i različite zajedničke strategije djelovanja roditelja i profesionalaca nužne su za uspostavu zdravog i podržavajućeg odnosa kojem je glavni cilj napredak te zadovoljenje potreba i interesa djeteta. Svrha rada je prikazati mnogobrojne mogućnosti uključivanja i potpore za djecu s poremećajem iz autističnog spektra u ustanove ranog i predškolskog obrazovanja.

Ključne riječi: poremećaj iz spektra autizma, individualiziran program, uključivanje, podrška

Summary

Autism is one of the most common developmental disorders which present in the first three years since birth and continue throughout lifetime. Autism is a pervasive developmental disorder characterized by qualitative difficulties of reciprocal social interactions and communication models, limited and stereotypical activities and interests. It appears in the continuum from below-average towards above-average intellect. The category of pervasive developmental disorders comprises of several disorders like: atypical autism, Rett's disorder, Asperger syndrome and childhood disintegrative disorder. After many conducted scientific research, genetic etiology of autism has been clarified, but isn't precisely determined. The disorder is diagnosed based on the child's medical history and examination in various situations. Early intervention and individual approach are the most important steps in the process of developing skills and abilities to function in everyday situations. This includes specific approaches and methods which are perceived as crucial for the socio-emotional development. Competences presented by the kindergarten teacher are key in creating an individual approach with appropriate support methods. One of the main goals is creating interaction and supporting peer relationships and for a child with a disorder of the autism spectrum to gain self-confidence. Therapeutic interventions which are focused on the child are diverse and depend on the goals, funds and the starting model, whereas parental and environmental inclusion is of the utmost importance for the child's treatment. Professional support towards parents, empathy, understanding and a multimodal approach are essential for establishing a healthy and supportive relationship whose main goal is progress and satisfying the child's needs and interests. The purpose of this paper is to show multiple possibilities of inclusion and support for children with an autism spectrum disorder in nurseries and pre-schools.

KEY WORDS: autism spectrum disorder, individualized program, inclusion, support

1. UVOD

U današnjoj populaciji sve je veći broj djece s teškoćama u razvoju, a upravo je autizam jedan od poremećaja koji utječe na razvoj i cjelokupno funkcioniranje djeteta. Roditelji djece s poremećajem iz autističnog spektra također se susreću s brojnim promjenama nakon uspostave dijagnoze te prilagođavaju životno okruženje i strategije odgoja u smjeru zadovoljenja potreba i poštivanja interesa djeteta.

U ovom završnom radu pobliže će se objasniti što je autizam, koju su njegovi uzroci, glavna obilježja te terapijski tretmani pomoću kojih se pokušavaju ublažiti njegovi simptomi. Nadalje, u radu će se prikazati sustavna podrška za rad s djecom s poremećajima autističnog spektra u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju. Cilj rada je upoznati javnost s problemima s kojima se susreću djeca s autizmom, njihovi roditelji i odgajatelji te osvijestiti važnost svakodnevne potpore i uključivanja kako se ne bi spriječilo njihovo učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima.

2. AUTIZAM

2.1. Povijest autizma

Švicarski psihijatar Eugen Bleuer 1911. godine razvio je pojam *autizam*. Tim pojmom opisao je jedan od osnovnih simptoma shizofrenije: prepuštanje fantastičnim mislima, postupno smanjenje socijalnih interakcija s osobama u okruženju te misaono povlačenje i zatvaranje u vlastiti svijet.¹

Victor divlji dječak iz Aveyrona, vjerojatno je prvi slučaj autizma prikazan u znanstvenoj literaturi.² Pronađen je u šumi u blizini francuskog grada Rodeza, u dobi oko 11-12 godina, 1799. godine. Victor nije pokazivao civilizirano društveno ponašanje. Dječak je hodao četveronoške te nije razlikovao toplo od hladnog. Nakon nekoliko tjedana u Parizu je priveden na “znanstveno promatranje“ gdje je privukao golemi interes javnosti. Nakon što su kod dječaka uočena obilježja njegovog ponašanja interes je vrlo brzo izgubljen te je njegovo stanje proglašeno urođenom duševnom zaostalošću. Isprazan pogled, neartikuliran zvuk glasa, nediferencirano čulo mirisa te nesposobnost vezivanja i održavanja pažnje neka su od obilježja ponašanja koja su uočena kod dječaka Victora. Za “divljeg dječaka“ zainteresirao se liječnik Jean Marie Itard, uzeo ga je u vlastiti dom te započeo rad kojemu je krajnji cilj bio da od dječaka napravi “normalnog“ čovjeka. Victorovo stanje ukazivalo je na disharmoničan razvoj osjetilnog aparata, a cilj doktora Itarda bio je uspostaviti harmonično funkcioniranje kroz nekoliko “kriterija edukacije“: učiniti sve da zavoli život u društvu predstavljajući taj život drugačijim i ugodnijim od onoga kojeg je Victor do tada poznao, probuditi Victorov nervni senzibilitet, proširiti sferu ideja oblikujući odnose s bićima koja ga okružuju, vježbom imitacije uvesti upotrebu riječi, razviti najjednostavnije mentalne operacije koje bi postale podloga za uspješno podučavanje.³

Victor je umro u dobi od otprilike 40 godina. Doktor Itard nije uspio u svim svojim naumima, ali za života Victor je naučio izvjestan broj riječi, stekao je sposobnost

¹ Remschmidt, H. (2009): Autizam: Pojavni oblici, uzroci, pomoć, Naklada Slap, Zagreb, str. 9.

² Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J. (2010): Poremećaji autističnog spektra, Školska knjiga, Zagreb, str. 3.

³ Nikolić, S. (2000): Autistično dijete, Prosvjeta, Zagreb, str. 14-19.

prosudivanja i komunikacije, stekao je značenje socijalnih utjecaja te adekvatno izražavanje vlastitih emocija.⁴

Leo Kanner, koji je prvi opisao autistični poremećaj, rođen je u Klekotowu u Austro-Ugarskoj. Godine 1943., pod naslovom “Autistični poremećaji afektivnih odnosa“ opisao je jedanaest slučajeva poremećaja koji je kasnije nazvan autistični poremećaj ili Kannerov sindrom.⁵ Jedanaestero opisane djece tjelesno su izgledala zdravo, ali su pokazivala karakteristične smetnje komunikacije i govora. Poremećaj je nazvan infantilnim autizmom (prvi simptomi pojavljuju se unutar 30 mjeseci života s periodom normalnog razvoja ili bez njega). Djeca su potjecala iz viših društvenih slojeva i odvedena su na poznatu kliniku u Baltimoreu što je vjerojatno bio razlog odlaska, a ne uzrok bolesti. Kanner je pretpostavio da je nesposobnost komunikacije razlog hladnog odnosa majke prema djetetu.⁶

Njemački psihijatar, Hans Asperger, 1944. godine opisuje sindrom kojeg naziva “autistična psihopatija“ koji je prema dijagnostičkim kriterijima sličan infantilnom autizmu.⁷

Asperger je opisao četiri slučaja, a zajednička obilježja sažeo je u šest točaka: tjelesna obilježja i izražajnost, autistična inteligencija, ponašanje u zajednici, nagoni i čuvstveno ponašanje, genetika, socijalno vrednovanje i tijek. Sindrom je kasnije nazvan njegovim imenom.⁸

B. Rank, za rane poremećaje i psihotična stanja koja imaju obilježja infantilnog autizma, 1955. godine uvodi naziv “atipično dijete“, “atipična psihoza“ ili “atipični razvoj“. Naziv atipični autizam koristi se i danas za autistični poremećaj koji se pojavljuje nešto kasnije od navedene treće godine života.⁹

2.2. Pojmovno određenje

Autistični poremećaj (infantilni autizam) pervazivni je razvojni poremećaj koji počinje u ranom djetinjstvu, većinom u prve tri godine života, a zahvaća gotovo sve psihičke funkcije i traje cijeli život. Nedostatak verbalne i neverbalne komunikacije,

⁴ Ibid.

⁵ Remschmidt, H., op. cit. u bilj 1, str. 12.

⁶ Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., loc. cit. u bilj 2.

⁷ Ibid.

⁸ Remschmidt, H., op. cit. u bilj. 1, str. 10. i 11.

⁹ Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., op. cit. u bilj. 2, str. 4.

socijalne interakcije, poremećaj u govoru te specifična ponašanja i stereotipije osnovne su značajke ovog poremećaja. Jedna od prvih definicija autizma, koja je i danas aktualna, je definicija Laurete Bender u kojoj navodi autizam kao promijenjeno ponašanje u svim područjima SŽS-a: socijalnom, emotivnom, motoričkom, intelektualnom i perceptivnom području.¹⁰

Američka klasifikacija DSM-IV (*Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*) označava autizam kao izrazito abnormalan ili oštećen razvoj socijalnih interakcija i komuniciranja te smanjen repertoar interesa, a manifestira se ovisno o razvojnom stupnju i kronološkoj dobi.

Riječ *autizam* dolazi od grčke riječi *authos* što znači sam, a *infantilni* zbog dobi u kojoj se pojavljuje (u ranom djetinjstvu, u prve tri godine života).¹¹

Prema *Povelji* (5) Međunarodnog udruženja *Autism-Europe*, autizam predstavlja dugotrajni životni hendikep, uzrokovan moždanom disfunkcijom, a simptomi se manifestiraju u razvoju verbalne komunikacije i socijalnih interakcija. Osnovno obilježje autizma je *defektnost* (lat. *defectus* – nedostatak) ličnosti kao odstupanje od djetetovih psihofizičkih sposobnosti od prosjeka djece te dobi. Autistično dijete je i *deficijentno* (lat. *deficiens* – manjkav), a odnosi se na socijalno funkcioniranje koje je hendikepirano.¹²

2.3. Klinička slika

Jedinstvena klinička slika, iako različita od slučaja do slučaja, ujedinjuje slična stanja raznolike etiologije. Prema Kanmeru (1943.) postoji pet dijagnostičkih kriterija: nemogućnost uspostavljanja odnosa s ljudima i stvarima, zakašnjeli razvoj govora i uporaba govora na nekomunikativan način, ponavljajuće i stereotipne igre i opsesivno inzistiranje na održavanju određenog reda, nedostatak mašte te dobro mehaničko pamćenje, normalan tjelesni razvoj.¹³

Rutter navodi tri skupine simptoma: oštećenje socijalnog kontakta s brojnim karakteristikama koje odstupa od djetetova intelektualnog funkcioniranja, zakašnjeli i promijenjeni razvoj jezika i govora s brojnim specifičnostima, a koje su slabije

¹⁰ Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., *ibid.*, str. 6.

¹¹ *Ibid.*

¹² Nikolić, S., *op. cit.* u bilj. 3, str. 12.

¹³ Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., *op. cit.* u bilj. 2, str. 103.

razvijeni od opće intelektualne razine, inzistiranje na jednoličnosti, stereotipije, abnormalne preokupacije i otpor promjenama.¹⁴

DSM-IV klasifikacija američkog psihijatrijskog udruženja (1996.) navodi tri skupine simptoma: poremećaji socijalnih interakcija, poremećaji verbalne i neverbalne komunikacije, ograničene aktivnosti i interesi te različite motoričke smetnje i stereotipije.¹⁵

Već u dojenačkoj dobi, u djece s autizmom, mogu se primijetiti prvi znakovi bolesti: rani poremećaj prehrane (odbijanje dojke ili bočice, prihvaćanje samo određene hrane), plačljivost, poremećaj sna, autoagresija, nemir ili pretjerana mirnoća, pretjerana anksioznost, smanjen interes za igračke te nezainteresiranost za zbivanja u okolini. Izostanak kontakta očima, mnogi autori, navode kao jedan od bitnih simptoma autizma.¹⁶

2.3.1. Socijalno ponašanje

Jedan od osnovnim poremećaja u djece s autizmom je urođena nesposobnost uspostave odnosa s ljudima i stvarima. DSM-IV klasifikacija navodi simptome poremećenih socijalnih interakcija u četiri podskupine: oštećenje neverbalnih načina ponašanja kao što su pogled u oči, izraz lica, držanje tijela i geste, ne razvijaju se odnosi s vršnjacima primjereni dobi, nedostatak interesa i suosjećanja s drugim osobama, nedostatak socijalne ili emocionalne uzajamnosti.¹⁷

Jačina simptoma ovisi o dobi, inteligenciji, spolu i neurološkom statusu djeteta. Dijete ne slijedi roditelje, ne trči po kući te im ne trči u susret. Vrlo često dijete je negativističko, odbija suradnju i kontakte.¹⁸ Djeca s autizmom često ne pokazuju zajedništvo s drugim ljudima, ne pokušavaju privući pozornost druge osobe kako bi joj pokazali igračku ili podijelili s njom neku stvar. Ne pokušavaju saznati zanima li i druge ljude iste stvari kao i njih, ni ustanoviti pokušava li im netko pokazati ono što njih zanima. Klasičnu osamljenost možemo vidjeti kod mlađe djece s autizmom, one ispod pet godina. Važno je imati na umu da osobe s autizmom koje postaju otvorenije u društvu, nemaju nužno i primjerenije društveno ponašanje. Djeca s

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., Ibid., str. 104.

¹⁸ Ibid.

autizmom često ne uspijevaju izmijeniti poglede s drugim osobama, čini se kao da ne gledaju u oči i lica ljudi kako bi pročitala njihove namjere, kao da ne razumiju kako koristiti oči u neverbalnoj komunikaciji. Vrlo teško shvaćaju tuđa razmišljanja, misli i ono što rade drugi ljudi jer je najčešće ono što ljudi čine rezultat onog što misle. Nadalje, djeca s autizmom ne mogu razumjeti privide i prijekove kojih ima u pričama, kao i stvarnom životu. Autizam se opisuje kao *sljepoća mišljenja*, čime se želi naglasiti u kolikoj mjeri djeca s autizmom nisu u stanju razumjeti misli drugih ljudi.¹⁹

2.3.2. Govor

Govor autistične djece je poseban i izdvaja ovu djecu od svih drugih psihičkih i govornih poremećaja; veoma je oskudan, djeca se njime rijetko služe iako znaju govoriti, a koriste ga isključivo za izražavanje fizioloških potreba ili želja. Uz govor u ove djece poremećena je i neverbalna komunikacija. Ono ne shvaća geste i mimiku drugih ljudi, ali ako nešto treba radije će pokazati gestom i odvesti majku na određeno mjesto nego izreći svoju želju. Autistična djeca govore u drugom ili trećem licu, ponavljaju riječi ili dijelove rečenica koje su ranije čuli, ali ne odgovaraju na pitanja. Često se ponašaju kao da su gluha, ne reagiraju i ne obaziru se na okolinu. Zbog poremećaja u centralnoj organizaciji slušnih podražaja dijete se susreće s teškoćama u shvaćanju i razumijevanju zvukova (nerazumijevanje tuđeg govora na razini središnjeg živčanog sustava). To dovodi do anksioznosti, straha i nemoći, dijete može reagirati na različite načine od povlačenja do agresije i autoagresije, jer je ljuto na sebe, ali i na druge kojima pripisuje svoju nemoć u određenom trenutku.²⁰ Već u prvoj godini brojni istraživači navode sporo brbljanje, koje se uspoređuje s brbljanjem pospanog djeteta, kao početak teškoća govora. Brbljanje nije povezano s komunikacijom, obično se radi o aktivnosti u koju nisu uključene osobe iz okoline, kao da je već u dojenačkoj dobi dijete dovoljno samo sebi.²¹

Spontani govor djeteta s autizmom (koji znači komunikaciju), ako ga i ima, gramatički nije ispravan, oskudan je i nezreo, tj. nije primjeren dobi. Veoma malen broj djece, potpuno usvoji gramatički ispravan govor, ali su ipak ograničeni u

¹⁹ Baron-Cohen, S. i Bolton, P. (2000): Autizam: Činjenice, Centar za odgoj i obrazovanje "Juraj Bonačić", Split, str. 59-63.

²⁰ Nikolić, S., op. cit. u bilj. 3, str. 52. i 53.

²¹ Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., op. cit. u bilj. 2, str. 108.

govornoj komunikaciji.²² Govor je stereotipan, načinjen od gotovih formula s neologizmima. Osim u sadržaju, govor je često poremećen u ritmu, intonaciji i visini te je siromašan informacijama. Dijete ne odgovara na postavljena pitanja ili selektivno odgovara na ona koja ga zanimaju. Vrlo je karakterističan i eholaličan govor, kopija riječi koje je netko već izrekao, a bez pravog smisla i izvan komunikacije. Problem se pojavljuje u razumijevanju zamjenica i prijedloga u konverzaciji, a više od tri četvrtine djece ima pogrešan izgovor riječi. Govor se svodi na konkretno, određen je situacijom. Djeca s autizmom često ponavljaju samo posljednje riječi ili slogove, sažimaju riječi i sklapaju svoje. Osim oštećenja ekspresivnog govora, postoje ozbiljna oštećenja u nizu vještina koje su u osnovi govora ili mu prethode. Katkad je jedini način da dijete nešto naučimo taj da ga vodimo i pomičemo njegove ruke i noge, a da pokrete popratimo jednostavnim verbalnim objašnjenjem, sa što manje riječi.²³

2.3.3. Stereotipije i ograničeni interesi

Teškoća koja upotpunjuje dijagnozu autizma je nedostatak fleksibilne mašte, što je popraćeno opsesivnim ponašanjem.²⁴ Također inzistiranje na jednoličnosti jedan je od bitnih simptoma autističnog poremećaja. Dijete često slaže predmete u besmislen niz, opire se promjenama te uspostavlja uvijek isti red, a ako ga se u tome spriječi, dijete se uznemiri, opire se i negoduje.²⁵ DSM-IV te simptome navodi u trećoj skupini simptoma koje opisuje kao ograničene, repetitivne, stereotipne modele ponašanja, interesa i aktivnosti koje se očituju: zaokupljenošću jednim ili više stereotipnih i restriktivnih modela interesa koja je abnormalna intenzitetom ili usmjerenošću, uočljivim nefleksibilnim priklanjanjem specifičnim, nefunkcionalnim rutinama ili ritualima, stereotipnim i repetitivnim motoričkim manirizmima, trajnom zaokupljenošću dijelovima predmeta.²⁶

2.3.4. Psihomotorika

Autistična djeca opisuju se kao vrlo spretna, naročito u gruboj motorici koja je spontana i prirodna (hodanje, penjanje, trčanje). Prohodaju ranije od prosjeka ili u prosjeku. Fina motorika a kasnije i grafomotorika slabije su razvijene, no moguće je

²² Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., op. cit. u bilj. 2, str. 106.

²³ Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., loc. cit. u bilj. 21.

²⁴ Baron-Cohen, S. i Bolton, P., op. cit. u bilj. 19, str. 68.

²⁵ Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., op. cit. u bilj. 2, str. 111.

²⁶ Ibid.

da se ovdje radi o nižoj razini koncentracije i nezainteresiranosti djeteta. Vrlo često hodaju na prstima i pritom izvode specifične pokrete rukama i nogama. Ti pokreti se mogu ponavljati mjesecima pa čak i godinama, povremeno promijene oblik, pogotovo ako upozoravamo dijete ili mu branimo aktivnost. Dijete tada jedan pokret zamijeni drugim.

2.3.5. Prehrana

Poremećaji prehrane česti su kod autistične djece. Djeca vrlo često, naročito u ranijoj dobi, odbijaju hranu, jedu samo određenu vrstu hrane, biraju po boji, a ne po okusu te su izbirljiva.²⁷ Najviše zastupljen način prehrane u liječenju autizma je prehrana s niskom kazeinom i glutenom. Djelotvornost ove dijeta proizlazi iz odstranjivanja proteina koji stvaraju toksične peptide. Dijeta se pokazala korisnom kod osoba s autizmom kod kojih su ustanovljeni poremećaji u probavnom traktu jer kod svih koji su sudjelovali u ispitivanju došlo je do poboljšanja u socijalnoj interakciji i povećanom zanimanju za okolinu nakon terapije u trajanju od godine dana. Ovaj način prehrane ne mora dovesti do poboljšanja kod svakog pojedinca dok se kod neke djece javljaju poboljšanja u roku dva tjedna. Kod ovog načina prehrane važno je striktno provođenje, jer i male količine odstranjenih sastojaka iz prehrane mogu omesti rezultate.²⁸

2.3.6. Strah

Autistično dijete osjeća strah koji dolazi izvana i iznutra i prijeti njegovom integritetu. Ne zna objasniti svoja doživljavanja, a okolina ga ne može uspješno utješiti, čime se strah povećava. Osnovni poremećaj autistične djece je poremećaj komunikacije, a prema nekim pretpostavkama proizlazi iz poremećene percepcije, primanja i opažanja podražaja. Autistično dijete drugačije prima i doživljava osjete nego zdravo dijete. Vrlo često se plaše na zvukove, paradoksalno reagiraju zatvaranjem očiju, a na vidne podražaje zatvaraju rukama uši. Strah često proizlazi iz konkretnih situacija koje kod djece izazivaju nelagodu kao naprimjer kupanje, kod autistične djece vrlo često izvor straha ne možemo otkriti nego samo vidimo njegove fiziološke učinke. Dijete plače, drhti, vrišti, srce mu lupa ubrzano, preznojava se i vidljivo je uzbuđeno, a često razlog ne možemo otkriti. Strah se nastoji poništiti

²⁷ Nikolić, S., op. cit. u bilj. 3, str. 60.

²⁸ Blažević, K., Škrinjar, J., Cvetko, J. i Ružić, L., Posebnosti odabira tjelesne aktivnosti i posebnosti prehrane kod djece s autizmom, dostupno na: Hrčak, <https://hrcak.srce.hr/8357> [24.04.2019.]

pribjegavajući ritualima, primjerice razmještaj igračka na određeno mjesto da ga čuva noću, ponavljanje stihova u dječjim pjesmicama ili moli da majka malo ostane uz njega. U takvim stresnim situacijama najbolje je dijete nježno zagrliti i reći mu neku umirujuću riječ. Ne treba mu previše pričati kako se ne bi još više uznemirilo i nikako ne smijemo biti grubo prema djetetu jer ono nije krivo što se boji.²⁹

2.3.7. Agresija i autoagresija

Agresija je neprimjereno, puno puta učinkovito sredstvo da dijete dođe do određenog cilja ucjenom okoline. Kako bi smirili agresiju roditelji udovoljavaju zahtjevima, a time se zatvara začarani krug. Dio agresivnog ponašanja kod autistične djece je biološki uvjetovan, a dijelom je naučeni oblik ponašanja. Također, agresivnost koja je usmjerena prema djetetu pogoduje djetetovom agresivnom ponašanju. Agresija je jače izražena u obitelji nego u ustanovi gdje se tako ponašanje ne tolerira. Krajnje destruktivni oblik agresivnog ponašanja je autoagresija, agresija usmjerena prema samom sebi. Karakterističan oblik ponašanja autistične djece koji sebe udaraju, grebu, grizu, a pritom kao da ne osjeća bol, kao da uživa u tome. Objašnjenje ove pojave leži u tome da je djetetov prag boli povišen zbog višeg nivoa endogenih opioda i da posljedice autoagresivnog ponašanja kod autistične djece stvaraju ugodu. Autoagresija je veoma tvrdokorna na sve oblike terapije.³⁰

2.3.8. Emocije

Autistično dijete nije bez emocija i ono također reagira na emocije. Problem je što ono ne prepoznaje tuđe emocije i ne može na njih odgovoriti, a privrženost druge osobe autistično dijete ne odbija. Dijete također može osjetiti ako ga majka emocionalno nije prihvatila te ono reagira zatvaranjem u sebe i izolacijom od okoline. Autistično dijete je jako vezano uz majku te ova veza traje dugo jer autistično dijete dugo ostaje na nivou malog djeteta i majčina pomoć mu je dugo potrebna.³¹ Emocije koje djeca s autizmom pokazuju u odnosima s drugima mogu biti neočekivane. Većina takve djece pokazuje jednostavne emocije ljutnje, straha,

²⁹ Nikolić, S., op. cit. u bilj. 3, str. 66.

³⁰ Ibid., str. 69.

³¹ Ibid., str. 72.

radosti i žalosti, ali to ponekad pokazuju neprimjereno situaciji. Kompleksnije emocije poput ponosa i srama izostaju kod autistične djece.³²

2.3.9. Igra

Autistično dijete igra se na osebujan način. Pretežno se igra samo sa sobom, stereotipno, rijetkom s drugim osobama, a još rjeđe s drugom djecom. Igra se gledajući vlastite ruke, okreće ih, približava ih i udaljava od lica, igra se s predmetima ili dijelovima predmeta koji nisu za igru, poskakuje, plješće. Društvene igre s drugom djecom ga ne zanimaju, a vjerojatno i ne razumije pravila igre. Dva autistična djeteta mogu satima stajati blizu jedan drugome, a da se i ne primijete, a kamoli da započnu zajedničku igru. Dijete upoznaje predmete putem mirisa i okusa. Složenijih igara kod većine autistične djece nema jer nemaju sposobnost imitacije, ali kod autistične djece viših intelektualnih sposobnosti može se razviti viši nivo igre s odraslim osobama i na poticaj. Zdravo dijete može biti model i poticajno djelovati na autistično dijete ako ono prihvati autistično dijete i vodi ga. Potrebno ga je ohrabrivati jer ono kao i svako drugo dijete uči kroz igru. Potrebno je mnogo strpljenja od strane odraslih osoba kao i druge djece u odnosu s autističnom djecom. Autistično dijete ne smijemo dugo ostavljati samo da se igra jer su njegove igre stereotipne, a kada postanu loša navika vrlo teško ih je ukloniti i ne žele nikakvu drugu korisnu aktivnost.³³

2.3.10. Inteligencija

Intelektualno funkcioniranje autistične djece je različito i kreće se od prosječnih do lako i teško retardiranih. Na testovima inteligencije autistična djeca postižu lošije rezultate na onim dijelovima na kojima se ispituje govor i govorne funkcije dok na neverbalnim testovima poput slaganja cjeline iz dijelova i pridruživanje po sličnosti, autistična djeca postižu znatno bolje rezultate. Neka autistična djeca mogu biti prosječno ili natprosječno inteligentna, pogotovo ako su stimulirana. Autistične osobe mogu razviti posebne sposobnosti u području glazbe, slikarstva, kiparstva, matematike, pamćenja, određivanja datuma, reproduciranja riječi i rečenica na nepoznatom jeziku. Autistične osobe koje imaju talent za jedno područje nazivaju se *autistic-savant*. Sposobnosti se primijete vrlo rano, a razvojem drugih sposobnosti

³² Baron-Cohen, S. i Bolton, P., loc. cit. u bilj. 19.

³³ Ibid.

ponekad se talenti izgube ili nisu tako naglašeni.³⁴ Postoje različita objašnjenja za ovakve pojave. Smatra se da tajna leži u hipokampusu, dijelu limbičkog sustava velikog mozga koji je odgovoran za emocije i pamćenje. Smatra se da kod autistične djece dolazi do poremećaja u funkcioniranju dominantne lijeve hemisfere te da desna preuzima dio funkcija. Ritvo, koji se dugo vremena bavio proučavanjem autističnog poremećaja smatra da to nisu sposobnosti nego učenje, usavršavanje i praksa osoba koje samo to ponavljaju jer u životu nemaju drugih zanimljivih preokupacija. *Idiot-savant* je majstor u sitnicama, ali ne shvaća cjelinu, ne može generalizirati. On stalno ponavlja isto jer drugih sadržaja nema.

Jedna studija u kojoj je ispitivano osam osoba koje su imale sposobnost izračunavanja kalendara pokazala je da najbolju metodu ima onaj koji je bio najinteligentniji. Za umjetničke sposobnosti, više istraživača pokazalo je da nisu ovisne o intelektualnom funkcioniranju, već o sposobnosti prepoznavanja i reprodukcije. Senzorna deprivacija i socijalna izolacija odvajaju autistične osobe od okoline i vode ih u bizarnosti i neobičajne preokupacije.³⁵

2.4. Poremećaji iz autističnog spektra

Zbog postojanja različitih stupnjeva i oblika autizma govori se o autističnom spektru. Širok raspon stanja se prema međunarodnoj medicinskoj klasifikaciji naziva kategorijom *Pervazivni razvojni poremećaji*.

Pervazivni razvojni poremećaji su velika i etiološki raznolika skupina poremećaja rane dječje dobi i nepoznate etiologije koja uključuje organske čimbenike, posebice genetske, biokemijske, imunološke, ali i psihogene. Ključno mjesto u skupini razvojnih poremećaja, gotovo sinonim za pervazivne razvojne poremećaje jest autistični poremećaj. Lorna Wing osamdesetih godina 20. stoljeća uvodi naziv autistični kontinuum ili autistični spektar za razvojne poremećaje koji obuhvaćaju gotovo sve psihičke funkcije, a pojavljuju se u ranoj dječjoj dobi. Što se tiče simptoma autizma i intelektualnog funkcioniranja, poremećaj može biti blaži ili teži. Deseta međunarodna klasifikacija bolesti, ozljeda i srodnih zdravstvenih stanja (MKB-10) Svjetske zdravstvene organizacije iz 1992., opisuje pervazivne razvojne poremećaje kao skupinu poremećaja koju karakteriziraju nenormalnosti uzajamnih

³⁴ Nikolić, S., op. cit. u bilj. 3, str. 74. i 75.

³⁵ Ibid., str. 77. i 78.

socijalnih odnosa, modela komunikacije te stereotipni i ograničeni interesi i aktivnosti. U istoj klasifikaciji kao posebne dijagnostičke kategorije ubrajaju se: Autizam u djetinjstvu, Atipični autizam, Rettov poremećaj, Drugi dezintegrativni poremećaji u djetinjstvu, Poremećaj hiperaktivnosti povezan s duševnom zaostalošću i stereotipnim pokretima, Aspergerov poremećaj, Ostali poremećaji razvoja u djetinjstvu, Pervazivni poremećaji u razvoju, nespecificirani.³⁶

U ovom završnom radu će se navesti i opisati neki od poremećaja iz autističnog spektra.

2.4.1. Atipični autizam

Naziv “atipično dijete“ i “atipičan razvoj“ uvela je u dječju psihijatriju psihoanalitičarka Beata Rank 1955. godine. Atipični autizam (atipična psihoza, atipični razvoj) navodi se kao posebna kategorija pervazivnih razvojnih poremećaja koji ima obilježja autističnog poremećaja, ali ne zadovoljava sve dijagnostičke kriterije.

Simptomi atipičnog autizma slični su simptomima autizma kao što su povlačenje od ljudi, odmicanje u svijet fantazije, mutizam ili uporaba jezika na nekomunikativan način, stereotipije, ravnodušnost, izljevi ljutnje i anksioznosti, rituali, manjak kontakta oči u oči. Uzroci mogu biti nasljedni i biološki, a veliku ulogu mogu imati i psihološki čimbenici.³⁷

Razlikuju se dvije inačice atipičnog autizma: autizam s atipičnom dobi obolijevanja (kod te inačice zadovoljeni su svi kriteriji za autistični poremećaj, ali poremećaj postaje prepoznatljiv tek nakon treće godine života) i autizam s atipičnom simptomatikom (kod te inačice simptomi se manifestiraju prije treće godine života, ali ne odgovaraju potpunoj slici autističnog poremećaja. To se ponajviše odnosi na djecu sa značajno sniženom inteligencijom koja pate od opisanih razvojnih poremećaja govornog jezika, ponajprije razumijevanja jezika).³⁸ Tijek i prognoze ovise, kao i kod autističnog poremećaja, o stupnju sniženja inteligencije i o tome

³⁶ Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., op. cit. u bilj 2, str. 39.

³⁷ Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., op. cit. u bilj 2, str.43.

³⁸ Remschmidt, H., op. cit. u bilj 1, str. 60.

razvije li se govorni jezik toliko da se barem djelomično može koristiti u komunikaciji.³⁹

2.4.2. Dezintegrativni poremećaji u djetinjstvu

Dezintegrativna psihoza (Hellerov sindrom) opisuje se kao poremećaj koji se pojavljuje između treće i pete godine života, pri kojemu nakon potpuno zdravog razdoblja dolazi do pogoršanja kod gotovo svih psihičkih funkcija. Dezintegrativni poremećaj prvi je opisao 1908. godine austrijski neuropsihijatar Theodor Heller i nazvao ga *dementia infantilis*.⁴⁰

Poremećaj je rijedak, ali težak. Djeca postaju lako razdražljiva, povlače se, govorno se više ne mogu sporazumijevati, javlja se poremećaj pamćenja i percepcije, plašljiva su i agresivna, gube prije stečenu kontrolu crijeva i mjehura, a pojavljuju se i stereotipski pokreti. Djeca pokazuju predznake demencije, ali usprkos često izraženoj demenciji, crte bolesnikova lica ne postaju grube, tako da se govori i o “prinčevskom licu”.⁴¹

Bolest se većinom pojavljuje u obliku konfuzije, povlačenja, hiperaktivnosti te regresije svih psihičkih funkcija u razdoblju od nekoliko mjeseci, a Rutter navodi dva moguća početka bolesti: *nagli*, koji nastupa u nekoliko dana ili tjedana, *postupni početak* koji traje od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci.⁴²

Dijagnostički kriteriji za dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu prema DSM-IV klasifikaciji:

- A. Očito normalan razvoj tijekom najmanje prve dvije godine života koji se očituje odgovarajućom verbalnom i neverbalnom komunikacijom, socijalnim odnosima, igrom i adaptivnim ponašanjem primjerenima dobi.
- B. Klinički značajan gubitak već usvojenih vještina (prije 10. godine) na najmanje dva od sljedećih područja: jezično razumijevanje i izražavanje, socijalne vještine ili adaptivno ponašanje, kontrola sfinktera, igra, motoričke vještine.

³⁹ Ibid., str. 61.

⁴⁰ Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., op. cit. u bilj 2, str. 44.

⁴¹ Remschmidt, H., op. cit. u bilj 1, str. 64.

⁴² Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., loc. cit. u bilj 40.

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

D. Smetnja nije bolje opisana kao neki drugi pervazivni razvojni poremećaj ili shizofrenija.⁴³

Uzrok poremećaja je nepoznat, a poremećaj se može povezati s jasnom dokazanim cerebralnim oštećenjem, npr. encefalitisom ili čak i psihosocijalnim stresom (hospitalizacija, odvajanje od majke, rođenje mlađeg brata ili sestre).⁴⁴

Za sada nije bilo moguće terapijskim metodama utjecati na poremećaj zbog progresivnog tijeka. Manje od četvrtine bolesnika može govoriti, polovina ostaje doživotno nijema. Druga polovina može upotrebljavati pojedine riječi, ali često ne komuniciraju. Kod male skupine bolesnika oštećenja se nastavljaju. U kasnijim stadijima dolazi do neuroloških ispada koji katkad mogu dovesti i do prerane smrti.⁴⁵

2.4.3. Rettov poremećaj

Rettov poremećaj je progresivni neurorazvojni poremećaj koji se pojavljuje isključivo kod djevojčica, s početkom bolesti od šestog do osamnaestog mjeseca života. Poremećaj je prvi put opisao bečki pedijatar Andreas Rett 1966. godine. Bolest se manifestira trijasom simptoma: autističnim ponašanjem, intelektualnim propadanjem i progresivnom ataksijom.

Prvi kriteriji za dijagnosticiranje poremećaja postavljeni su na drugoj međunarodnoj konferenciji o Rettovu sindromu u Beču 1984., a četiri godine poslije Međunarodna udruga za Rettov sindrom (IRSA) postavila je današnje dijagnostičke kriterije.

⁴³ Ibid., str. 45.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Remschmidt, H., op. cit. u bilj 1, str. 66.

Poremećaj se pojavljuje postupno u naizgled zdravog djeteta. Trudnoća majke, porod i rani razvoj do šestog mjeseca izgledaju uredni. Jasni simptomi pojavljuju se postupno u drugoj polovini prve godine s neodređenim zastojem u psihomotornom razvoju. Ako je dijete počelo puzati, prestaje to raditi, usporeno je, nezainteresirano za okolinu, zatvara se, psihički se mijenja. Dolazi do gubitka sposobnosti za održavanje ravnoteže te stajanje djeteta na nogama kasni.⁴⁶ U dobi od godinu i pol poremećaj je jasno zamjetan, a osnovni simptomi su intelektualno propadanje, gubitak djetetova interesa za okolinu, loša komunikacija, zastoj u razvoju fine i grube motorike te gubitak stečenih funkcija. Dijete postupno regredira, zatvara se u svoj autistični svijet. Nakon nespecifičnog početka, zatim faze regresije i autizma, slijedi faza djelomičnog oporavka. U toj se fazi kod većine djece pojavljuju epileptični napadaji. Gotovo 80% pacijentica s Rettovim sindromom ima epilepsiju, a intelektualno oštećenje većeg stupnja prisutno je kod sve djece.⁴⁷ Osebujna obilježja poremećaja su sljedeća: potpun gubitak svrsishodne uporabe šake, potpun ili djelomičan gubitak razvoja jezičnog razumijevanja, usporenje rasta glave, osebujni stereotipski pokreti šake.⁴⁸

Tijek bolesti iskazuje se najčešće u četiri osnovna stadija:

- I. stadij bolesti je rani početak stagnacije djeteta između šestog i 18. mjeseca život, ali može početi i u petom mjesecu. Primjećuje se zaostajanje u razvoju, ali razvojni proces još nije abnormalan. Taj stadij traje od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci.
- II. stadij bolesti čini brzi razvojni regres od prve do četvrte godine. Dijete gubi postignute motoričke, komunikacijske i druge vještine te dolazi do mentalne nesposobnosti. Djevojčice često gube kontakt oči u oči, učestala su loša raspoloženja, poteškoće u disanju, epileptični napadaji, stereotipni pokreti, prinošenje ruku ustima te plaženje jezika. Ovaj stadij traje od nekoliko tjedana do jedne godine.

⁴⁶ Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., op. cit. u bilj 2, str.59.

⁴⁷ Ibid., str. 60.

⁴⁸ Remschmidt, H., op. cit. u bilj 1, str. 62.

- III. stadij je period s povremenim poboljšanjima. Većina djevojčica odražava sposobnost kretanja, dok neke ostaju nepokretne. Stadij traje od nekoliko do deset godina.
- IV. stadij u kojem nastaje potpuna motorička nesamostalnost te propadanje psihičkih funkcija. Četvrti stadij traje desetljećima.⁴⁹

Rettov sindrom posljedica je kromosomske mutacije gena. Ta mutacija kod muškaraca je obično smrtonosna. Budući da djeca pri rođenju ne pokazuju kliničke osebnosti i pokazuju normalan psihomotorni razvoj, nedvojen je progresivni karakter procesa.

Osim lijekova za epileptične napadaje, drugi se lijekovi nisu pokazali uspješnima. Primjenjuje se fizikalna terapija radi prevencije skolioze, deformacije malih zglobova na rukama i poboljšanja motorike. Korisna je glazboterapija i podvodna masaža.⁵⁰ Za sada ne postoji terapija koja bi uklonila uzroke bolesti, bolest napreduje i za sada se ne može zaustaviti.⁵¹

2.4.4. Aspergerov poremećaj

Aspergerov poremećaj ozbiljan je kronični neurorazvojni poremećaj koji se definira deficitima i ograničenim interesima, slično kao i autizam, ali dobro razvijenim govorom i dobrim kognitivnim sposobnostima, što ga razlikuje od autizma i drugih pervazivnih razvojnih poremećaja. Naziv je dobio prema austrijskom pedijatru specijaliziranom za odgojnu pedagogiju Hansu Aspergeru, nazvavši ga *autističnom psihopatijom* stavljajući naglasak na poremećaj osobnosti. Naziv autistična psihopatija više se ne koristi jer se termin psihopatija dugo koristio za antisocijalni poremećaj ličnosti, što ovom poremećaju ne bi odgovaralo.⁵²

Asperger je opisao četiri dječaka dobrih kognitivnih sposobnosti i dobro razvijena govora koji su imali velike poteškoće u socijalizaciji i komunikaciji. Hans Asperger opisao je ovu djecu kao "male profesore koji uvijek govore o svojim

⁴⁹ Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., op. cit. u bilj 2, str.62.

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ Remschmidt, H., op. cit. u bilj 1, str. 63.

⁵² Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., op. cit. u bilj 2, str.48.

preokupacijama, ali imaju poteškoće s neverbalnom komunikacijom (mimika, geste, facijalna ekspresija)“.⁵³

Lorna Wing, bila je prva osoba koje je upotrijebila naziv Aspergerov sindrom u članku, opisala je glavna klinička obilježja Aspergerova sindroma: nedostatak empatije, naivna, neodgovarajuća, jednostrana interakcija, nepostojanje sposobnosti ili smanjena sposobnost sklapanja prijateljstva, pedantan, repetitivan govor, slaba neverbalna komunikacija, intenzivna zaokupljenost određenim temama te nespretni i loše koordinirani pokreti i neobičan tjelesni stav.⁵⁴

Aspergerov poremećaj obuhvaća neobično ponašanje u području komunikacije (asocijalni, naivni, neprikladni, emocionalno indiferentni na druge, osjetljivi na kritike). Unatoč dobro razvijenu govoru, komunikacija nije razvijena, a govor je neobično moduliran, često upadan za druge osobe. Takva djeca imaju ograničene interese, a motorika im je slabo razvijena. Motorička nespretnost i smetnje koordinacije jedni su od bitnih specifičnih simptoma. Djeca s Aspergerovim poremećajem ne pokazuju odstupanja u kognitivnome i govornom razvoju, spadaju u naprednu djecu. Govor se razvija na vrijeme, kontrola sfinktera uspostavlja se u granicama očekivanog, dijete počinje puzati, sjediti, hodati na vrijeme ili nešto kasnije, ali je izrazito motorički nespretno.⁵⁵

Prvi pokazatelji poremećaja drukčiji interesi od onih kod vršnjaka, manjkavost neverbalne komunikacije, neobičan način kontakta oči u oči i nezainteresiranost za društvo vršnjaka. S obzirom na uredan kognitivni razvoj i razvoj govora, poremećaj se obično dijagnosticira nakon treće godine, a često i nakon desete. Nekim osobama nikad nije postavljena pravilna dijagnoza, pa ih niz poteškoća prati cijeli život.⁵⁶

Djeca s Aspergerovim sindromom mogu se samo ograničeno prilagoditi drugim ljudima ili socijalnim situacijama i često su bezobzirna u ostvarenju svojih želja. Često ih veseli ljutnja drugih ljudi i nemaju osjećaj za osobnu distancu, niti za humor. Njihova emocionalnost je kvalitativno različita: disharmoničnog su raspoloženja, često puna iznenađujućih proturječnosti, ali sposobna doživljavati

⁵³ Ibid.

⁵⁴ Attwood, T. (2010): Aspergerov sindrom: Vodič za roditelje i stručnjake, Naklada Slap, Jasterbarsko, str. 15.

⁵⁵ Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., op. cit. u bilj 2, str.49.

⁵⁶ Ibid.

duboka čuvstva. Zbog osebujnog ponašanja često su izvrgnuta izrugivanju, na što reagiraju vrlo neprikladno, katkad pretjeranom agresivnošću. Oni žele socijalne interakcije, ali ne znaju kako ih ostvariti.⁵⁷

U predškolskoj dobi djeca postupno prelaze od igranja pokraj nekog do igranja s nekim. Važno je da malu djecu s Aspergerovim sindromom poticati na sudjelovanje, na pozivanje druge djece da im se pridruže te na davanje pozitivnih inicijativa za aktivnost. U ovoj fazi razvoja pojma prijateljstva trebaju naučiti davati pozitivne izjave o svojem budućem prijatelju, pokazivati brigu i suosjećanje te pomagati drugima i u praktičnim stvarima. Postoji i problem druge djece koja iskorištavaju naivnost djece s Aspergerovim sindromom. Ona mogu uživati u tome da “im smjeste“ i dovedu ih u nevolju. Važno je da odgajatelji budu svjesni da možda nije bilo zle namjere ako dijete priupita ili napravi nešto neprikladno, već da je to dijete učinilo posve nesvjesno.⁵⁸

Kriterij za postavljanje dijagnoze Aspergerova sindroma definirani su na seminaru o Aspergerovu sindromu (London, 1988.). Na tom skupu navedeno je šest dijagnostičkih kriterija za postavljanje dijagnoze, od kojih svi moraju biti zastupljeni:

1. Naglašene su teškoće u ostvarivanju socijalnih interakcija koja se očituje u nemogućnosti realiziranja odnosa ili igre s vršnjacima, nedostatak prirodne želje za društvom vršnjaka, što rezultira osjećajem suvišnosti i socijalne izolacije, socijalno i emocionalno neadekvatno ponašanje koje se očituje kao emocionalna hladnoća. Igre su neinventivne i rutinske.
2. Naglašeno je zanimanje za ograničene i neobične aktivnosti, npr. za astronomiju, grčku povijest ili bilo što drugo. To zanimanje može promijeniti sadržaj, ali uvijek ostaje ekstremno i uvijek se ponavlja na isti način. Dijete svemu prilazi radije mehanički nego da shvaća i zaključuje inventivno.
3. Učenje je stereotipno i rutinsko, a sve su aktivnosti u djetetovu životu skućenije nego u zdrave djece.
4. Dijete već od najranije dobi pokazuje smetnje govora i jezika. Govor se razvije kasnije u usporedbi s vršnjacima, a osobito je oskudan komunikativni govor.

⁵⁷ Remschmidt, H., op. cit. u bilj 1, str. 44.

⁵⁸ Attwood, T., op. cit. u bilj 54, str. 46.-49.

Većinom je monoton i formom odudara od normalnog; iako je razvijen, dijete ga ne upotrebljava na primjeren način.

5. Naznačeni su i neverbalni problemi komunikacije, čudne i nespretne geste i mimika.
6. Motorička je nespretnost karakteristična i ima je svako dijete s Aspergerovim sindromom, te je jedan od bitnih diferencijalnih simptoma u odnosu prema infantilnom autizmu.⁵⁹

Dijagnoza se postavlja na osnovi anamneze, pregleda i promatranja ponašanja. Iscrpan psihološki pregled, uzimajući u obzir neuropsihološke nalaze, može pomoći ne samo u dijagnozi već i planiranju terapijskih postupaka.⁶⁰ Glede uzroka Aspergerova sindroma uzet će se u obzir sljedeći utjecaji: genetički čimbenici, moždana oštećenja i poremećaji moždane funkcije te neuropsihološki deficiti.⁶¹ Za sada nema učinkovitog postupka kojima bi bila moguća terapija uzroka poremećaja. Terapijske intervencije kod Aspergerova sindroma: individualna terapija (poticanje na procese učenja koji omogućuju vlastitu životnu perspektivu; razvoj socijalnih odnosa i osjećaja povjerenja; poticanje na analizu i organizaciju vlastitih procesa mišljenja; razumijevanje povezanosti događaja; uvježbavanje svladavanja svakodnevnih problema), uvježbavanje socijalnih vještina u grupi (poticanje interesa za socijalne interakcije, razumijevanje socijalnih pravila te prenošenje socijalnih iskustava), radno osposobljavanje i zapošljavanje te lijekovi.⁶²

2.5. Dijagnostika autizma

Postaviti sa sigurnošću dijagnozu autističnog poremećaja, pogotovo kod djece mlađe od tri godine, dati smjernice za tretman i edukaciju često nije lako. Dijagnostika autističnog poremećaja postavlja se na osnovi anamneze i promatranja djeteta u različitim situacijama.⁶³

Kriteriji za dijagnozu, prema manifestaciji kliničkih simptoma, minimalno su se mijenjali od Kanner do danas. Jedina bitna promjena jest općeprihvaćena činjenica da se, osim o autizmu, kod te djece većinom radi i o različitim stupnjevima

⁵⁹ Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., op. cit. u bilj 2, str.50.

⁶⁰ Remschmidt, H., op. cit. u bilj 1, str. 45.

⁶¹ Ibid., str. 50.

⁶² Ibid., str. 57.

⁶³ Ibid., str. 20.

intelektualnog oštećenja, što se prvobitno negiralo. Osnova gotovo svih sustava su Kannerovi kriteriji, koji obuhvaćaju ove simptome: nemogućnost djeteta da uspostavi normalne kontakte s ljudima; zakašnjeli razvoj govora i uporaba govora na nekomunikativan način; ponavljajuće i stereotipne igre i opsesivno inzistiranje na poštovanju određenog reda; nedostatak mašte; dobro mehaničko pamćenje; normalan tjelesni izgled.⁶⁴

Dijagnostički se kriteriji svakih deset godina ponešto promijene. Jedna od najstarijih, prije dosta korištenih, jest Creakova *nine-point* ljestvica (1963.) u kojoj je od 14 ponuđenih simptoma za postavljanje dijagnoze autizma potrebno barem devet. Kriteriji u 14 točaka obuhvaćaju tri osnovna područja nesposobnosti (socijalizaciju, komunikaciju i čudne igre), ali i simptome dječje shizofrenije. To su: velike teškoće pri druženju i igranju s drugom djecom, dijete se ponaša kao da je gluho, dijete ima jak otpor prema učenju, dijete nema straha od stvarnih opasnosti, dijete ima jak otpor prema promjenama u rutini, dijete se radije koristi gestom ako nešto želi, dijete se smije bez vidljiva razloga, dijete se ne voli maziti niti nositi, pretjerana fizička aktivnost (hiperaktivnost), dijete izbjegava pogled oči u oči, neuobičajena vezanost za objekte ili dijelove objekta, dijete okreće predmete i potresen je ako je u tome prekinuto, ponavljajuće i čudne igre, dijete se drži po strani.⁶⁵

Danas ova ljestvica može poslužiti za postavljanje početne radne dijagnoze, no u praksi se sve manje primjenjuje

Rutter, jedan od najvećih suvremenih dječjih psihijatara koji se bavi problematikom pervazivnih razvojnih poremećaja, autizam je označio s četiri ključna kriterija, koji su poslije bili podloga i za dijagnostičke kriterije Međunarodne klasifikacije bolesti i ozljeda, te dijagnostičke kriterije DSM klasifikacijama. Dijagnostički kriteriji prema Rutteru: oštećenje socijalnog razvoja s brojnim posebnim karakteristikama koje odstupaju od djetetove intelektualne razine, zakašnjeli i izmijenjeni razvoj jezika i govora s određenim specifičnostima, a koji odstupa od djetetove intelektualne razine, inzistiranje na jednoličnosti, što se očituje u stereotipnim oblicima igre, abnormalnim

⁶⁴ Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., op. cit. u bilj 2, str. 95.

⁶⁵ Ibid., str. 8.

preokupacijama ili u otporu promjenama, pojava poremećaja do dobi od 30 mjeseci.⁶⁶

2.6. Uzroci autizma

Uzroci autističnog poremećaja nisu do danas u potpunosti razjašnjeni. Većina vjeruje da se radi o psihičkim, ali i organskim faktorima koji se isprepleću. Iako postoje brojne teorije o uzrocima autizma, nijedna u potpunosti ne objašnjava poremećaj, već samo neke njegove dijelove.⁶⁷ Posljednjih godina sve više prevladavaju gledišta prema kojima su za nastanak autističnog poremećaja odgovorni sljedeći činitelji: utjecaji naslijeđa - postoji niz podataka koji upućuju na povećan broj slučajeva autističnog poremećaja u pojedinim obiteljima. Macdonald i suradnici našli su kod 15% braće i sestra osobe s autističnim poremećajem, kognitivna oštećenja, ponajprije u obliku govornih i jezičnih poremećaja, dok su kod braće i sestara djece s Downovim sindromom takve kognitivne poremećaje uočili samo u 4,5% slučajeva. Isto tako, Baird i August 1985. godine utvrdili su povećan broj kognitivnih poremećaja u braće i sestara autistične djece. Našli su značajnu povezanost niskog IQ-a, poremećaja učenja i autističnog poremećaja u braće i sestara autistične djece s težom mentalnom retardacijom u usporedbi s braćom i sestrama autistične djece čija su intelektualna oštećenja bila manje izražena.⁶⁸ U tri najvažnija istraživanja blizanaca nađeno je veće slaganje kod jednojajčanih blizanaca nego kod dvojajčanih. Kod jednojajčanih blizanaca stupanj složenosti 43% za autistični poremećaj i 87% za socijalne poremećaje, a rezultati za dvojajčane blizance su 0% autistični poremećaj i 10% za socijalne poremećaje.⁶⁹ Moždana oštećenja i poremećaj moždane funkcije - "Autistični deficit" povezan s funkcionalnim poremećajem lijeve moždane polutke, abnormalnim promjenama moždanog debla povezanim s poremećajem pažnje i abnormalnim procesima moždanog sazrijevanja. Istraživači su kod 54% autističnih bolesnika našli abnormalne promjene moždane kore za koje se pretpostavlja da su nastale prije šestog mjeseca trudnoće. Kod kontrolnih neautističnih ispitanika takve promjene nisu nađene. Moždana oštećenja i poremećaji moždane funkciji imaju važnu ulogu kod autistične djece no ti su rezultati nejednoznačni što se tiče vremena

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Nikolić, S., op. cit. u bilj. 3, str. 101.

⁶⁸ Remschmidt, H., op. cit. u bilj 1, str. 26. i 27.

⁶⁹ Ibid., str. 29.

nastanka, mjesta i težine poremećaja.⁷⁰ Biokemijske osobitosti - u većem broju istraživanja nađena je u približno 60% djece s autističnim poremećajem povećana razina serotonina. Pretpostavlja se da u te djece dolazi do povećane sinteze serotonina, a da se tijekom razvoja njegova sinteza ne smanjuje kao što je to slučaj kod normalne djece.⁷¹ Poremećaji emocionalnog razvoja - Hobson smatra da kod autistične djece postoji urođeni poremećaj afektivnih kontakata. Takav deficit znači smanjenje sposobnosti percepcije tjelesnog izražaja različitih čuvstava koje doživljavaju drugi ljudi. Hobson je ispitao sposobnosti djece s autizmom da nacrtana i snimljena lica koja su izražavala određeno čuvstvo (veselje, strah, žalost) pridruže osobama koje su na kratkoj videosnimci izražavale isto čuvstvo. Autistična djeca su značajno manje uspješno pridruživala lica osobama koje su na videosnimci izražavale različita čuvstva. Hobson je zaključio da autistična djeca imaju teškoća u prepoznavanju, obradi i povezivanju različitih oblika izražavanja određenog čuvstva te da bi to moglo smanjiti njihovu sposobnost razumijevanja emocionalnih stanja drugih ljudi.⁷² Poremećaji kognitivnih procesa i govorno-jezičnog razvoja - u različitim eksperimentima pokazalo se da autistična djeca imaju teškoća u shvaćanju da drugi ljudi mogu biti u različitim psihičkim stanjima. Zato mogu pogrešno razumjeti ponašanje drugih ljudi. Ponašanje drugih ljudi ih može lako zbuniti jer ga teško mogu procijeniti. Nijedno autistično dijete nije moglo shvatiti složeniji stupanj "theory of mind" ("Što misli lutka?").

2.7. Učestalost autizma

Prije pedesetak godina, kada je autizma prvi puta opisan, smatralo se da je poremećaj češći u višim socijalnim slojevima, posebice u intelektualnim obiteljima. Mnoga su epidemiološka istraživanja to opovrgava. U nekim je obiteljima 50 do 100 puta češći nego općenito u populaciji, a to potvrđuje genska uloga u etiologiji. Dječaci obolijevaju četiri do pet puta češće nego djevojčice, a od Kannerova tipa autizma i više.⁷³ Brojna epidemiološka istraživanja navode da je Aspergerov poremećaj znatno rjeđi od autizma te da se pojavljuje u omjeru 1:5 u odnosu na autizam ili 2,6 na 10 000. Rettov sindrom pojavljuje se u jednom slučaju na 10 000 ili 15 000 djece, i to

⁷⁰ Ibid., str. 31.

⁷¹ Ibid., str. 32.

⁷² Ibid., str. 33.

⁷³ Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., op. cit. u bilj 2, str. 27.

isključivo djevojčica. Dezintegrativna psihoza najrjeđe se pojavljuje. U Hrvatskoj je 2010. godine registrirano oko osam tisuća osoba s autizmom.⁷⁴

2.8. Terapija

Terapijske su intervencije mnogobrojne i vrlo različite s obzirom na ciljeve, sredstva i polazni model. U dječjoj dobi uključivanje roditelja i okoline je od presudne važnosti. Roditelji mogu kod kuće nastaviti važne terapijske korake ili se barem pridržavati principa primijenjenih u terapiji. Svaka terapija mora polaziti od individualnog razvojnog profila i ciljano u terapiju uključiti različita područja.⁷⁵

2.8.1. Bihevioralni pristup

Osnovna pretpostavka je da svako ljudsko biće može naučiti radnje ako je za njih nagrađeno, a prestane činiti one koje rezultiraju neugodnim posljedicama. Druga pretpostavka je da se učenje ostvaruje najlakše kada su zadaci podijeljeni u jednostavne etape od kojih svaka mora biti savladana prije nego se prelazi na sljedeću.⁷⁶ Primijenjen je veliki broj postupaka bihevioralne terapije počevši od operantnog uvjetovanja uz uporabu nagrada i averzivnih podražaja do “promptinga” (davanje potpore), “shapinga” (oblikovanje ponašanja) i “fadinga” (postupno uskraćivanje potpore). Ograničena pomoć kod tzv. “high-functioning” autizma je i trening ponašanja igranjem uloga i feedbackom. Cilj bihevioralne terapije je usvajanje poželjnih obrazaca ponašanja te napuštanje nepoželjnih.⁷⁷

2.8.2. Psihofarmakoterapija

U medikamentoznoj terapiji autistične djece najviše se koriste lijekovi koji se koriste u liječenju psihoza u odraslih, a to su antipsihotici. Kao pomoćni lijekovi primjenjuju se sedativi i hipnotici (lijekovi za uspavlivanje). Ove lijekove trebalo bi koristiti samo privremeno i kratkotrajno kada je dijete izrazito nemirno i nervozno ili kada ima naglašene smetnje spavanja. Lijekovi uglavnom djeluju na psihomotorni nemir, agresiju, autoagresiju i poboljšanje pažnje. Unatoč velikom napretku, psiho-

⁷⁴ Ibid., str. 33.

⁷⁵ Remschmidt, H., op. cit. u bilj 1, str. 37.

⁷⁶ Nikolić, S., op. cit. u bilj. 3, str. 118.

⁷⁷ Remschmidt, H., op. cit. u bilj 1, str. 75.

farmakoterapija autistične djece još je u začetku s brojnim nepoznanicama i dilemama.⁷⁸

2.8.3. TEACCH Program

TEACCH je kratica engleskih riječi – T (tretman), E (edukacija), A (autizam), C (komunikacija), CH (children=djeca). Liječenje uključuje program za učenje govora i ponašanja koji podrazumijevaju individualno podučavanje i savjete koji se mogu dobiti u školi ili pri nekoj drugoj službi. Pristup uključuje i rad s roditeljima, potiče ih da i oni prođu tečaj, a pomaže im i organizirati grupe potpore. TEACCH program također kombinira tretman s dijagnostičkim metodama.⁷⁹

2.8.4. Likovna terapija

Likovna terapija je metoda za poticanje razvojnih procesa i odgoja autistične djece. Mnoga autistična djeca zbog potpunog izostanka govora crtežom mogu izreći poruke i želje i tako komunicirati s drugim osobama. Crteži autistične djece često su stereotipni i ponavljaju se uvijek na isti način. Neka autistična djeca posebno su nadarena za slikarstvo.⁸⁰

2.8.5. Terapija igrom

Terapija igrom može se primjenjivati i u autistične djece višeg intelektualnog funkcioniranja. Igrom dijete može izreći prikrivene fantazije ili osobne doživljaje. Terapijska igra ciljana je i vodi je terapeut, a ima svoj početak i sazrijevanje. Kroz ovakve terapijske situacije dijete ponovno proživljava već proživljene doživljaje u kojima su sudjelovale osobe iz njegove najbliže sredine.⁸¹

2.8.6. Kineziterapija

Intenzivne tjelesne aktivnosti u dječjoj dobi povoljno utječu na uklanjanje hiperaktivnosti. Osim ciljanog terapijskog učinka, kineziterapija u autistične djece potiče normalan tjelesni razvoj. Stereotipno držanje tijela autistične djece pogoduju

⁷⁸ Nikolić, S., op. cit. u bilj. 3, str. 119.

⁷⁹ Baron-Cohen, S. i Bolton, P., op. cit u bilj. 19, str. 89.

⁸⁰ Nikolić, S., op. cit. u bilj. 3, str. 121.

⁸¹ Ibid., str. 122.

deformaciji koštano-mišićnog sustava (skolioza, spuštene stopala) što se tjelesnim vježbanjem može ukloniti.⁸²

2.8.7. Glazboterapija

Terapija pomoću glazbe koristi se u većini posebnih škola za autizam. Otkriveno je da se može kod djece razviti vještina *naizmjeničnog sudjelovanja*, a to može biti korisno za razvoj društvene komunikacije. Terapija glazbom također ima smirujući učinak na većinu djece s autizmom te se pokazalo da je nekima od njih lakše razumjeti pjevanje nego govor. Zbog toga se i pjevanje koristi kako bi se uspostavila komunikacija. Ova terapija često otkriva normalnu ili iznadprosječnu glazbenu nadarenost djece s autizmom.⁸³

2.8.8. Logoterapija – terapija govora

Logoterapeuti rade na razvoju govora na svim razinama. Ova terapija također nastoji razvijati razumijevanje. Vrlo je teško potaknuti spontan i odgovarajući razgovorni jezik unatoč intenzivnom individualnom liječenju. Nužno je poticati učenje konverzacijskih vještina u što prirodnijem okruženju. Smatra se da je terapiju govorom učinkovitije provoditi u što ranijoj fazi razvoja.⁸⁴

⁸² Ibid.

⁸³ Baron-Cohen, S. i Bolton, P., op. cit u bilj. 19, str. 92.

⁸⁴ Ibid.

3. EDUKACIJSKO-REHABILITACIJSKA PODRŠKA

3.1. Rana intervencija za djecu s poremećajima iz autističnog spektra

U Zagrebu, u sklopu kabineta za poremećaje iz autističnog spektra Centra za rehabilitaciju Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta, provodi se dijagnostika, savjetovanje roditelja i tretman za djecu s autizmom. U sklopu Udruge za autizam Zagreb, nakon inicijative stručnjaka s Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta pokrenut je projekt, a ciljevi projekta su razvoj vještina i sposobnosti koje će biti osnova za daljnje učenje i integraciju djece u redovite predškolske ustanove, podučavanje i poticanje roditelja u razumijevanju djetetovih potreba i poticanju njihova razvoja svakodnevnim aktivnostima i rutinama te partnerstvo s vrtićima putem edukacije i podrške osoblju. Program vodi defektolog rehabilitator dva puta na tjedan po dva sata u obitelji. Na početku programa provodi se inicijalna procjena zbog kreiranja individualiziranog plana podrške prilagođen specifičnim potrebama djeteta i obitelji. Program se nadopunjava svaka tri mjeseca te nakon tri godine u sklopu Udruge za autizam, program se prenosi u Centar za autizam Zagreb te je tako uključen u sustavan oblik skrbi za djecu s poremećajima iz autističnog spektra.⁸⁵

3.2. Rano djetinjstvo i predškolska dob

Rana dijagnoza i vrednovanje stanja iznimno su važni prvi potezi u pomaganju roditeljima da razviju svijest o tome što ih očekuje. Bitan je način na koji roditelji dobivaju upute i savjete te jasnoća i vjerodostojnost informacija. Profesionalci u komunikaciji s roditeljima moraju biti usmjereni na individualne obiteljske čimbenike i na moguću potrebu ispravljanja roditeljskih zabluda vezanih za simptome i etiologiju poremećaja. Roditeljima je potrebna pomoć kako bi što bolje razumjeli specifične modele učenja svojeg djeteta. Važno je da i roditelji sudjeluju u odlukama i planiranju intervencijskih strategija. Potreba za emocionalnom potporom varira od obitelji do obitelji, a povezana je s dobi djeteta. Pokazalo se da je obiteljima potpora najpotrebnija dok je dijete maleno, jer tada počinje suočavanje sa situacijom. Potpora se pruža u obliku edukacije te se roditelje potiče na uspostavljanje kontakta s drugim obiteljima. Roditeljima je potrebna pomoć u biranju vrtića u kojem će dijete dobiti adekvatan tretman, a rješenje može biti predškolska ustanova koja obuhvaća isključivo djecu s autizmom, ustanova koja obuhvaća djecu

⁸⁵ Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J., op. cit. u bilj 2, str. 257.

s poremećajima u razvoju ili redovita predškolska ustanova u koju će biti integrirano dijete s autizmom.⁸⁶

3.3. Zajedničko djelovanje roditelja i profesionalca

Roditelji i profesionalci različito gledaju na dijete, a razlog tog neslaganja su različita razina spoznaje o razvojnoj teškoći i različita polazišta u promatranju djeteta. Profesionalac koji prihvaća činjenicu da negativno stajalište proizlazi iz dotadašnjeg iskustva roditelja odgovorit će na kritičizam empatijom i podrškom. Važno je da profesionalac razumije i poštuje roditeljevo viđenje i onda kada se s njegovim mišljenjem ne slaže. Profesionalac koji je spreman pomoći roditeljima da se nauče nositi sa svim mogućim službama koje im trebaju i koje će im trebati, dobit će povjerenje roditelja. Roditelji će biti zadovoljniji u svojem angažmanu, što je temelj za dobro partnerstvo profesionalca i roditelja. Obje strane moraju promovirati partnerstvo usmjereno prema djetetu i u njegovu korist. Dobra komunikacija temelj je dobroj suradnji nužnoj da se pomogne djetetu. Osim zajedničkog određivanja ciljeva individualiziranog edukacijsko-rehabilitacijskog programa, roditelji moraju pratiti promjene i ishode programa intervencije. Ako zajednički djeluju, stručnjaci i roditelji imaju mnogo veće izgleda u nastojanjima da unaprijede sustave podrške za djecu s poremećajima iz autističnog spektra.⁸⁷

3.4. Slušanje roditelja

Poznato je da su roditelji djetetu s autizmom čvrsta točka, konstanta u njihovu životu, oni koji će s njima biti u svim životnim razdobljima i u svim mogućim situacijama - od vrtića do odrasle dobi. Roditelji su primoreni na bezbrojne interakcije s različitim medicinskim, edukacijsko-rehabilitacijskim i drugim profesionalcima. Roditelji najbolje poznaju svoje dijete i mogu mnogo toga reći stručnjacima. Oni su ključna veza između djeteta s autizmom i odgajatelja, rehabilitatora koji rade s njim. Profesionalci od roditelja mogu naučiti mnogo o jedinstvenim potrebama svakog djeteta, ali i steći šire razumijevanje o iskustvu življenja s autizmom. Slušajući roditelje i upoznavajući njihovu percepciju djeteta, također mogu odrediti i prilagoditi odgovarajuće i učinkovite pristupe komunikaciji. Profesionalci su usmjereni na simptome, rjeđe na individualnost i jedinstvenost. Individualnost i

⁸⁶ Ibid., str. 324.

⁸⁷ Ibid., str. 320.

jedinstvenost ono je do čega je roditeljima stalo i to je najpoticajnije za sve one koji su uključeni u brigu o djetetu.⁸⁸

3.5. Suosjećanje

Empatija stručnjaka podrazumijeva suosjećanje s tugom roditelja, ali i dijeljenje radosti koje roditelji otkrivaju profesionalcu. Empatija produbljuje dobre odnose s roditeljima, pomaže proširiti komunikaciji, a pokazuje se spremnošću i interesom za slušanjem roditelja. Empatiju ne smijemo poistovjetiti sa žaljenjem. Izražavanje žaljenja nije prihvatljivo jer time stavljamo drugu osobu u podređenu poziciju. Treba polaziti od spoznaje da je svatko mogao biti u istoj situaciji kao roditelj kojemu želimo pružiti utjehu i podršku.⁸⁹

3.6. Oblici suradnje profesionalca i roditelja

Suradnja roditelja i profesionalca temelji se na međusobnom poštovanju i povjerenju pri čemu je vrlo važna podjela iskustva. Profesionalac donosi svoje iskustvo i spoznaje o postupcima koji mogu dati zadovoljavajuće rezultate, a roditelji imaju svoj način gledanja na razvoj djeteta i njegove specifične sposobnosti, potrebe i želje. Postoje četiri oblika suradnje između profesionalca i roditelja: odnos profesionalac-roditelj (u osnovi takvog odnosa je individualizirani edukacijski plan za dijete, stručnjak pomaže roditelju u provođenju zadataka iz individualiziranog programa u segmentima izvan edukacijsko-rehabilitacijskog centra ili škole u koju dijete polazi), odnos roditelj-profesionalac (roditelji su izvor informacija o tome kako se obitelj suočava sa specifičnom situacijom, događa se zamjena uloga, profesionalci uče od roditelja), grupe podrške (profesionalci i roditelji pružaju jedni drugima stručnu i emocionalnu podršku, surađuju u obliku rasprava, savjetovanja roditelja, radionica), lobističko povezivanje (profesionalci i roditelji surađuju kako bi unaprijedili sustav podrške i organizirali akcije potrebne u lokalnoj sredini, a namjera im je pomoći djeci i obiteljima s istim ili sličnim problemima).⁹⁰

3.7. Profesionalna podrška roditeljima

Stručnjaci koji rade s djecom s poremećajima iz autističnog spektra uglavnom gledaju na obitelj tako da se usko fokusiraju na dijete i njegove teškoće, a rijetko se osvrću na majku. Autizma djeluje na sve članove obitelji. Najintenzivnija suradnja je

⁸⁸ Ibid., str. 310.

⁸⁹ Ibid., str. 318.

⁹⁰ Ibid., str. 322.

u ranoj dobi ili od postavljanja dijagnoze i rane intervencije tijekom predškolskog razdoblja. Suradnja roditelja i stručnjaka traje tijekom svih životnih ciklusa djeteta, ali se mijenjaju intenzitet i usmjerenost.⁹¹ Profesionalci mogu pomoći roditeljima ako se postave prema roditeljima kao prema svojim partnerima, uzimajući u obzir njihovo znanje o vlastitoj djeci, vrijednosni sustav i ciljeve obitelji, razumiju teškoće i probleme koje roditelji svakodnevno doživljavaju te roditeljima daju okvir osnovnih metoda učenja i podučavanja kao sredstva za upotrebu u svakodnevnim interakcijama sa svojim djetetom.⁹²

3.8. Prilagodbe prostora i postupaka

Osigurati stalno mjesto za rad u dijelu prostoru u kojem je najmanje prilika za odvratanje pozornosti i jasno ga označiti kako bi se dijete moglo samo snaći, osigurati dovoljno mjesta za individualizirani rad i rad u skupinama, osigurati prostor za osamu, imati dobar pregled nad radnim područjem djeteta, jasno označiti pribor i složiti za primjereno razini razumijevanja djeteta- bojom, slikom, brojem, u prostoriji napraviti jasne granice područja za odmor i igru i udaljiti ga od izlaza iz prostorije, prilagoditi namještaj potrebama djeteta i pomoću polica, tepiha, oznaka na tlu, pregleda ograničiti područja za rad i igru, to pomaže djetetu u razumijevanju pravila. Po potrebi osigurati djetetu pomagača (odgojitelja, defektologa) koji će provoditi individualni rad, pružiti potporu u obliku potpunog fizičkog vođenja ako je potrebno ili laganog fizičkog dodira u vođenju, pokazivanja prstom, verbalnog vođenja ili pozicioniranja te suređivati sa stručnjacima i roditeljima i uvažavati njihove prijedloge.⁹³

3.9. Strategije poučavanja

Napraviti raspored odgojno-obrazovnih aktivnosti i postaviti ga na svima vidljivo mjesto. Raspored daje upute za određene dijelove dana, pomaže u predvidljivosti dnevnih i tjednih događaja i umanjuje tjeskobu uslijed nepoznavanja što će se sljedeće dogoditi, a njegov cilj je razvoj samostalnosti u praćenju svog rada. Osigurati vrijeme odmora. Napraviti jasan slikovni niz za svaki dio radne aktivnosti i pričvrstiti ga na vidljivo mjesto. Dijete počinje s gornjom slikom, uzima što mu treba, završava i posprema, a tako nastavlja dok ne izvrši sve zadatke sa slike.

⁹¹ Ibid., str. 326.

⁹² Ibid.

⁹³ Krampač-Grljušić, A. i Marinić, I. (2007): Posebno dijete, priručnik za učitelje u radu s djecom s posebnim obrazovnim potrebama, Grafika, Osijek, str. 44.

Posljednja slika treba biti aktivnost ili igra koju dijete voli. Pribor (samo onaj koji je potreban) za rad postaviti pred dijete. Takav način povećava uspješnost, smanjuje zbunjenost i pomaže razvoju vještina samostalnog djelovanja i praćenja uputa. Imati na umu da kod djece s autističnim poremećajem komunikacijsku poruku čine 90% vizualni i 10% auditivni sadržaji. Omogućiti rješavanje praktičnih zadataka i situacijsko učenje. Pronaći alternativne načine komunikacije putem elektroničkih uređaja, govora tijela, gesta, komunikacijskih ploča, slika, simbola i drugoga. Poučavati od poznatog ka nepoznatom i graditi na onome što djeca mogu. Pronaći poticaj pomoću kojeg će dijete izvršiti ili razumjeti zadatak i ne zaboraviti nagrade (potkrjepljenja) koja mogu uključiti raznolike stvari i aktivnosti. Upute za rad mogu biti verbalne ili neverbalne. Dati djetetu dovoljno vremena za izvršavanje zadatka. Govoriti manje, jednostavnije i sporije i govor popratiti gestama. Kod učenja novih vještina koristiti metodu demonstracije. Verbalno voditi dijete kroz njegovo ponašanje, kako bi ga lakše razumjelo. Postaviti realne i ostvarive ciljeve. Koristiti češće kraće pauze, stanke ili izlaske iz prostorije, te omogućiti promjenu aktivnosti kroz zaduženja koja će djetetu dati osjećaj važnosti i ujedno smanjiti nemir i napetost. Usmjeriti na pozitivno, na aktivnosti koje je uspješno završio. Ignorirati neprimjereno ponašanje i isključivati iz aktivnosti kada je to potrebno, poučavati dijete kompenzirajućem ponašanju i pojačavati drugo pozitivno ponašanje. Kod neke djece potrebno je koristiti pretjerano ispravljanje. Primjenjivati glazbenu terapiju kao dio odgojno-obrazovnog programa na radost sve djece uz suradnju sa stručnjakom iz tog područja.⁹⁴

3.10. Kompetencije odgojitelja djece rane i predškolske dobi za inkluzivnu praksu

Istraživanja temeljena na neurologiji i razvojnoj psihologiji ističu kako je rano djetinjstvo temelj cjeloživotnog obrazovanja, a od odgajatelja se očekuje da koriste profesionalne kapacitete za ispravnu prosudbu u korištenju profesionalnih teorijskih i praktičnih kompetencija. U provedbi programa ranog i predškolskog odgoja nužna je primjena odgojno-obrazovnih modela i strategija koje počivaju na stručnoj procjeni potreba djece te specifičnoj konceptualizaciji ciljeva, procesa i ishoda procesa učenja. Jedno od važnijih točaka unaprjeđenja kvalitete programa ranog i predškolskog odgoja nameće omogućavanje inkluzivnog procesa koji će svoj djeci

⁹⁴ Ibid., str 45. i 46.

osigurati primjeren napredak u prirodnom okruženju. Najvažnije je da odgajatelji djecu ne doživljavaju i ne procjenjuju temeljem njihovih teškoća, nego temeljem sposobnosti i interesa, pri čemu je teškoća shvaćena samo kao jedna od karakteristika djeteta. Temeljno načelo inkluzivne filozofije podrazumijeva odgovornost svakog profesionalca, uključenog u proces ranog i predškolskog odgoja, da osigura zadovoljenje jedinstvenih i individualnih potreba sve djece koja su uključena u program. Inkluzivna praksa podrazumijeva kvalitetu programa ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja, izvore podrške u zajednici te kvalitetu integracije različitih podržavajućih kvaliteta i usluga. Odgajatelji predškolske djece moraju moći demonstrirati znanja i vještine odgajanja sve djece, uključujući i djecu s posebnim potrebama.

3.11. Kompetencije odgajatelja u radu s djecom s posebnim potrebama

Razumijevanje socijalnog i emocionalnog razvoja djece te individualnih razlika u procesu učenja djece. Poznavanje tehnika kvalitetnog vođenja odgojne skupine te komunikacijskih vještina (u odnosu s djecom, roditeljima, drugim stručnjacima i kolegama). Poznavanje učinkovitih tehnika podučavanja i specifičnosti pojedinih teškoća u razvoju i drugih teškoća socijalne integracije djece. Nužna je sposobnost identifikacije teškoća u razvoju i drugih posebnih potreba. Poznavanje didaktičko-metodičkih pristupa i planiranja prilagođenog kurikulumu te poznavanje dostupnih didaktičko-metodičkih metoda, sredstava i pomagala (uključujući informatičku tehnologiju). Spremnost na timski rad, suradnju i cjeloživotno obrazovanje.⁹⁵

⁹⁵ Bouillet, D., Kompetencije odgajatelja djece rane i predškolske dobi za inkluzivnu praksu, dostupno na: Hrčak, https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=172470 [02.06.2019.]

4. OPSERVACIJA

U sklopu završnog rada, na temu „Autizam u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju“, u jednom zagrebačkom vrtiću promatrala sam integraciju djevojčice E., koja se nalazi na spektru, u redovitu vrtićku skupinu. Upoznata sam sa GDPR, zaštitom osobnih podataka te u skladu s time neću iznositi podatke o djevojčici E.

Djevojčica E. ima šest godina i integrirana je u vrtićku skupinu u sklopu cjelodnevnog boravka u dječjem vrtiću. Djevojčica boravi u vrtiću od šest do osam sati dnevno nakon čega odlazi u privatni centar na dodatnu rehabilitaciju. Pokazuje sva odstupanja i specifične elemente spektra autizma, ali roditelji nisu voljni priložiti svu potrebnu dokumentaciju u dječji vrtić iz osobnih razloga. Postoji mogućnost suradnje prilikom koje bi djevojčica dva dana tjedno boravila u centru i tri dana tjedno integrirana u vrtićku skupinu, ali za tu mogućnost se njezini roditelji nisu odlučili. Vrlo teško pristaju na bilo kakav razgovor s matičnom odgajateljicom, odgajateljicom koja kao treći odgajatelj boravi u skupini, defektologom ili psihologom.

4.1. Govorni razvoj i komunikacija

Djevojčica izvršava verbalne naloge i odaziva se na svoje ime u situacijama kada zna što slijedi: prilikom odlaska na objed, spremanju za odlazak na dvorište, u situaciji kada je vrijeme za igru na dvorištu dječjeg vrtića završeno te zna da dozivanjem imena ona mora stati u red s ostalom djecom iz skupine. Na pitanja koja joj se direktno upute daje nepotpune odgovore, ali to ovisi o raspoloženju, kako navodi odgajateljica. Prilikom obraćanja djevojčica ostvaruje kontakt očima, podizanjem glave i pogledom u oči. Kontak očima joj služi kao objekt kada traži nešto od odgajateljice. Kada joj se obrati netko od djece iz skupine ona također ostvari kontakt očima, ali im rijetko uputi odgovor. Djeca ne ustraju dugo u svojim upitima pa se u vrlo malo situacija dogodi da ostvari komunikaciju s drugom djecom iz skupine. Govor je usporen i nije u funkciji te rječnik nije u skladu s dobi. Djevojčica pokazuje sposobnost baratanja brojevima i slovima te vrlo uspješno usvaja engleski jezik. Na samom početku djevojčica je odbijala komunicirati na hrvatskom jeziku, na upite odgajateljice, djevojčica je odgovarala na engleskom. Nema pozdrava pri dolasku ili odlasku iz prostorije. Kako bi ostvarili komunikaciju s djevojčicom, odgajatelji se služe slikovnim materijalima i simbolima prema kojima djevojčica

nema odbojnost. Djevojčica reagira na vizualne podražaje te povezivanjem različitih slika stvara rečenice i tako ostvaruje komunikaciju u odnosu jedan na jedan. Što se tiče načina traženja djevojčica povlači za ruku, dodiruje lice osobe od koje nešto traži, a kada zadobije pažnju vodi osobu do objekta traženja.

4.2. Motorika

Djevojčica pokazuje uredan razvoj krupne motorike: samostalnost u sjedenju, ustajanju, hodanje, hodanje preko prepreke i trčanje u dvorištu dječjeg vrtića, penjanje uz i niz stepenice, ravnoteža prilikom kretanja po suženoj površini na dvorištu dječjeg vrtića, snaga, fleksibilnost i izdržljivost kao naprimjer prilikom aktivnosti koje uključuju izdržaj tijela na rukama, baratanje loptom, igračkama te plivanje. Također pokazuje uredan razvoj fine motorike: koordinacija oko-ruka, umetanje, baratanje sitnim predmetima. Crtež u većini slučajeva nije u skladu s dobi, ovisno o fazi u kojoj se nalazi.

4.3. Socioemocionalni razvoj

Djevojčica ne reagira na osobe u okolini osim u situaciji kada joj se osoba jasno i direktno obrati, uspostavi kontakt očima, ali vrlo brzo spusti pogled i nastavi se baviti aktivnošću. Na početku boravku djevojčica nije iskazivala emocije, ali sada jasno iskazuje ljutnju, tugu i sreću. Kada se ne osjeća ugodno, samoinicijativno odlazi do odgajateljice te prisloni glavu na odgajateljino rame te dopušta da ju odgajateljica zagrlji ili pomiluje po licu. Prema odgajatelju postupa vrlo otvoreno i sigurno, traži pomoć tako da dođe do odgajateljice, primi je za ruku te kaže: "Možeš pomoći." Nakon toga djevojčica vodi odgajateljicu do mjesta na kojem je naišla na problem. Ne ometa odgajateljicu neadekvatnim ponašanjima, u situacijama velike napetosti prolazi kroz faze glasnog vikanja, poskakivanja ili oboje istovremeno, ali te faze nisu česta pojava u tolikom intenzitetu. Djevojčica se pridružuje grupnim aktivnostima s vršnjacima kao što je vrijeme kruga ili glazbena aktivnost. Djevojčica zajedno s drugom djecom sjedi na tepihu, ali pažnja joj je zaokupljena vlastitim prstima ili dlanovima. Kad više ne želi sjediti u krugu djevojčica se okrene leđima djeci, ne ometajući ostatak skupine, ili se odmakne od odgajateljice i djece poskakujući po prostoriji. Djevojčica je za vrijeme izvođenja pantomime za vrijeme kruga bila okrenuta leđima ostatku skupine, kada je odlučila otići, to je učinila oponašajući medvjedi hod, na sličan način kao što je to izveo dječak nekoliko minuta ranije. Ostala djeca u skupini ne isključuju djevojčicu iz aktivnosti, ali djevojčice ne

nerado prihvaća pomoć vršnjaka iz skupine. Igra je samostalna, a uključuje se u grupne aktivnosti na inicijativu odgajateljice. Tijekom provedbe glazbenog sadržaja u skupini, djevojčica je zajedno s ostalom djecom provela dvadeset minuta u aktivnosti, izmjenjujući instrumente s drugom djecom, izvodeći pokrete i ponavljajući pjesmicu. Nakon što je aktivnost završila, djevojčica je samoinicijativno izrecitala ispravno cijelu pjesmu te napustila prostoriju. Svakodnevno provodi vrijeme u centru početnog čitanja i pisanja slažući abecedu. Raspoznaje sva slova abecede te rado provodi vrijeme s odgajateljicom u igri imenovanja predmeta na početno slovo ili utvrđivanje kojim slovom počinje neka zadana riječ. Pokazuje interes za životinje i dinosaure, slažući ih u niz jedan do drugog. Zna imenovati jako velik broj i puni naziv za različite vrste dinosaura. Kada je djevojčica suočena s preprekom veoma se uzbuđi, ali naučila je tražiti pomoć od odgajateljice, dolaskom i gore navedenim upitom. Ponekad u takvim, vrlo stresnim situacijama za djevojčicu, počne jako plakati i rukama prilazi odgajateljici, dajući signale za pomoć. Kada je umorna, djevojčica postane vrlo razdražljiva i u takvim situacijama ispušta neartikulirane zvukove ili krikove. To odgajateljima daje znak da je vrijeme za rutinu na koju je djevojčica navikla.

4.4. Senzorna integracija

Djevojčica je vrlo osjetljiva na buku i pretjerane podražaje iz okoline kao što je, kako navodi odgajateljica, buka automobila te lupanje vratima. Prilikom takvih događaja prekrije uši rukama, zatvori oči te proizvodi neartikulirane zvukove. Tako se djevojčica smiruje. Ako je buka u sobi dnevnog boravka prevelika, djevojčica napusti prostoriju. Prilikom razmještaja prostora garderobe, djevojčici je trebalo dugo vremena kako bi se prilagodila novom rasporedu, a neko vrijeme svaki dan kada su se djeca spremala za izlazak na dvorište, ona je stajala ispod sata, jer je prije razmještaja tamo bio njezin ormarić za odlaganje stvari.

4.5. Pažnja i koncentracija

Djevojčica zadržava pažnju u aktivnostima koje uključuju slova te glazbenim aktivnostima u jednakoj mjeri kao i ostali vršnjaci u grupi. U aktivnostima kao što je likovna ili matematička, pažnja je kratkotrajna i vrlo teško postiže koncentraciju. Djevojčica ne odbija pomoć u aktivnostima koje uključuju slova te ustraje unatoč teškoćama, ali u ostalim aktivnostima odbija sudjelovanje. Ako i sudjeluje u nekoj

drugoj aktivnosti vrlo brzo odustane. U likovnoj aktivnosti u kojoj su djeca crtala šumske životinje pomoću štapića ugljena, djevojčica je ostala zadnja sjediti.

4.6. Spoznajni razvoj

Djevojčica se teže snalazi u prostoru što se tiče relacija lijevo-desno, odgajateljica svaki puta kada verbalno objašnjava uputu, zajedno s djevojčicom izvršava uputu. Prepoznaje sve predmete i bića, imenuje ih te razumije svrhu predmeta koji se ne koriste svakodnevno i s kojima se ne susreće svakodnevno kao što je naprimjer bušilica. Tijekom glazbenih aktivnosti imitira pokrete i uključuje se u izvedbu. Djevojčica imenuje i pokazuje dijelove tijela na vlastitom tijelu, ali i na lutkama. Prilikom sudjelovanja u društvenoj igri "Čovječe ne ljuti se", djevojčica nije mogla shvatiti kako se ona mora vratiti u kućicu, nakon što ju je dječak "pojeo", a ostala djeca su se mogla nastaviti kretati u krug. K tome djevojčicu je zbunila izjava dječaka "pojeo sam te" nakon koje je napustila aktivnost.

4.7. Kulturno-higijenske navike i briga o sebi

Djevojčica samostalno odlazi na toalet, ali odgajateljice interveniraju tako da ju podsjećaju. Pere ruke s ostalom djecom nakon povratka u sobu dnevnog boravka te prije objeda. Samostalno oblači odjeću, ali kada se nađe u situaciji da je s nekim tko ne zna da ona to može samostalno, djevojčica se prepusti situaciji, ne inzistira da to radi ona. Ako se nađe u situaciji u kojoj ima poteškoće s nekim odjevnim predmetom, odlazi do odgajateljice, pokaže prstom te zamoli za pomoć: "Možeš pomoći.". Potrebna joj je pomoć s obućom koja je na vezanje ili kompliciranijom zimskom obućom.

5. ZAKLJUČAK

Kako je već navedeno u radu, autizam je pervazivni razvojni poremećaj koji se pojavljuje u prve tri godine djetetova života i traje cijeli život. Bez obzira na mnogobrojna provedena istraživanja, mnogo toga je nerazjašnjeno kada je riječ o ovom poremećaju. Upravo zbog toga, društvo se susreće s brojnim nedoumicama iz kojih nerijetko proizlaze brojne predrasude i podcjenjivanja djece s poremećajem iz autističnog spektra. Nemogućnost uspostave socijalnih interakcija i doživljaj svijeta koji ih okružuje na specifičan način samo su neka od obilježja djeteta. Kao što svaki pojedinac posjeduje obilježja koja ga čine drugačijim od ostatka svijeta tako se i na djecu s poremećajem iz spektra autizma ne treba gledati kroz ta obilježja, već u prvi plan staviti jake strane i mogućnosti koje ga čine jedinstvenim. Važno je da dijete dobije odgovarajuću potporu i pomoć u uspostavi socijalnih odnosa jer upravo afirmacija u društvo vršnjaka uvelike utječe na njegov emocionalni razvoj. Kada je riječ o djeci koja su urednog razvoja, regulacija vlastitih emocija je vrlo složen proces, a kada je riječ o djeci s poremećajem iz spektra autizma moramo imati na umu da oni emocije doživljavaju u jednakoj mjeri kao i ostali, ali nailaze na prepreke te ne mogu sami sebi objasniti zašto proživljavaju ta njima nepoznata unutarnja stanja. Različitim strategijama potpomognute i podržavajuće komunikacije moramo pridonijeti razvoju samopouzdanja i pozitivne slike o sebi. Nužno je proces odgoja i obrazovanja djece s poremećajem iz autističnog spektra popratiti strategijama modifikacije ponašanja i podržavajućom komunikacijom, kako s djecom u odgojnoj skupini, tako i s članovima njihove obitelji. Poteškoće na koje dijete nailazi u procesu socijalizacije i učenja ponajprije su zapreka samom djetetu, a tek potom okolini u kojoj se dijete nazala. Emocionalna potpora, pohvala, osmijeh i lijepa riječ uvijek su dobrodošli ne samo u radu s djecom s posebnim odgojno - obrazovnim potrebama nego i u radu sa svom djecom jer: „Nitko nije bolji i nitko nije lošiji! Sposobnost jednoga i drugoga jednako su vrijedne i potrebne društvu. Svatko daje sjaj u određenim područjima i u tome leži bogatstvo raznolikosti.“

LITERATURA

Knjige:

1. Attwood, T. (2010): Aspergerov sindrom: Vodič za roditelje i stručnjake, Naklada Slap, Jasterbarsko
2. Baron-Cohen, S. i Bolton, P. (2000): Autizam: Činjenice, Centar za odgoj i obrazovanje "Juraj Bonačić", Split
3. Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J. (2010): Poremećaji autističnog spektra, Školska knjiga, Zagreb
4. Krampač-Grljušić, A. i Marinić, I. (2007): Posebno dijete, priručnik za učitelje u radu s djecom s posebnim obrazovnim potrebama, Grafika, Osijek
5. Nikolić, S. (2000): Autistično dijete, Prosvjeta, Zagreb
6. Remschmidt, H. (2009): Autizam: Pojavni oblici, uzroci, pomoć, Naklada Slap, Zagreb

Mrežna stranica:

1. Blažević, K., Škrinjar, J., Cvetko, J. i Ružić, L., Posebnosti odabira tjelesne aktivnosti i posebnosti prehrane kod djece s autizmom, dostupno na: Hrčak, <https://hrcak.srce.hr/8357> [24.04.2019.]
2. Bouillet, D., Kompetencije odgajatelja djece rane i predškolske dobi za inkluzivnu praksu, dostupno na: Hrčak, https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=172470 [02.06.2019.]

IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA

Ja, Karla Gorup vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam samostalno napisala svoj završni rad pod naslovom: *Autizam u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju*, koristeći se pritom navedenom literaturom.

POTPIS:

POTPIS MENTORA:
