Autizam kod djece i mladih

Kirin, Ana Marija

Master's thesis / Diplomski rad

2016

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:147:380388

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

UČITELJSKI FAKULTET

ODSJEK ZA UČITELJSKE STUDIJE

Ana Marija Kirin

DIPLOMSKI RAD

AUTIZAM KOD DJECE I MLADIH

Petrinja, rujan 2016.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

UČITELJSKI FAKULTET

ODSJEK ZA UČITELJSKE STUDIJE

(Petrinja)

PREDMET: OPĆA PEDAGOGIJA

DIPLOMSKI RAD

Ime i prezime pristupnika: Ana Marija Kirin

TEMA DIPLOMSKOG RADA: Autizam kod djece i mladih

MENTOR: doc. dr. sc. Marina Đuranović

Petrinja, rujan 2016.

SADRŽAJ

SADRŽAJ....3

Sažetak....6

Summary....7

1. UVOD....8
2. POVIJEST AUTIZMA....9
3. OBILJEŽJA AUTIZMA (KANNEROV SINDROM)....11

3.1.Socijalno ponašanje....12
3.2.Govor....15
3.3.Stereotipije i ograničeni interesi....16
3.4.Neurološki poremećaji....17
3.5.Psihomotorni razvoj....18
3.6.Druge psihičke osobine djece s autizmom....18
3.7.Posebne sposobnosti autističnih osoba....20
3.7.1. Glazbene sposobnosti....22
3.7.2. Pamćenje....22
3.7.3. Matematičke sposobnosti....22
3.7.4. Umjetnost....22
3.7.5. Pseudoverbalne sposobnosti....22
3.7.6. Ekstrasenzorna percepcija....23
3.7.7. Ostale sposobnosti....23
3.8. Razlozi pojavljivanja posebnih sposobnosti kod autističnih osoba....23

4. POREMEĆAJI IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA....24

4.1.Aspergerov sindrom....24
4.1.1. Dijagnoza....27
4.1.2. Uzroci....29
4.1.3. Terapija....29
4.1.4. Prognoza....30
4.2.Atipični autizam....30
4.3.Rettov sindrom....31

4.4.Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu.....33
5. DIJAGNOZA AUTIZMA.....35
6. UZROCI AUTIZMA.....38
7. UČESTALOST AUTIZMA.....40
8. TERAPIJA/TRETMAN AUTIZMA.....41
8.1. Bihevioralna terapija.....42
8.2. Glazbena terapija.....43
8.3. Likovna terapija.....43
8.4. Terapija igrom.....44
8.5. Kineziterapija.....45
8.6. Holding terapija.....45
8.7. Dnevna životna terapija.....45
8.8. Potpomognuta komunikacija.....46
8.9. Socijalne priče.....46
8.10. Alternativni tretmani i terapije.....48
8.11. Terapija senzoričke integracije.....48
8.12. Terapijsko jahanje.....49
8.13. Terapijsko plivanje.....52
8.14. TEACCH program.....52
8.15. Edukacijsko – rehabilitacijski pristup.....52
8.16. Model RIO – floortime.....53
8.17. Sustav komuniciranja zamjenom slike
(PECS – Picture Exchange Communication System).....54
8.18. Terapija lijekovima.....55
9. PROFESIONALNA PODRŠKA RODITELJIMA.....56
10. ODGOJ I OBRAZOVANJE DJECE S AUTIZMOM.....57
10.1. Kurikulum kreiran za specifične potrebe osoba s autizmom.....58
10.2. Odgojno – obrazovno uključivanje učenika s teškoćama.....59
10.3. Modeli školovanja učenika s posebnim potrebama.....66
10.4. Postupak pedagoške opservacije.....71
10.5. Kompetencije učitelja u radu s djecom s posebnim potrebama.....74

10.6. Uloga učitelja u poticanju socijalne interakcije djece s teškoćama u razvoju.....77
11. PROGNOZA.....79
12. POVELJA O PRAVIMA OSOBA S AUTIZMOM.....80
13. ZAKLJUČAK.....82
LITERATURA.....83
ŽIVOTOPIS.....85

Sažetak

Autizam je vrlo složen neurorazvojni poremećaj koji zahvaća sve aspekte dječje ličnosti (komunikacija, motorika, ponašanje i učenje). Prvi ga je opisao američki dječji psihijatar Leo Kanner 1943. godine, navodeći osnovna obilježja autizma koja se do danas nisu znatno promijenila (nemogućnost djeteta da uspostavi normalne kontakte s roditeljima, djecom i drugim ljudima općenito; zakašnjeli razvoj govora i uporaba govora na nekomunikativan način; ponavljajuće i stereotipne igre i opsesivno inzistiranje na poštivanju određenog reda; nedostatak mašte; dobro mehaničko pamćenje i normalan tjelesni izgled). Autistične osobe, osim navedenih osobina, imaju i neke posebne sposobnosti, tj. talente (talenti vezani uz glazbu, pamćenje, matematiku, umjetnost, itd.). Autizam spada u kategoriju pervazivnih razvojnih poremećaja. U tu se kategoriju ubrajaju i: autizam u djetinjstvu, atipični autizam, Rettov poremećaj, drugi dezintegrativni poremećaji u djetinjstvu, poremećaj hiperaktivnosti povezan s duševnom zaostalošću i stereotipnim pokretima, Aspergerov sindrom, ostali poremećaji razvoja u djetinjstvu te pervazivni razvojni poremećaj, nespecificirani. Iako postavljanje dijagnoze autizma nije jednostavno, u tome može pomoći anamneza, klinička slika, promatranje djeteta u različitim situacijama, psihološka testiranja te različiti psihometrijski instrumenti. Još uvijek nije sasvim jasno koji su uzroci autizma. Kao moguće uzroke neki autori navode oštećenja središnjeg živčanog sustava, genetiku, moždana oštećenja te poremećaj zrcalnih neurona. Od autizma češće obolijevaju dječaci, nego djevojčice. Najzastupljeniji je Kannerov sindrom, a najrjeđe se pojavljuje dezintegrativna psihoza. Postoje različiti terapijski postupci i metode za osobe oboljele od autizma, a neke od njih su: bihevioralna terapija, glazbena terapija, likovna terapija, terapija igrom, kineziterapija, holding terapija, dnevna životna terapija, terapija senzoričke integracije, različite ustanove, lijekovi, itd. Profesionalna pomoć nije potrebna samo djeci s autizmom, već i njihovim roditeljima. Obrazovanje djece s autizmom trebalo bi se temeljiti na poštovanju individualnih potreba i razlika učenika. Prognoza za osobe s autizmom ovisi o intelektualnom funkcioniranju, o razvoju govora i o težini karakterističnih simptoma autizma. Na Kongresu o autizmu u Haagu 1992. godine donesena je povelja za prava osoba s autizmom u kojoj se posebno ističe njihovo pravo na slobodan i ispunjen život do granica njihovih mogućnosti. Cilj ovog diplomskog rada je upoznati neke osnovne značajke i osobitosti autizma.

Ključne riječi: dijete, poremećaji iz autističnog spektra, obitelj, škola, terapijske tehnike

Summary

Autism is a complex neurodevelopmental disorder that affects all aspects of the child's personality (communication, motor skills, behavior and learning). It was first described by American child psychiatrist Leo Kanner in 1943, stating the basic characteristics of autism that have not been substantially changed (the inability of the child to establish normal contacts with parents, children and other people in general, delayed speech development and use speech to uncommunicative manner; repetitive and stereotyped games and obsessive insistence on the respect of a certain order, lack of imagination, good mechanical memory and normal physical appearance). Autistic people, except for the above characteristics, also have some special abilities, i.e. talents (talents related to music, memory, math, art, etc.). Autism belongs to the category of pervasive developmental disorders. In this category are also included: autism in childhood, atypical autism, Rett's disorder, the other disintegrative disorders of childhood, hyperactivity disorder associated with mental retardation and stereotyped movements, Asperger's Syndrome, other developmental disorders in childhood and pervasive developmental disorder, unspecified. Although the diagnosis of autism is not easy, there are several ways that can help in the diagnosis, for example history, clinical presentation, observing the child in different situations, psychological testing and various psychometric instruments. It is still not entirely clear what causes autism. As possible causes some authors suggest damage of the central nervous system, genetics, brain damage and disruption mirror neurons. Boys usually suffers of autism than girls. The most common is Kannerov syndrome, and disintegrative psychosis appears rarely. There are various therapeutic procedures and methods for people with autism, some of them are: behavioral therapy, music therapy, art therapy, play therapy, kinetic therapy, holding therapy, daily life therapy, sensory integration, different institutions, drugs, etc. As well as children with autism, their parents also need professional help. Education of children with autism should be based on respect for individual needs and differences of students. The prognosis for people with autism depends on the intellectual functioning, the development of speech and on the severity of characteristic symptoms of autism. The charter for the rights of people with autism was released at the Congress of autism in The Hague in 1992 in which was especially emphasized their right to free and full lives to the limit of their potential. The aim of this diploma thesis is to introduce some basic features and characteristics of autism.

Key words: child, autistic spectrum disorders, family, school, therapeutic techniques

1. UVOD

Broj djece rođenih s teškoćama u razvoju svakodnevno je u porastu. Jedan od brojnih poremećaja koji onemogućava normalan rast i razvoj djeteta je i autizam. Autizam je pervazivni razvojni poremećaj koji se pojavljuje u prvim godinama života, zahvaćajući sve psihičke funkcije i traje cijeli život. Iako su provedena brojna istraživanja, ispisani brojni radovi i knjige kako bi se pobliže objasnio ovaj poremećaj, mnogo toga vezano za autizam ostaje nerazjašnjeno.

Ovim diplomskim radom pokušat će se pobliže objasniti što je autizam, njegova obilježja, moguće uzroke njegovog javljanja te terapijske tehnike pomoću kojih se nastoje ublažiti njegovi simptomi. Također, u radu će se prikazati i načini odgoja i obrazovanja djece s poremećajima iz autističnog spektra. Cilj rada je dodatno senzibilizirati javnost za brojne probleme i potrebe autistične djece. Nažalost, autističnoj djeci se još uvijek ne pridaje dovoljno pozornosti i vrlo često se zanemaruju njihova prava i potrebe. Ne smijemo zanemariti činjenicu da su djeca s teškoćama u razvoju najranjivija populacija društva te da im je za funkcioniranje u svakodnevnom životu potrebna pomoć i podrška cijele društvene zajednice.

2. POVIJEST AUTIZMA

Termin *autizam* razvio je švicarski psihijatar Eugen Bleuler 1911. godine, a njime je opisao jedan od osnovnih simptoma shizofrenije: nekomunikativnost, povlačenje u vlastiti svijet i osamljivanje (Remschmidt, 2009:9).

Bujas – Petković (1995:1) navodi kako je „divlji“ dječak Victor iz Aveyrona, koji je pronađen u šumi i doveden u civilizaciju 1799. godine, vjerojatno prvi slučaj autizma. Nikolić (1996) opisuje kako je dječaka Victora pronašla francuska žandarmerija u šumi oko grada Rodeza uz rijeku Aveyron. Doveden je liječniku Itardu, tada najpoznatijem psihijatru Francuske. Dječak je bio nemiran, u stalnom pokretu te je pretraživao sve kutove u Itardovoj kući. Postalo je očito da nije znao ocjenjivati razliku između toplog i hladnog i nije pokazivao nikakve znakove civiliziranog ili društvenog ponašanja. Itard je pretpostavio da se radi o disharmoničnom razvitku osjetilnih organa. Stoga je Itard smatrao da bi se korektivnom stimulacijom okoline moglo ponovno osposobiti dječakova osjetila. Kada je Victor umro, otprilike u dobi od četrdeset godina, bio je još daleko od toga da bi ga se moglo smatrati normalnim, ali je ipak naučio izvjestan broj riječi, stekao sposobnost rasuđivanja, komunikacije kao i mogućnost adekvatnog izražavanja svojih emocija i razumijevanja značenja socijalnih situacija.

Godine 1943. američki dječji psihijatar Leo Kanner opisuje jedanaestero djece koja su, iako su izgledala tjelesno zdrava, pokazivala specifične simptome među kojima je dominirao poremećaj govora, komunikacije i ponašanja (Bujas – Perković, Frey Škrinjar i sur., 2010). Zbog simptoma i dobi u kojoj se pojavljuje, Kanner je poremećaj nazvao *infantilni autizam* (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010:6). S obzirom da je Leo Kanner prvi opisao autistični poremećaj, nazvan je njegovim imenom (*Kannerov sindrom*).

Kannerov prvi slučaj bio je dječak po imenu Donald, koji je dugo služio kao dijagnostički prototip autističnog djeteta. Već u vrlo ranim godinama bio je upadljivo drugačiji od svojih vršnjaka. Kada je imao dvije godine, mogao je bez greške po sjećanju pjevušiti ili otpjevati melodije. Uskoro je naučio brojati do sto, kao i abecedu, a naučio je napamet i dvadeset pet pitanja i odgovora prezbiterijanskog katekizma. Donald je bio manično fiksiran da kao zvrk vrti igračke i druge predmete. Umjesto da se igra kao druga mala djeca s plišanim životinjama i autićima, on je samo sortirao perlice i druge predmete prema boji ili ih je bacao na pod, očito oduševljen šumovima koji tako nastaju. Ono što mu se kaže, on je doslovno shvaćao, a da

zapravo nije razumio osnovnu namjeru onoga koji govori (autistično dijete npr. odgovara „da“ na pitanje može li dodati sol, umjesto da shvati da je to zahtjev) (Winkel, 1997).

Donald je bio prvi put predstavljen Kanneru kad je imao pet godina. Upadljivo je bilo da dječak ne obraća pažnju na ljude iz svoje okoline. Ako bi se netko upleo u njegovu osamljenu zanimaciju, nikad se nije naljutio na osobu, ali je nestrpljivo odgurnuo ruku u strahu, ako mu je bila na putu. Samo je prema majci imao donekle socijalni kontakt, ali se činilo da i to uglavnom leži u tome što se ona jako trudila da s njim zajedno nešto radi. Kad je Donald imao osam godina, njegova se konverzacija uglavnom sastojala od ponovljenih pitanja. Njegovi odnosi prema drugim ljudima bili su ograničeni njegovim neposrednim željama i potrebama, a on je prekidao kontakt čim bi se na njegova pitanja odgovorilo ili čim bi mu se dalo ono što je htio (Winkel, 1997).

Neka djeca, koje je Kanner opisao, bila su nijema. Ali druga koja su govorila, zapravo nisu komunicirala, nego su govor upotrebljavala na čudan način. Petogodišnji Paul „brbljao“ je kao papagaj. Tako je npr., analogno pitanju majke, rekao „Hoćeš li bombon?“, kada je mislio „Hoću bombon.“ Skoro svaki dan je ponavljao rečenicu: „Ne bacaj psa na balkon!“, izjavu koju majka tumači jednim slučajem s psom – igračkom (Winkel, 1997).

Ne znajući za Kannera, 1944. godine austrijski pedijatar i psihijatar Hans Asperger opisuje sindrom kojemu daje naziv *autistična psihopatija*, a koji je po dijagnostičkim kriterijima veoma sličan infantilnom autizmu (Bujas – Petković, 1995:1). Hans Asperger je opisao četiri dječaka koja su bila vrlo neobična po svojim socijalnim, jezičnim i kognitivnim sposobnostima. Sindrom koji je opisao nazvan je njegovim imenom (*Aspergerov sindrom*), a taj naziv prva je upotrijebila engleska psihijatrica Lorna Wing u svom članku objavljenom 1981. godine (Attwood, 2010).

Kannerovo otkriće označilo je početak novog znanstvenog i medicinskog interesa za studij i liječenja autizma.

3. OBILJEŽJA AUTIZMA (KANNEROV SINDROM)

Jedna od prvih definicija autizma koja je i danas aktualna je definicija američke dječje psihijatrice Laurette Bender iz 1953. godine, a ona glasi: „Autizam je karakteristično promijenjeno ponašanje u svim područjima središnjeg živčanog sustava: motoričkom, perceptivnom, intelektualnom, emotivnom i socijalnom.“ (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010:6). S obzirom da se autizam smatra pervazivnim razvojnim poremećajem može se definirati i na sljedeći način: „Autizam je pervazivni razvojni poremećaj koji počinje u djetinjstvu, većinom u prve tri godine života, zahvaća gotovo sve psihičke funkcije i traje cijeli život.“ (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010:6). ASA (Autism Society of America – Nacionalno udruženja za autizam) također definira autizam, a definira ga kao ozbiljni razvojni hendikep u kojem su poremećene sve psihičke funkcije (Bujas – Petković, 1995:3).

Riječ *autizam* dolazi od grče riječi *authos* što znači sam, što je savršen opis jer je najistaknutije obilježje autizma povlačenje iz socijalnog svijeta i izražena nevoljkost ili nesposobnost ulaženja u interakciju s ljudima (Ramachandran, 2013:147). Autizam se javlja u ranom djetinjstvu, najčešće do treće godine života i traje cijeli život (Nikolić i sur., 1992). Premda se autistično ponašanje može otkriti u dojenačkoj dobi, ono se također može javiti i nakon razdoblja od trideset mjeseci normalnog razvoja (Wenar, 2003).

Beck – Dvoržak (prema Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010:10) navodi moguće simptome ranog dječjeg autizma u prvoj godini:

- rane smetnje spavanja
- smetnje sisanja (dijete ne prihvaća dojku ili bočicu)
- dijete se ne privija uz majku
- nema interesa za igračke
- sa sedam mjeseci dijete nema karakterističan strah od stranih osoba
- motorički razvoj djeteta može biti u granici normale, ali može biti napredan ili usporen
- dijete je preosjetljivo na zvukove
- govor je u zakašnjenju ili se uopće ne razvije

Nikolić i sur. (1992) također navode simptome koji se javljaju najčešće prije tridesetog mjeseca života, a mogu upućivati na autizam: dijete otklanja tjelesni kontakt; suzdržljivo je prema drugima; ne govori, a želje izražava neverbalno; ne uspostavlja kontakt pogledom;

naglašeno je nemirno; ne pokazuje strah od opasnosti; smije se bez vidljivih razloga; djeluje kao gluho; neprestano se igra čudnovatih igara; odbija hranu; fiksira se i okreće predmete. Jačina simptoma varira od djeteta do djeteta, a ovisi o dobi, inteligenciji, spolu i neurološkom stanju (Bujas – Petković, 1995).

Osnovne karakteristike autističnog poremećaja prema Kanneru su: nemogućnost djeteta da uspostavi normalne kontakte s roditeljima, djecom i drugim ljudima općenito; zakašnjeli razvoj govora i uporaba govora na nekomunikativan način (eholalija – stereotipno ponavljanje riječi ili fraza druge osobe, metalalija – dijete ponavlja sklopove rečenica koje je čulo u nekom filmu ili crtiću, neadekvatna uporaba zamjenica); ponavljajuće i stereotipne igre i opsesivno inzistiranje na poštivanju određenog reda; nedostatak mašte; dobro mehaničko pamćenje i normalan tjelesni izgled (Bujas – Petković, 1995).

Rutter (prema Bujas – Petković, 1995) također navodi neke od simptoma autizma, a to su: oštećenje socijalnog razvoja s brojnim socijalnim karakteristikama koje odstupaju od djetetovog intelektualnog nivoa; zakašnjeli i izmijenjeni razvoj govora i jezika s određenim specifičnostima, a koji odstupa od djetetove intelektualne razine; inzistiranje na jednoličnosti, što se očituje u stereotipnim oblicima igre, abnormalnim preokupacijama ili otporu promjenama te pojava bolesti do tridesetog mjeseca života. Remschmidt (2009:16) navodi 4 ključna obilježja autizma: kvalitativno oštećene uzajamne socijalne aktivnosti; kvalitativno oštećena komunikacija; ograničeni interesi i stereotipni obrasci ponašanja te početak prije treće godine života.

Kod autistične djece prisutna su oštećenja na tri područja: oštećenje socijalnih interakcija, oštećenje verbalne i neverbalne komunikacije i ograničeni i stereotipni oblici interesa i aktivnosti. U daljnjem tekstu bit će više riječi o obilježjima poremećaja na navedenim područjima.

3.1.Socijalno ponašanje

Karakteristična izolacija autističnog djeteta ponekad priziva sliku Snjeguljice u staklenom kovčegu. To zapravo navodi na pogrešnu pretpostavku da bi se pojavilo normalno dijete, ako bi se razbio oklop. Slično kao što slijepac nije sposoban zbiljski vidjeti svijet, tako se čini da autistično dijete nije u stanju opažati unutarnji život drugih osoba. U određenom smislu moglo bi se govoriti o sljepoći za psihičke procese – analogno sljepoći za fizičke (Winkel, 1997).

Dijete s autizmom zatvara se od vanjskog svijeta. Bujas – Petković i suradnici (2010) navode kako se simptomi poremećenih socijalnih interakcija mogu podijeliti u četiri podskupine:

1. oštećenje neverbalnih načina ponašanja kao što su pogled oči u oči, izraz lica, držanje tijela, geste
2. ne razvijaju se odnosi s vršnjacima primjereni dobi
3. nedostatak interesa i suosjećanja s drugim osobama
4. nedostatak socijalne ili emocionalne uzajamnosti

Zrilić (2013) navodi da se djeca s autizmom mogu svrstati u četiri grupe:

1. grupa osamljenih – ne iniciraju i ne reagiraju na socijalnu interakciju
2. grupa pasivnih – odgovaraju na socijalnu interakciju, a ne iniciraju kontakt
3. grupa aktivnih, ali osebujnih (individualista) – postižu kontakt, ali mu nedostaje uzajamnost – jednosmjerna interakcija
4. grupa krutih – iniciraju i održavaju kontakt, ali je on previše formalan i rigidan

Veze koje autistično dijete uspostavlja s osobama, događajima i stvarima su abnormalne. Remschmidt (2009) navodi da nema gotovo uopće normalne dječje povezanosti s roditeljima, posebice s majkom, nema ni reakcija smiješka, pogleda oči u oči te razlikovanja roditelja od drugih osoba, ali zato često pokazuje snažnu povezanost s predmetima. Autistično dijete nema sposobnost empatije, tj. razumijevanja i uživljavanja u emocije drugih ljudi. Dijete ne slijedi roditelje po kući, ne trči im u susret. Dok neka autistična djeca izbjegavaju tjelesne kontakte, neka u njima uživaju, npr. škakljanje (Bujas – Petković, 1995). Mnoga autistična djeca ne mogu zaspati ako majka ne ide zajedno s njima u krevet, tako se autistična djeca na neki način ponašaju paradoksalno (Nikolić i sur., 1992). Bujas – Petković (1995) smatra kako autistična djeca ne uspostavljaju kontakt oči u oči jer za to nemaju interesa te se ne može reći da oni taj kontakt izbjegavaju.

Autistično dijete nije emocionalno hladno, ono traži kontakt, voli ga, ali ne zna prići drugima iako je veoma zadovoljno kada to učini. Također, autistično dijete je emocionalno najviše vezano za majku (Nikolić i sur., 1992). Ono može dugo gledati u nekoga, ali ne zato da bi uspostavilo bilo kakav socijalni kontakt. Isto tako, autistično dijete vjerojatno ne razumije socijalnu situaciju nego što je svjesno odbija. Jačina i trajanje socijalnog hendikepa ovisi o djetetovim intelektualnim i govornim sposobnostima, npr. inteligentnija djeca i djeca bolje razvijenog govora i razumijevanja lakše će se socijalno adaptirati (Bujas – Petković, 1995).

Uočljiv je izostanak kooperativne igre i stvaranja prijateljskih veza s drugom djecom (Remschmidt, 2009). Zbog smanjene sposobnosti imitacije, igre autističnog djeteta su stereotipne i nemaštovite, u igri ne imitira životne situacije kao što to djeca obično rade (Bujas – Petković, Škrinjar, sur., 2010). Autistično se dijete igra gledajući vlastite ruke, uvijek na isti način, okreće ih, približava i udaljava od lica (Nikolić i sur., 1992). Igračkama se koristi na neadekvatan način, vezuje se za određene predmete koje neprestano nosi sa sobom iako mu je strana njihova stvarna upotreba (Bujas – Petković, 1995).

Adolescencija je razdoblje dramatičnog razvoja. Wenar (2003) navodi kako to razdoblje može biti vrijeme najvećih napredaka. Čini se da određeni adolescenti počinju shvaćati da je njihovo ponašanje devijantno te čine svjesne napore da djeluju na odgovarajući način. Često je prilagođenost cilj njihovih nastojanja, ali to donosi i nove probleme. Pa čak i oni, koji su se socijalno dobro prilagodili, rijetko su u stanju razviti samopouzdanje ili izgraditi prijateljske odnose. Winkel (1997) smatra da samo jedna stvar može pomoći, bez obzira na ovladavanje govorom i intelekt, a to je ekstremno uređena okolina.

Između 5 i 15 % autistične djece postiže zadovoljavajuću socijalnu i radnu prilagodbu, sa ili bez liječenja. Adekvatno funkcionirajuće odrasle osobe znaju što se smije, a što ne, ali im nije jasan smisao. Oni su često bez empatije i čini se da ih općenito seksualnost ne zanima. S druge, pozitivne, strane, njihovo ropsko pridržavanje pravila i uputa može se u potpunosti prilagoditi zahtjevima birokratskog društva (Wenar, 2003).

Slika autizma koja dolazi iz bajke mnoge je zavela više nego u jednom pogledu na krivi put. Pogrešna je predodžba da se u staklenom kovčegu nalazi normalno dijete koje čeka da ga se oslobodi. Autistično dijete može naučiti izražavati svoje potrebe i prognozirati ponašanje drugih ljudi, ako se ono ravna prema vanjskim činiteljima koji se mogu promatrati, a ne prema određenim mentalnim stanjima (Winkel, 1997). Može razvijati emocionalne veze prema drugima.

Autistična djeca često se jako trude da budu ljubazni prema drugima i da usvoje pravila međuljudskih kontakata. Autistična izolacija ne mora značiti isto što i usamljenost. Hladno povlačenje autistične djece, koje čudi mnoge roditelje, nije trajno obilježje – često ga zamjenjuje prevelika društvenost (Winkel, 1997).

3.2.Govor

Što se tiče govora, kod djeteta s autizmom dolazi do usporenog razvoja govornog jezika, sklonost tvorbi novih riječi i eholaliji (Remschmidt, 2009). Autistično dijete ima velikih teškoća s usvajanjem apstraktnih pojmova i generalizacijom (Bujas – Petković, 1995). Ne doseže ili jako kasno doseže razdoblje postavljanja pitanja, a onda stereotipno postavlja ista pitanja na koja već zna odgovor (Remschmidt, 2009). Dijete ponavlja zadnje riječi u rečenici, cijele rečenice ili razgovore koje je ranije čulo onako kako ih je netko već ranije izgovorio, a izvan konteksta i bez svrhe komunikacije. Uz eholaliju, česta je i inverzija zamjenica, tj. dijete sebe oslovljava zamjenicom „ti“ ili „on“ ili osobnim imenom, a druge osobe oslovljava zamjenicom „ja“, vjerojatno zato što tako čuje druge, a ne može spoznati prave odnose među ljudima i pravilno ih imenovati (posrijedi je možda zakašnjela eholalija, a ne nesvjesnost vlastitog identiteta). Smatra se da autistično dijete nama razvijen unutarnji govor koji je pretpostavka ekspresivnog govora (Bujas – Petković, Frey Škrinjar, 2010).

Spontani govor djece s autizmom, 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 govornoj komunikaciji (Bujas – Petković, Frey Škrinjar, 2000).

Malo je poznat način na koji djeca s autizmom brbljaju, dakle preverbalna faza govora. Većina istraživača na malim uzorcima izvješćuju o teškoćama govora već u prvoj godini. Navodi se sporo brbljanje koje se uspoređuje s brbljanjem pospane zdrave djece. Brbljanje nije povezano s komunikacijom, već se obično radi o aktivnosti djece u koju nisu uključene osobe iz okoline. Djeca s autizmom kao da su već u dojenačkoj dobi dovoljna sami sebi. Oni malokad pokazuju emocije neverbalnim znakovima kako to pokazuju djeca urednog razvoja, ali i ona s intelektualnim oštećenjem. Ipak, i djeca s autizmom reagiraju, ali drugačije od uobičajenog. Ako i pokazuju emocije, one nisu u skladu sa situacijom, to su uvijek krajnosti, a djeca ih izražavaju na bizaran način koji nije primjeren dobi ni socijalnoj situaciji. U kasnijoj dobi, djeca s autizmom pokazuju osjećaje koji su primjereni mlađoj djeci. Reakcije često nisu izazvane vanjskim okolnostima, nego dolaze iz djetetove unutrašnjosti (Bujas – Petković, Frey Škrinjar, 2000).

Jedno od obilježja autizma je i mutizam te uporaba fraza ili rečenica koje ne odgovaraju okolnostima (npr. dok opetovano ispire WC školjku, autistična djevojčica može iznenadno izustiti: „Hamburgeri su u hladnjaku!“), potpuna doslovnost (npr. autističan dječak kojeg se

učilo da kaže „Molim“ kad želi kolač, može koristiti ovu riječ isključivo kad želi kolač, kao da su riječi „molim“ i „kolač“ postali nerazdvojivo povezani) (Wenar, 2003).

Autistična djeca koja nauče govoriti ne mogu koristiti jezik za komunikaciju, već ga koriste na mehanički način (Remschmidt, 2009). Bujas – Petković (1995) navodi kako postoje i teškoće u izgovoru, a više od tri četvrtine autistične djece imaju pogrešan izgovor. Govor je karakteriziran gramatičkim pogreškama, a neka djeca izmišljaju i nove riječi (neologizme) koje za njih imaju posebno značenje (Remschmidt, 2009).

Premda autistična djeca koriste sadašnje vrijeme jednako često kao i neautistična djeca, njihova je upotreba prošlog vremena značajno rjeđa. Prijedlozi, kao što su „uz“ ili „u“, stvaraju teškoće jer oni nisu obilježja predmeta već označavaju odnose među predmetima (Wenar, 2003). Također, autistična djeca imaju i upadljiv glas, tj. nedostaje mu melodičnost; naglašavanje riječi i dijelova rečenice je često pogrešno; glasnoća govora je nepromjenjiva, a ritam govora je isprekidan (Remschmidt, 2009). Čitanje im predstavlja problem, neka autistična djeca nauče čitati, ali u tome ne uživaju i nikada ne čitaju spontano, nego je to uvijek prisila (Bujas – Petković, 1995).

Autistično dijete na razvija mimiku i gestu kao način komuniciranja, nego svoje potrebe izražava plačem, krikovima ili drugim neadekvatnim oblicima komunikacije (Nikolić i sur., 1992). Ono pokazuje nedostatke u komunikaciji u odnosu na ulogu govornik – slušatelj, u pravilima vođenja dijaloga i razlikovanja starih i novih informacija. Predmet razgovora i izbor tema je vrlo ograničen, često upotrebljava formalan stil govora, a razgovor započinje iznenada bez prethodnog znaka (Ibrahimpašić, Jelčić, 1992).

3.3.Stereotipije i ograničeni interesi

Grčevita povezanost s poznatim očituje se u tome da dijete upada u stanja straha i panike kada se nešto promijeni u njegovom neposrednom okruženju (Remschmidt, 2009). Bujas – Petković (1995) navodi kako autistično dijete često slaže predmete u besmislen niz, opire se promjenama, uvijek uspostavlja isti red, a ako ga se u tome sprječava, uznemiri se, opire i negoduje.

Posebna se vrste motoričkih stereotipija „lepršanje“ pojavljuje uz doživljaje zadovoljstva ili fascinacije igrom svjetla i sjene, vrtnjom ili kao odgovor na iskazane nježnosti drugih. Također, je između inih, karakterističan dubok grleni vokal „a a“ kakav prati zadovoljstvo. Opet, u situacijama povećane uznemirenosti, makromotoričke stereotipije se pojačavaju ili se

pojavljuje vrisak, pojačana eholalija, konfuznost ili destruktivnost, agresija te autoagresija (Bujas – Petković, Frey Škrinjar, 2000).

Potreba za nepromjenjivošću odnosi se kako na djetetovo ponašanje tako i na okolinu. Najčešće su djetetove aktivnosti jednostavne, kao što je sjedenje na podu i zibanje naprijed – natrag tijekom duljeg vremenskog razdoblja ili igranje vezicama ili pak trčanje tamo – amo hodnikom. Katkad ove aktivnosti oponašaju složene rituale, kao što je to slučaj kod pet i pol godišnjeg dječaka koji se igra kamiončićem tako da ga okrene na bok, zavrti kotač istodobno mumljajući, ode do prozora, gleda kroz prozor bubnjajući prstima po prozorskoj dasci te se nakon toga vrati do kamiončića, ponovi istu radnju na istovjetan način i tako nebrojeno puta (Wenar, 2003).

Potreba za nepromjenjivošću okoline može se izraziti na brojne načine, npr. dijete zahtijeva uvijek istu hranu, tanjur i pribor za jelo ili uvijek odijeva istu odjeću ili raspored namještaja u prostoriji mora biti uvijek isti (Wenar, 2003).

3.4.Neurološki poremećaji

Bujas – Petković, Frey Škrinjar i suradnici (2010) navode kako veliki broj autistične djece nema evidentnih neuroloških ispada u ranom djetinjstvu, ali da ih visok postotak ima poslije puberteta. Karakteristični su epileptički napadaji u oko 30 % autistične djece u pubertetu i adolescenciji. Veliki postotak autistične djece već od najranije dobi ima blaže neurološke ispade, kao što su: smetnje u motorici, osobito finoj motorici i grafomotorici te smetnje koordinacije. Bujas – Petković (1995) navodi kako su neurološki ispadi češći kod djece nižeg intelektualnog funkcioniranja. Osim neuroloških ispada, česti su i poremećaji percepcije, osobito poremećaji organizacije slušnih osjeta, osjeta dodira i vestibularnih osjeta (Ayres, 2002).

Autistično dijete je vrlo osjetljivo na zvukove, često burno reagira, zatvarajući rukama uši ili izražava naglašene simptome straha. Pokazuje i abnormalne vestibularne reakcije, npr. vrtnju bez vrtoglavice (Ayres, 2002). Također pokazuje i paradoksalne reakcije na podražaje, npr. autistično dijete na jake zvučne podražaje zatvara oči, a na jake vidne podražaje uši (Bujas – Petković, 1995). Autistično dijete se često ponaša kao da je gluho, tj. ne reagira i ne obazire se na pozive (Tammet, 2009). Nikolić i suradnici (1992) navode da autistično dijete, iako ima zdrave periferne organe za primanje slušnih podražaja, ima problem u njihovu shvaćanju, tj. dijete nije sposobno shvatiti smisao slušnih poruka.

Autističnoj djeci su draži visoki tonovi, kao što su glazba i govor a novi i nepredvidljivi podražaji mogu izazvati averzivne, a ne adaptivne usmjerene odgovore. Dok opetovano izazivanje novog podražaja dovodi do usporenja srčanog ritma i navikavanja kod zdrave dojenčadi, kod autistične djece dovodi do ubrzanja srčanog ritma i neuspjeha u privikavanju. Mogu vrištati kad se uključi usisavač, no drugi put im se može svidjeti glasan zvuk. Mogu biti potpuno nereaktivna na govor odrasle osobe koja uz njih stoji, no istodobno veoma pažljivo slušati zvuk kamiona koji odvozi smeće dvije ulice dalje (Wenar, 2003).

3.5.Psihomotorni razvoj

Neka autistična djeca zaostaju u psihomotornom razvoju, „mlitava“ su kao dojenčad te kasno prohodaju (Bujas – Petković, 1995). S druge strane, Nikolić i suradnici (1992) navode kako su autistična djeca izuzetno spretna naročito u gruboj motorici. Prohodaju u prosjeku ili čak ranije od prosjeka, brzi su i okretni. Međutim fina motorika i grafomotorika slabije su razvijene što može biti prouzrokovano slabijom koncentracijom i zanimanjem djeteta, pa čak i odbijanjem aktivnosti. Autistična djeca često hodaju na prstima kao „balerine“ i pritom izvode čudne pokrete rukama i nogama. Također stereotipni pokreti, kao što su pljeskanje rukama, kucanje prstima po predmetima, itd., karakteristični su za autistični poremećaj.

3.6.Druge psihičke osobine djece s autizmom

Kanner je smatrao kako autistična djeca imaju normalne intelektualne sposobnosti, ali zbog negativizma i autističnog odbijanja normalnih odnosa s ljudima i stvarima loše funkcioniraju (Bujas – Petković, 1995). Međutim, Bujas – Petković i suradnici (2010) navode kako je stupanj intelektualnog funkcioniranja autistične djece u granicama mentalne zaostalosti, tj. njihove su kognitivne sposobnosti daleko ispod normalnih. Osim poremećaja kognitivnih sposobnosti kod autistične djece smanjena je pozornost, nemaju motivacije ni zanimanja te su često hiperaktivna (osobito u predškolskoj dobi). Međutim, hiperaktivnost se nakon adolescentske dobi gubi (Bujas – Petković, 1995).

Što se tiče mašte, autistično dijete pokazuje velike nedostatke na tom području, npr. ne može nacrtati ili teško nacrta nestvarne stvari, a ima i velike teškoće u pričanju priča i drugim kreativnim radnjama (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010). Oštećena aktivnost mašte koči i ograničava sposobnost razumijevanja namjera i emocija drugih ljudi (Ayres, 2002).

Autističnoj djeci nedostaje mehanizam da predstave ono što bi drugi mogli misliti, oni ne raspolažu nikakvom teorijom o psihičkom svijetu. Zbog toga ne mogu zaključiti kakvim će

ponašanjem rezultirati određena mentalna stanja i ne mogu shvatiti kako se može manipulirati uvjerenjima i stavovima, zbog teško i razumiju što je to obmana ili prevara (Winkel, 1997).

Beate Sodian, razvojni psiholog, dokazala je da nije točno da autistična djeca teško razumiju obmanu zbog toga što je činjenično stanje komplicirano, nego zbog toga što obmana pretpostavlja reprezentaciju duševnog stanja druge osobe. Ona je uvela igru u kojoj djeca, da bi dobila bodove, ne smiju dopustiti da „neprijatelji" dođu do blaga u kovčegu. Ako su ključ i brava spremni, krađa se može spriječiti fizičkim sredstvima (sabotaža) i onda autistična djeca vrlo dobro rješavaju taj problem. Ako je pak potrebno psihičko sredstvo (obmana), npr. laž da je kovčeg zaključan, onda većina zakaže. Ni u direktnom, ni u prenesenom smislu autistična djeca ne mogu u komunikaciji čitati između redova. Posve im je nepristupačno ono što je samo nagoviješteno, bilo da se radi o stvarnom životu ili o fikciji, dakle sve ono što međuljudskim odnosima daje poseban čar (Winkel, 1997).

Obično se tokom kognitivnog razvoja oblikuju sve složenije socijalne i kognitivne sposobnosti, npr. djeca postaju sve više svjesna toga da postoje pravi i lažni izljevi osjećaja i djeca uče to uzimati u obzir. U skladu s tim stječu iskustvo u čitanju između redova što je temeljni aspekt ljudske komunikacije i uskoro će i sami znati govoriti u aluzijama, otvara im se put prema humoru i ironiji (Winkel, 1997).

Baviti se imaginarnim predodžbama, interpretirati emocije i prepoznati nagoviještene namjere, sve su to dostignuća koja u biti počivaju na urođenom kognitivnom mehanizmu i zbog toga obično važe kao nešto što se samo po sebi razumije. Međutim za autističnu djecu baš je to teško ili čak nemoguće, a to leži upravo u nedostatku tog mehanizma (Winkel, 1997).

To kognitivno psihološko objašnjenje autizma je tako specifično da se mogu navesti sasvim određene situacije u kojima će autistična djeca imati poteškoće ili ih neće imati. Dobar primjer je da razumiju sabotažu, ali ne i obmanu. Oni potpuno mogu naučiti one socijalne načine ponašanja koji ne zahtijevaju uzajamno razumijevanje, oni su u stanju usvojiti mnoge korisne socijalne rutine i ponekad ih tako usavršiti da im uspijeva nadvladati svoje probleme. Kognitivna smetnja je tako specifična da ne isključuje izvanredne sposobnosti na tako različitim područjima, kao što su crtanje ili slikanje, muziciranje, matematička kombinatorika i memoriranje činjenica (Winkel, 1997).

Paralelno postojanje s jedne strane iznimnih i s druge strane ekstremno niskih postignuća je zapravo nedovoljno ispitano. Pitanje jesu li emocionalne smetnje uzrok tomu da se neka

autistična djeca ne zanimaju za socijalne poticaje i dalje ostaje otvoreno. Isto tako ne može se objasniti zašto postoje tako stereotipno suženi interesi. Autističnoj djeci nedostaje velika integracijska snaga, tj. unutarnji zov da traže smisao i koherentnost u svim pojavama.

Prisutna je i preferencija određene vrste hrane (Remschmidt, 2009). Hranu najčešće bira po boji, a ne po okusu. Autistično dijete može pokazivati i poremećaje sna, kao i bezrazložni plač ili strah koji nije izazvan vanjskim povodom (Nikolić i sur., 1992). Autistično dijete neuobičajeno malo spava, kasno navečer zaspi i jako rano se budi te se noću često zna buditi (Tammet, 2009). Veoma intenzivno osjeća strah. Dijete u nastupu straha vrišti, traži zaštitu ili je čak panično odbija (Nikolić i sur., 1992).

Autistično dijete može biti autoagresivno i agresivno, iako je agresija učestalija nakon puberteta. Nakon najčešće mirnog razdoblja do puberteta slijedi burno razdoblje u kojem se događaju tjelesne, ali i psihičke promjene. U tom razdoblju agresija postaje izraženija, a povezana je i za veću fizičku snagu te spoznaju da se njome mogu koristiti. Dijete postaje agresivno, autoagresivno i destruktivno te se, kako je već navedeno, može javiti i epilepsija (Bujas – Petković, 1995).

Autoagresija se očituje u tome da se dijete udara, grebe, grize, štipa, pritom ne osjećajući bol, dapače čini se kao da uživa u boli (Nikolić i sur., 1992). Tijekom razvoja, kod mnoge autistične djece, dolazi do pomaka simptoma: osjetljivost na zvuk, napadaji straha, psihomotorni nemir, sklonost dodirivanja predmeta i osoba smanjuju se (Remschmidt, 2009). U mnogo slučajeva čini se da adolescencija može biti produžena i znatno se protezati u kasne dvadesete. U odrasloj dobi, većina osoba postaje smirenija i stabilnija, iako njihove autistične osobine ostaju (Nikolić i sur., 1992).

3.7.Posebne sposobnosti autističnih osoba

Za autistični poremećaj šira je javnost saznala tek 1988. godine nakon što je snimljen film *Kišni čovjek*. Film prikazuje autističnu osobu Raymonda Babbitta s posebnim sposobnostima: pamćenjem i matematičkim sposobnostima, a snimljen je prema romanu Barryja Morrowa. Taj je roman Morrow napisao nakon što je upoznao Kima Peeka, osobu ometenu u psihofizičkom razvoju koja je imala eidetsko (fotografsko) pamćenje i koja ga je impresionirala. Kim Peek mogao je reproducirati cijelu knjigu nakon što ju je jedanput pročitao (Bujas – Petković, Frey Škrinjar, 2010).

Godine 1972. prvi je put upotrijebljen naziv *autistic – savant* za talentirane autistične osobe zbog negodovanja roditelja prema nazivu *idiot – savant*. Savant je riječ francuskog podrijetla, a označava učenu osobu.

Talenti se većinom primijete u drugoj, najkasnije u trećoj godini, a nakon godinu, dvije dosegnu vrhunac koji obično nije povezan uz vanjske stimulacije. Razvitkom socijalizacije i drugih sposobnosti talenti gube intenzitet (Bujas – Petković, 1995).

Nikolić i suradnici (1992) navode primjere nekih talenata autističnih osoba: slijepa autistična osoba koja je fantastično crtala, autistični blizanci koji su računali s dvadesetero znamenkastim brojevima, šestomjesečno dojenče koje je moglo reproducirati cijele arije koje bi čulo, autistična djevojčica koja je mogla reproducirati cijele stranice teksta bez ijedne pogreške nakon samo jednog čitanja, itd.

Za neke genijalne ljude može se reći da su pokazivali autistične crte.

Deset najpoznatijih autista iz povijesti:

1. Hans Christian Andersen – danski pisac poznat po pričama i bajkama za djecu kao što su *Ružno pače* i *Mala sirena*
2. Lewis Carroll – engleski dječji pisac, najpoznatiji po svojoj priči *Alisa u zemlji čudesa*
3. Wolfgang Amadeus Mozart – jedan od najgenijalnijih skladatelja u povijesti glazbe
4. Ludwig Wittgenstein – austrijski filozof
5. Michelangelo – renesansni slikar, kipar, arhitekt i pjesnik
6. Stanley Kubrick – američki filmski režiser koji je režirao važne filmove kao što su *Paklena naranča, Dr. Strangelove* i *2001: Odiseja u svemiru*
7. James Joyce – irski književnik, utemeljitelj modernog romana, najpoznatije djelo *Uliks*
8. Nikola Tesla – najistaknutiji izumitelj i znanstvenik
9. Albert Einstein – teorijski fizičar
10. Thomas Jefferson – bio je jedan od osnivača Sjedinjenih Američkih Država, glavni autor Deklaracije o nezavisnosti i treći predsjednik SAD-a (Bujas – Petković, Frey Škrinjar, 2010).

Bujas – Petković (1995) također navodi neke talente autističnih osoba koji će se u ovom diplomskom radu ukratko opisati: talenti vezani uz glazbu, pamćenje, matematiku, umjetnost, itd.

3.7.1. Glazbene sposobnosti

Bujas – Petković (1995) navodi slučaj autistične djevojčice Ilene koja je imala savršen sluh, a talent je pokazala već s devetnaest mjeseci, kada je mogla ponavljati dugačke melodije poslije samo jednokratnog slušanja. S tri godine je to reproducirala svirajući na glasoviru koji nikada nije učila.

3.7.2. Pamćenje

Dječak Russ mogao je zapamtiti i ponoviti cijele stranice teksta čak i na nepoznatom jeziku, ali nije mogao normalno razgovarati i smisleno odgovarati ni na najjednostavnija pitanja.

3.7.3. Matematičke sposobnosti

Matematičke sposobnosti autističnih osoba očituje se u mogućnosti rješavanja matematičkih operacija s višeznamenkastim brojevima napamet i bez greške.

3.7.4. Umjetnost

Umjetnost je sposobnost koja se može bolje predočiti nego opisati. Dječak Selim izrađivao je zadivljujuće figurice životinja od plastelina. Poznata slikarica s autizmom Nadia, mogla je vjerno reproducirati Rembrandta, a talent joj se izgubio kada je počela učiti druge stvari. Crteži slijepog škotskog crtača Richarda Wawroa bili su veoma cijenjeni i skupocjeni. Tijekom života njegovi su radovi predstavljeni na više od sto izložbi diljem svijeta. Richard, gotovo slijepi autistični dječak, imao je fantastičan slikarski talent, kao i Alonso, koji je izrađivao životinjske figurice od gline.

3.7.5. Pseudoverbalne sposobnosti

Pseudoverbalne sposobnosti su sposobnosti reproduciranja cijelih tekstova, čak i na nepoznatom jeziku, ali bez razumijevanja (Bujas – Petković, 1995). Dijete ne govori dobro i teško razumije tuđi govor, tako da je sporazumijevanje otežano.

3.7.6. Ekstrasenzorna percepcija

Ekstrasenzorna percepcija je sposobnost prepoznavanja i predviđanja gotovo nevidljivim znakovima, npr. dijete predvidi da će netko doći u sobu ili da će se nešto dogoditi (Bujas – Petković, 1995).

3.7.7. Ostale sposobnosti

Sposobnosti kod autistične djece su brojne. Neki mogu bez greške rastaviti i sastaviti složene aparate (npr. radio, televizor), mogu zapamtiti sve ulice, mogu dati vremensku prognozu, mogu bez sata točno odrediti vrijeme.

Neka djeca odlično igraju šah, izvrsno trče ili plivaju, npr. jedno tromjesečno dijete plivalo je kao riba.

3.8.Razlozi pojavljivanja posebnih sposobnosti kod autističnih osoba

Unatoč mnogim saznanjima još uvijek se ne znaju pravi razlozi pojavljivanja posebnih sposobnosti kod autističnih osoba.

Pretpostavlja se da autisti zbog genetskog oštećenja dominantne lijeve polutke mozga pate od nemogućnosti usmjeravanja pozornosti i velike ograničenosti interesa. Stoga subdominantna desna polutka mozga preuzima mnoge funkcije koje su vrlo ograničene, a od kojih se jedna ili više njih u nekih autističnih osoba razvije u talent (Bujas – Petković, 1995).

4. POREMEĆAJI IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA

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

Pervazivni razvojni poremećaji velika su i raznolika skupina poremećaja rane dječje dobi nepoznate etiologije koja uključuje organske čimbenike, posebice genetske, biokemijske, imunološke, ali i psihogene. Glavni predstavnik te skupine poremećaja je autistični poremećaj (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

Bujas – Petković i suradnici (2010) navode još neke poremećaje koji pripadaju kategoriji pervazivnih razvojnih poremećaja, a to su: autizam u djetinjstvu, atipični autizam (atipična psihoza, duševna zaostalost s autističnim obilježjima), Rettov poremećaj, drugi dezintegrativni poremećaji u djetinjstvu (dječja demencija, Hellerov sindrom, simbiotička psihoza), poremećaj hiperaktivnosti povezan s duševnom zaostalošću i stereotipnim pokretima, Aspergerov sindrom, ostali poremećaji razvoja u djetinjstvu te pervazivni razvojni poremećaj, nespecificirani.

U kojem stupnju će teškoće biti izražene ovisit će o tome je li dijete visoko na spektru autizma, srednje ili nisko, pa možemo govoriti samo o elementima autizma.

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

4.1. Aspergerov sindrom

Aspergerov sindrom je ozbiljan kronični neurorazvojni poremećaj koji se definira socijalnim deficitom i ograničenim interesima, ali dobro razvijenim govorom i kognitivnim sposobnostima što ga razlikuje od autizma i drugih pervazivnih razvojnih poremećaja. Dobio je naziv po austrijskom pedijatru i psihijatru Hansu Aspergeru koji ga je prvi opisao nazvavši ga *autističnom psihopatijom* (Bujas – Perković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

Postoje dvojbe o tome je li kod Aspergerovog sindroma riječ o posebnom obliku autizma ili su to odvojeni poremećaji koji se mogu svrstati u isti kontinuum, koji Lorna Wing naziva autistični spektar. Iako ta dvojba nije riješena, većina se slaže da je Aspergerov sindrom autistični poremećaj kod djece višeg intelektualnog funkcioniranja (Weiss, 2010).

Remschmidt (2009) smatra kako bi se Aspergerov sindrom trebao uvrstiti u poremećaj ličnosti, iako ga sustavi klasifikacije ubrajaju u pervazivne razvojne poremećaje.

Asperger je opisao četiri dječaka koji su imali sljedeće karakteristike: zaostatak u razvoju djetetove socijalne zrelosti i socijalnog razumijevanja; poteškoće pri ostvarivanju kontakata i traženju prijatelja; ograničeno spontano komuniciranje; izabrani književni govor i težnja za stvaranjem novih riječi; zaostatak na verbalnom području komunikacije i neverbalnom području komunikacije te slab kontakt očima; nedostatak mimike za uspostavljanje kontakta s drugima; slabo razvijene izražajne geste; neobična prozodija govora s obzirom na ton, ritam i brzinu govora; nedostatak empatije; egocentrične preokupacije koje toliko okupiraju djetetove misli i vrijeme da se ne može usredotočiti ni na što drugo; poteškoće s učenjem; pomanjkanje maštovite igre u ranom djetinjstvu; hiper ili hiposenzitivnost; motorička nespretnost te nedostatak smisla za humor (Weiss, 2010).

Lorna Wing je 1983. godine opisala glavna klinička obilježja Aspergerovog sindroma: nedostatak empatije; naivna, neodgovarajuća, jednostrana interakcija; nepostojanje sposobnosti ili smanjena sposobnost sklapanja prijateljstava; pedantan, repetitivni govor; slaba neverbalna komunikacija; intenzivna zaokupljenost određenim temama te nespretni i loše koordinirani pokreti i neobičan tjelesni stav. Dijete s Aspergerovim sindromom ne djeluje motivirano ili ne zna kako bi se igralo s vršnjacima tako da bude usklađeno sa socijalnom aktivnošću (Attwood, 2010).

Dijete s Aspergerovim sindromom se čine posve zadovoljno kad je samo (Attwood, 2010). Međutim, kada je uključeno u zajedničku igru, može se pojaviti sklonost nametanju ili nalaganju što će se raditi. Tolerira socijalni kontakt sve dok druga djeca igraju njegovu igru po njegovim pravilima (Tammet, 2009). Ponekad izbjegava socijalne interakcije ne samo zbog pomanjkanja vještina igranja u društvu, nego zbog želje da ima potpunu kontrolu nad aktivnošću (Attwood, 2010).

Djeca s Aspergerovim sindromom nisu svjesna nepisanih pravila socijalnog ponašanja te će nenamjerno reći ili učiniti stvari koje mogu uvrijediti druge ljude (Attwood, 2010). Također, ne uspijevaju rabiti kontakt očima da bi naglasili ključne dijelove razgovora, da bi pokazali pohvalu ili zanimanje, zatražili pojašnjenje ili pročitali govor tijela (Tammet, 2009).

Djeci s Aspergerovim sindromom nedostaje empatije, tj. ne pokazuju emocionalnu uzajamnost, tako da ne mogu s drugima dijeliti radost, srdžbu ili bijes. Imaju teškoća u

izražavanju vlastitih emocija. Disharmoničnog su raspoloženja, ali su sposobni doživljavati duboka čuvstva. Zbog osebujnog ponašanja često su u školi izvrgnuta ruglu, na što vrlo neprilagođeno reagiraju, katkad pretjeranom agresivnošću (Remschmidt, 2009).

Dijete s Aspergerovim sindromom često počinje govoriti prije nego može samostalno hodati. Usvaja raznolik govor s bogatim rječnikom i često osebujno strukturiranim riječima. Ono govori kad hoće, bez prilagođavanja onima koji ga slušaju (Remschmidt, 2009). Attwood (2010) navodi da dijete s Aspergerovim sindromom ima teškoće s prepoznavanjem signala kada treba početi govoriti te ne može uviđati utjecaj prekida razgovora na osjećaje drugih ljudi. Također, sklono je doslovno tumačiti sve što druga osoba kaže te je manje svjesno skrivenih, implicitnih ili višestrukih značenja što utječe na razumijevanje uobičajenih fraza, idioma ili metafora (npr. „Je li ti maca pojela jezik?“; „Iz vedra neba.“; „Lud od sreće.“; „Pao joj mrak na oči.“, itd.). U govoru nema varijacija u visini, naglascima, ritmu ili melodičnosti, a može se pojaviti i nedostatak modulacije, tako da je govor monoton ili ravan. Ima sposobnost izmišljanja jedinstvenih riječi ili neologizama ili je originalno u svojoj uporabi jezika. Osoba s Aspergerovim sindromom ima teškoće s usmjeravanjem na glas jedne osobe kada govori više ljudi.

Dijete s Aspergerovim sndromom pokazuje i neobično snažno izražene i posebne interese što podrazumijeva snažno bavljenje vrlo uskim znanstvenim područjem koje obično ne pobuđuje opći interes, npr. dinosauri, crkveni tornjevi, strojevi za pranje rublja, itd. (Tammet, 2009). Pritom nisu samo interesi kao takvi neobični, već i mjera u kojoj im se pojedinac posvećuje. Okolini dosađuje ponajviše time što ne govori ni o čemu drugome (Remschmidt, 2009). Malo dijete s Aspergerovim sindromom može biti sklono uspostavljanju i održavanju rutina, npr. rutina prije odlaska na spavanje mogla je započeti sa slaganjem triju igračaka, no pretvori se u ritual u kojem se deseci igračaka moraju posložiti u skladu sa strogim pravilima reda i simetrije (Tammet, 2009).

Kod djece s Aspergerovim sindromom uočljiva je i motorička nespretnost. Djeca nauče hodati nekoliko mjeseci kasnije od očekivanog. U ranom djetinjstvu mogu pokazivati ograničenu spretnost u igrama s loptom, teškoće s vezanjem vezica na cipelama te neobičan hod ili trčanje. U adolescenciji manji dio djece s Aspergerovim sindromom razvije tikove lice ili brzo treptanje i povremene grimase (Attwood, 2010).

Neka djeca s Aspergerovim sindromom razviju hiperleksiju, tj. visoko razvijeno prepoznavanje riječi, no slabo razumijevanje i riječi i tijeka priče, dok druga imaju značajnih

teškoća sa shvaćanjem pravila čitanja. Takva djeca sklona su maštovitim, ali samotnim igrama koja često uključuje pretvaranje da su neki predmeti, a ne osoba, npr. jedan dječak se pretvarao da je čajnik, dok je jedna djevojčica provela nekoliko tjedana pretvarajući se da je začepljena toaletna školjka (Attwood, 2010).

Dijete s Aspergerovim sindromom može biti vrlo osjetljivo na određene zvukove, dodirivanje, na okus i teksturu hrane, mirise, boje, ali zato ima smanjenu osjetljivost na bol. Osoba s Aspergerovim sindromom ima sposobnost sinestezije, tj. osoba doživljava osjet u jednom osjetnom sustavu i zbog toga doživljava osjet i u drugom modalitetu (Attwood, 2010). Najčešći izraz sinestezije je viđenje boje svaki put kada osoba čuje određeni zvuk. Kod djeteta s Aspergerovim sindromom izražen je poremećaj koncentracije, a on nastaje tako da njegova pažnja biva odvraćena ne izvana nego iznutra, tj. dijete se bave samim sa sobom (Tammet, 2009).

U usporedbi s djetetom s Kannerovim sindromom, dijete s Aspergerovim sindromom ima prosječnu ili iznadprosječnu inteligenciju (Remschmidt, 2009). Može se samo ograničeno prilagoditi drugim ljudima ili socijalnim situacijama. Često ga veseli ljutnja drugih ljudi i nema osjećaj za osobnu distancu, niti za humor.

Iako se zbog njihovog ponekad pretjerano agresivnog ponašanja smatra da nisu sposobna za školu i katkad ih se isključuje iz škole, djeca s Aspergerovim sindromom zapravo žele socijalne interakcije, ali ih ne znaju ostvariti (Remschmidt, 2009).

4.1.1. Dijagnoza

S obzirom na uredan kognitivan razvoj i razvoj govora, poremećaj se obično dijagnosticira nakon treće godine, a često i nakon desete godine. Nekim osobama nikada nije postavljena pravilna dijagnoza, pa ih niz poteškoća prati cijeli život. Prvi pokazatelji poremećaja su drugačiji interesi od onih kod vršnjaka, manjkavost neverbalne komunikacije, neobičan način kontakta oči u oči i nezainteresiranost za društvo vršnjaka (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010:49).

Kriteriji za postavljanje dijagnoze Aspergerova sindroma prvi su put javno definirani na seminaru o Aspergerovom sindromu u Londonu 1988. godine (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010). Na tom skupu navedeno je šest dijagnostičkih kriterija za postavljanje dijagnoze od kojih svi moraju biti zastupljeni:

1. naglašene su teškoće u ostvarivanju socijalne interakcije koje se očituju u nemogućnosti realiziranja odnosa ili igre s vršnjacima, nedostatku prirodne želje za društvom vršnjaka što rezultira osjećajem suvišnosti i socijalne izolacije, socijalno i emocionalno neadekvatno ponašanje koje se očituje kao emocionalna hladnoća, stiješnjenost; igre su neinventivne i rutinske
2. naglašeno je zanimanje za ograničene i neobične aktivnosti, npr. za grčku povijest, meteorologiju, itd., 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 svakodnevnom životu skučenije nego u zdrave djece
4. dijete već od najranije dobi pokazuje smetnje govora i jezika; oskudan je socijalni govor; većinom je monoton i formom odudara od normalnog; iako 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 jedan od bitnih diferencijalno – dijagnostičkih simptoma u odnosu prema infantilnom autizmu

Dijagnoza se postavlja na osnovu anamneze, pregleda i promatranja ponašanja. Ponašanje treba promatrati u različitim situacijama. Iscrpan psihološki pregled, uzimajući u obzir neuropsihološke nalaze, može pomoći ne samo u dijagnozi već i u planiranju terapijskih postupaka (Remschmidt, 2009).

Iako u podskupinama (infantilni autizam, autistična psihopatija, autistični poremećaj) ima razlika, velike sličnosti te sindrome toliko približavaju da ih je teško razlikovati. Osobito je teško razlikovati djecu i osobe s Aspergerovim sindromom i djecu i osobe s visokofunkcionirajućim autizmom. Međutim, kao glavne razlike između ta dva poremećaja Bujas – Petković i suradnici (2010) navode kasniji početak Aspergerovog sindroma (nakon treće godine), razvijen govor, nedostatak interesa za druge, ekscentrični socijalni stil i dobra prognoza. Djeca s visokofunkcionirajućim autizmom imaju slabije razvijen govor, poteškoće u socijalnoj interakciji i lošu prognozu. Oba poremećaja obuhvaćaju poremećaje socijalne interakcije i teškoće u afektivnim odnosima, a osnovna je razlika u razvoju govora i motorike.

4.1.2. Uzroci

Uzroci poremećaja kao i kod drugih pervazivnih razvojnih poremećaja nisu poznati. Bujas – Petković i suradnici (2010) navode genetičke uzroke, tj. kod očeva i bliskih rođaka uočeni su neki simptomi poremećaja, socijalne fobije i depresije.

Isto to tvrdi i Weiss (2010) navodeći kako su neki simptomi Aspergerovog sindroma više ili manje bili izraženi kod muških osoba iz šire obitelji, što ukazuje da se radi o genetskom oštećenju.

Remschmidt (2009) navodi kako uzroci Aspergerovog sindroma mogu biti osim genetskog čimbenika i moždana oštećenja i poremećaji moždane funkcije te neuropsihološki deficiti. Navedeni autor smatra kako su kod osoba s Aspergerovim sindromom neki članovi obitelji (najčešće muški) imali simptome slične Aspergerovom sindromu. Što se tiče moždanih oštećenja i poremećaja moždane funkcije većina djece s Aspergerovim sindromom doživjela je komplikacije prije rođenja ili pri rođenju. Također, ističe da djeca s Aspergerovim sindromom imaju oštećenu funkciju čeonog i sljepoočnog moždanog režnja.

Neki istraživači našli su šest neuropsiholoških deficita koji su se pokazali dobrim prediktorima za Aspergerov sindrom. Svi ti deficiti nalaze se u području poremećaja neverbalnog učenja, uključujući finu motoriku, vizualnu percepciju prostora, grubu motoriku i vizualno pamćenje (Remschmidt, 2009).

4.1.3. Terapija

Za sada nema učinkovitog postupka kojim bi bila moguća terapija uzroka poremećaja. Zato je terapija uvijek samo podupiruća i simptomatska.

Remschmidt (2009) navodi neke terapijske intervencije kod Aspergerovog sindroma:

1. individualna terapija (osobe s Aspergerovim sindromom se potiče na razvoj socijalnih odnosa i osjećaja povjerenja; uvježbava se savladavanje svakodnevnih problema, itd.)
2. uvježbavanje socijalnih vještina u grupi (odnosi se na poticanje interesa osoba s Aspergerovim sindromom za socijalnu interakciju; poticanje razumijevanja socijalnih pravila, itd.)
3. radno osposobljavanje i zapošljavanje
4. lijekovi

Weiss (2010) navodi kako se u terapiji djece s Aspergerovim sindromom može upotrijebiti igra uloga ili sociodramska igra što može pomoći djetetu da spozna brojne situacije koja ga možda plaše ili im nije vješto.

4.1.4. Prognoza

Remschmidt (2009) smatra kako je dugoročna prognoza za djecu s Aspergerovim sindromom relativno dobra. Prognoza ovisi o težini kliničke slike, a najviše o intelektualnoj razini (Tammet, 2009).

Inteligentnija djeca imaju mnogo bolju prognozu glede mogućnosti za adaptaciju. Odrasle osobe prosječne inteligencije s Aspergerovim sindromom žive i rade, uz manje ili veće teškoće, samostalno. Većinom ostaju same ili žive s roditeljima (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

Neki od njih u zreloj dobi dobiju epilepsiju ili nastupe simptomi afektivne psihoze, depresije, neuroze, a katkad i shizofrenije. Hans Asperger naveo je optimističnu prognozu za takvu djecu, naglašavajući smetnje ponašanja i neke psihičke poremećaje koji se pojavljuju naknadno (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

4.2.Atipični autizam

Naziv *atipično dijete* i *atipični razvoj* uvela je u dječju psihijatriju psihoanalitičarka Beata Rank 1955. godine. Naziv je označavao širok raspon poremećaja, od onog koji ima neka obilježja autističnog poremećaja do oznaka za stanja koja se pojavljuju u ranoj dobi i koja odstupaju od normalnog razvoj, a u kojima poremećaj ličnosti nije tako dubok kao u autizmu (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

Atipični autizam navodi se kao posebna kategorija pervazivnih razvojnih poremećaja koji ima obilježje autističnog poremećaja, ali ne zadovoljava sve dijagnostičke kriterije (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010). Djeca s tim poremećajem pokazuju dijagnostičke kriterije za autistični poremećaj tek nakon treće godine života (Remschmidt, 2009).

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

Remschmidt (2009) navodi kako se razlikuju dvije inačice atipičnog autizma:

1. autizam s atipičnom dobi obolijevanja (kod te inačice zadovoljeni su svi kriteriji za autistični poremećaj, ali poremećaj postaje prepoznatljiv tek nakon treće godine)
2. autizam s atipičnom simptomatikom (kod te inačice simptomi se manifestiraju prije treće godine, ali ne odgovaraju potpunoj slici autističnog poremećaja, to se odnosi na djecu sa značajno sniženom inteligencijom koja pate od poremećaja govornog jezika, ponajprije razumijevanja jezika).

Uzroci mogu biti nasljedni i biološki, a veliku ulogu imaju i psihološki čimbenici (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010). Tijek i prognoza ovise o stupnju sniženja inteligencije i o tome razvije li se govorni jezik tako da se barem djelomično može koristiti u komunikaciji (Remschmidt, 2009).

4.3.Rettov sindrom

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

U početku nalikuje na autistični poremećaj, pa se s njim često i zamjenjuje u početnoj fazi. Poremećaj se pojavljuje podmuklo i postupno u naizgled zdravog djeteta. Trudnoća majke, porođaj i rani razvoj do šestog mjeseca izgledaju uredni. Djeca su obično mirna i ne jako napredna. Jasni simptomi pojavljuju se postupno u drugoj polovini prve godine djetetova života sa zastojem u psihomotornom razvoju (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

Dijete ako je počelo puzati, prestaje to raditi, nezainteresirano je za okolinu, postaje usporeno, zatvara se, psihički se mijenja, stajanje na nogama kasni uz gubitak sposobnosti za održavanje ravnoteže (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010). U dobi od godinu i pol poremećaj je jasno zamjetan, a osnovni simptomi su intelektualno propadanje, gubitak djetetovog interesa za okolinu, loša komunikacija, zastoj u razvoju fine i grube motorike te gubitak stečenih funkcija (Remschmidt, 2009:62).

U početku bolesti nisu prisutni stereotipni pokreti rukama i jezikom, koji se obično pojavljuju u drugoj godini djetetovog života (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010). Nakon postupnog i nespecifičnog početka, zatim faze regresije i autizma, slijedi faza djelomičnog

oporavka. U toj fazi dolazi do epileptičnih napadaja i propadanja inteligencije. U adolescentskoj dobi većina djevojaka više ne može stajati ni hodati te se kreću samo u invalidskim kolicima, također sve pate od skolioze (Remschmidt, 2009).

Bujas – Petković i suradnici (2010) navode tijek bolesti koji se iskazuje u četiri osnovna stadija:

1. stadij bolesti je rani početak stagnacije razvoja djeteta između šestog i osamnaestog mjeseca života, ali može početi i u petom mjesecu; u tom razdoblju se primjećuju zaostajanje u razvoju, ali razvojni proces još nije značajno abnormalan ili neujednačen; taj stadij traje od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci
2. stadij bolesti čini brzi razvojni regres od prve do četvrte godine, kada dijete gubi postignute motoričke i druge vještine i komunikaciju; gubi se kontakt oči u oči; javljaju se epileptični napadaji; tipični su stereotipni pokreti, prinošenje ruku ustima i plaženje jezika; traje od nekoliko tjedana do jedne godine
3. stadij je period u kojem dolazi do poboljšanja; većina djevojčica održava sposobnost kretanja; stadij traje od nekoliko do deset godina
4. stadij – dolazi do potpune motoričke nesamostalnosti i propadanje psihičkih funkcija; traje desetljećima.

Dijagnoza se postavlja na temelju kliničke slike. Često se brka s autističnim poremećajem, težim intelektualnim oštećenjima ili cerebralnom paralizom. Dijagnostički kriteriji određeni su na drugoj međunarodnoj konferenciji za Rettov sindrom u Beču 1984. godine, a to su: uočljivo normalan prenatalni i perinatalni razvoj; uočljivo normalan psihomotorni razvoj prvih pet mjeseci života; normalan opseg glave kod rođenja, rast glave se usporava u dobi od pet do četrdeset i osam mjeseci; gubitak već usvojenih svrhovitih vještina šake u dobi od pet do trideset mjeseci, nakon čega se razvijaju stereotipni pokreti šake (npr. stiskanje ili „pranje“ ruku); izostanak u sudjelovanju u socijalnim interakcijama; pojavljuju se problemi s koordinacijom hoda ili pokreta trupa; teško oštećen razvoj jezičnog razumijevanja i izražavanja s teškom psihomotornom zaostalošću (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010)..

Remschmidt (2009) navodi da je uzrok bolesti kromosomska mutacija gena. Najčešće se primjenjuje fizikalna terapija radi prevencije skolioze i poboljšanja motorike. Međutim, za sada ne postoji terapija koja bi uklonila uzroke bolesti jer je za sada nejasna ukupnost činitelja koji dovode do bolesti.

4.4.Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu

Dezintegrativni poremećaj opisuje se kao poremećaj koji se pojavljuje između treće i pete godine pri kojemu nakon potpuno zdravog razdoblja dolazi do propadanja svih psihičkih funkcija. Prvi ga je opisao austrijski neuropsihijatar Theodor Heller 1908. godine i nazvao ga je *dementia infantilis* (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

Poremećaj je rijedak, ali težak. Djeca postaju nezainteresirana za okolinu, ne reagiraju na vanjske stimulanse, izgledaju potpuno izgubljeni. Karakteristično je sadržajno osiromašivanje govora do njegova potpunog gubitka te nemogućnost razumijevanja tuđeg govora. Prije uspostavljena normalna inteligencija se gubi, djeca mogu postati anksiozna, razdražljiva, gube stečenu kontrolu crijeva i mjehura te pokazuju predznake demencije (Remschmidt, 2009).

Bujas – Petković i Frey Škrinjar (2010) navode dijagnostičke kriterije za dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu:

A. očito normalan razvoj tijekom najmanje prve dvije godine života koji se očituje odgovarajućom verbalnom i neverbalnom komunikacijom, socijalnim odnosima, igrom i adaptivnim ponašanjem primjerenima dobi
B. klinički značajan gubitak već usvojenih vještina (prije desete godine) na najmanje dva od sljedećih područja:
    1. jezično razumijevanje i izražavanje
    2. socijalne vještine ili adaptivno ponašanje
    3. kontrola sfinktera
    4. igra
    5. motoričke vještine
C. abnormalnost funkcioniranja na najmanje dva od sljedećih područja:
    1. kvalitativno oštećenje socijalnih interakcija (npr. oštećenje neverbalnih načina ponašanja, izostaje razvoj odnosa s vršnjacima, nema socijalne ili emocionalne uzajamnosti)
    2. kvalitativno oštećenje komuniciranja (npr. govorni jezik kasni ili se ne razvija, nesposobnost započinjanja ili održavanja konverzacije, stereotipna i repetitivna uporaba jezika, izostaju razne igre pretvaranja)
    3. ograničeni, repetitivni i stereotipni modeli ponašanja, interesa i aktivnosti, uključujući motoričke stereotipije i manirizme

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

Poremećaj se može pojaviti nakon preboljenih ospica, a može se povezati i s cerebralnim oštećenjem i psihosocijalnim stresom (npr. hospitalizacija, odvajanje od majke, rođenje mlađeg brata ili sestre), a učestaliji je kod dječaka.

Liječenje uzroka za sada ne postoji. Mogu se samo poduzeti mjere koje će olakšati nošenje s poremećajem i bolesnike štititi od daljnjih oštećenja. Prognoza za osobe oboljele od ovog poremećaja je loša. Manje od četvrtine bolesnika može govoriti, a polovina ostaje doživotno nijema. Druga polovina može upotrebljavati samo pojedine riječi, ali često ne u komunikaciji. Kod male skupine bolesnika oštećenja se nastavljaju. U kasnijim stadijima dolazi do neuroloških ispada koji katkad mogu dovesti i do prerane smrti (Remschmidt, 2009).

5. DIJAGNOZA AUTIZMA

Postaviti sa sigurnošću dijagnozu autizma, posebno kod djece mlađe od tri godine, nije jednostavno. Dijagnoza autizma postavlja se na temelju anamneze, kliničke slike, promatranja djeteta u različitim situacijama te psihološkim testiranjem, a kao dodatna pomoćna sredstva koriste se standardizirani intervjui s roditeljima kao i skale za procjenu ponašanja (Remschmidt, 2009).

U anamnezi roditelji izvještavaju o teškoćama tijekom trudnoće, komplikacijama tijekom porođaja te o osebujnom razvoju i ponašanju tijekom prvih mjeseci djetetovog života.

Za obavljanje dijagnostike u Republici Hrvatskoj deklarativno od strane Ministarstva zdravstva određena je Specijalna bolnica za psihijatriju djece i mladeži u Zagrebu, Dječji psihoterapijski odjel na Klinici za psihološku medicinu KBC „Rebro“ u Zagrebu, Dječja klinika u Klaićevoj u Zagrebu te dječji vrtić „Nad Lipom“ u Zagrebu.

Kriteriji za dijagnozu minimalno su se mijenjali od Kannera do danas. Jedina promjena je općeprihvaćena činjenica da se kod autistične djece većinom radi i o različitim stupnjevima intelektualnog oštećenja, što se u početku negiralo. Brojni dijagnostički sustavi objavljeni su radi ujednačavanja kriterija za postavljanje dijagnoze, a osnova svih sustava su Kannerovi kriteriji koji obuhvaćaju sljedeće simptome: nemogućnost djeteta da uspostavi normalne kontakte s ljudima; zakašnjeli razvoj govora; uporaba govora na nekomunikativan način; ponavljajuće i stereotipne igre; opsesivno inzistiranje na poštivanju određenog reda; nedostatak mašte; dobro mehaničko pamćenje te normalan tjelesni izgled (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

Dijagnostički se kriteriji svakih desetak godina ponešto promijene. Creakova nine – point skala iz 1963. godine je najviše korištena skala za postavljanje dijagnoze autizma. Sastoji se od četrnaest ponuđenih simptoma, a potrebno je barem devet za postavljanje dijagnoze autizma. Bujas – Petković (1995) navodi četrnaest simptoma u Creakovoj nine – point skali:

1. velike teškoće u druženju i igranju s drugom djecom
2. dijete se ponaša kao da je gluho
3. ima jak otpor prema učenju
4. nema straha od stvarnih opasnosti
5. ima jak otpor prema promjenama u rutini
6. radije se korist gestom ako nešto želi

7. smije se bez vidljivih razloga
8. ne voli se maziti ni da ga se nosi
9. pretjerana fizička aktivnost (hiperaktivnost)
10. izbjegava pogled oči u oči
11. neuobičajena povezanost za objekte ili dijelove objekata
12. dijete okreće predmete i potreseno je ako je u tome prekinuto
13. ponavljajuće i čudne igre
14. dijete se drži po strani

Dijagnostički kriteriji prema Rutteru su: oštećenje socijalnog razvoja s brojnim posebnim karakteristikama koje odstupaju od djetetove intelektualne razine; zakašnjeli i izmijenjeni razvoj jezika i govora s određenim specifičnostima, a koji odstupa od djetetove intelektualne razine; inzistiranje na jednoličnosti, što se očituje u stereotipnim oblicima igre, abnormalnim preokupacijama ili otporu promjenama; pojava bolesti u dobi od trideset mjeseci (Bujas – Petković, 1995).

Ibrahimpašić i Jelčić (1992) navode dijagnostičke kriterije prema Dijagnostičkom priručniku za mentalne bolesti:

A) oštećenje uspostavljanja socijalnih interakcija (nedostatak osjećaja za druge ljude neadekvatno izražavanje osjećaja prema drugima, nemogućnost uspostavljanja prijateljstva, nedostatak ili smanjena mogućnost imitacije, itd.)
B) oštećenje u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji i nedostatak mašte (kod dojenčeta izostaje brbljanje, tacijalna ekspresija, gesta, pogled oči u oči, maštovite igre, neverbalna komunikacija, govor je oskudan rječnikom i sadržajem, itd.)
C) specifične motorne aktivnosti i neobični interesi (stereotipni pokreti tijela, lepršanje rukama, njihanje, sklonost rutini, ograničeni interesi i preokupacije, itd.). Da bi se uspostavila dijagnoza autizma potrebno je osam od šesnaest kriterija i to barem dva iz skupine A te po jedan iz skupine B i C (Ibrahimpašić, Jelčić, 1992).

Pašićek i Čuturić (prema Bujas – Petković i Frey Škrinjar, 2010) su 1980. godine konstruirale dijagnostički upitnik za utvrđivanje autizma za predškolsku djecu od dvije do četiri godine:

1. jezični problemi:

- teškoće u razumijevanju govora
- usporen i abnormalan govorni razvoj
- teškoće u uporabi i razumijevanju gesta, mimike, facijalne ekspresije i posture tijela

2. problemi percipiranja:
    - neobični odgovori na zvučne, vizualne i taktilne stimulacije
    - tendencija promatranja ljudi i stvari kratkotrajno i površno te brzo odvraćanje pogleda s objekta
3. problemi motoričke kontrole:
    - poskakivanje, mahanje udovima i grimasiranje kada je dijete uzbuđeno
    - teškoće u imitiranju pokreta
4. interpersonalni odnosi:
    - velika rezerviranost i indiferentnost prema drugoj djeci i ljudima
    - teškoće pri usvajanju higijenskih navika i kulturnih navika okoline, određene vrste hrane
    - poremećen ritam spavanja, preferiranje određene vrste hrane
    - nesposobnost igre igračkama i s drugom djecom
    - intelektualno funkcioniranje može biti u granicama normale, ali je često niže od granice retardacije

Taj dijagnostički upitnik danas je pomalo nepravedno zanemaren, iako bi mogao dobro poslužiti za postavljanje prve, radne dijagnoze djeteta.

Dijagnostički kriteriji koji su se nebitno mijenjali, uglavnom se slažu u tri ključne oznake autizma: početak poremećaja u djetinjstvu, nedostatak odgovora na osobe i predmete te poremećaj govora i kognitivnih funkcija (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

6. UZROCI AUTIZMA

Djeca koja se danas označavaju kao autistična, bila su poznata pod različitim imenima tijekom stoljeća, a uzrok autistične bolesti bio je prekriven velom misterije i mitskih tumačenja. Tako su opisivana djeca koja su smatrana divljom ili krvoločnom, othranjenom od vukova i podizana u divljini (Nikolić, 1996).

Još uvijek nije sasvim jasno koji su uzroci autizma. Prije se govorilo o dvjema skupinama teorija o uzrocima autizma: psihološkim i organskim. Prema psihološkim teorijama uzroci autizma nisu organski, nego psihogeni, tj. autizam je uzrokovan nenormalnim psihičkim interakcijama unutar obitelji, osobito hladnim i odbijajućim držanjem majke prema djetetu (Bujas – Petković, 1995).

Kada je Kanner prvi put opisao infantilni autizam i izdvojio ga iz skupine dječjih psihičkih poremećaja kao poseban fenomen, kao uzrok je naveo emocionalno hladnu majku koja ne prihvaća svoje dijete ili ga prihvaća na neadekvatan način (Nikolić, 1996). Kanner je očeve opisao kao inteligentne, obrazovane, opsesivne, ali bez interesa za prave ljudske vrijednosti. Također je smatrao da dječja osamljenost od samog početka života, zbog urođenog nedostatka, ali i roditelja, otežava ostvarivanje ranih odnosa i uzrokuje poremećaje u razvoju ličnosti (Bujas – Petković, 1995).

Bruno Bettelheim je smatrao da je dijete zatvoreno u „autističnoj školjci“ iz koje ne želi izaći jer mu ona pruža obrambeni odgovor na nesvjesnu majčinu mržnju. Ovakva su se tumačenja dugo smatrala kao jedina ispravna, ali zahvaljujući brojnim istraživanjima takva tumačenja su opovrgnuta. S druge strane, organske teorije pretpostavljaju da je posrijedi moždani poremećaj koji uzrokuje razvojni hendikep sa specifičnim simptomima i poremećajima (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

Bujas – Petković i suradnici (2010) navode kako su uzroci autističnog poremećaja različita funkcionalna oštećenja središnjeg živčanog sustava. Epileptični napadaji koji se pojavljuju kod velikog broja autistične djece potvrđuju da se radi o organskim oštećenjima mozga.

Nije zanemariva ni uloga genetike kao uzroka autističnog poremećaja. Neka istraživanja su pokazala da se psihičke osobine prenose s roditelja na djecu. Kod neautističnih članova obitelji, a koji imaju autističnu djecu, primijećene su pojave neurotizma, opsesivnosti, depresije, socijalne fobije te teškoće u komunikaciji. Na zaključak da je autizam genetski uvjetovan upućuje i to što je učestaliji među braćom (osobito među jednojajčanim

blizancima). Također, češće su kognitivne smetnje među braćom te su prisutne i kromosomske anomalije (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

Nikolić (1996) smatra da je uzrok autizma oštećenje mozga koje nastaje zbog poroda na zadak, niske porođajne težine te oboljenja majke od neke zarazne bolesti. Remschmidt (2009) navodi sljedeće uzroke autizma: genetika, moždana oštećenja i poremećaji moždane funkcije, biokemijske osobitosti, poremećaj kognitivnih procesa i govorno – jezičnog razvoja te poremećaj emocionalnog razvoja. Autistični poremećaj povezan je s funkcionalnim poremećajem lijeve moždane polutke s abnormalnim promjenama moždanog debla. Što se tiče biokemijske osobitosti, kod autistične djece utvrđena su odstupanja u razini adrenalina i noradrenalina što je povezano sa smanjenom osjetljivosti na bol. Također kod autistične djece postoji urođeni poremećaj afektivnog razvoja što utječe na smanjenje sposobnosti percepcije tjelesnog izražaja različitih čuvstava koji doživljavaju drugi ljudi (Remschmidt, 2009).

Kao i Remschmidt (2009), Ibrahimpašić i Jelčić (1992) navode da je uzrok autizma poremećaj lijeve moždane polutke i oštećenje moždanog debla i njegovih funkcija. Također, kao uzrok navode i poremećaj u primanju i preradi akustičnih podražaja te poremećaj, tj. oštećenje mezolimbičkog sustava koji regulira ponašanje.

Ramachandran (2013) smatra da je glavni uzrok autizma poremećaj zrcalnih neurona. Zrcalni neuroni imaju važnu funkciju u razumijevanju aktivnosti drugih osoba, njihovih namjera i emocija. Također, zrcalni neuroni omogućuju imitaciju, tj. učenje i na neki su način spona između pojedinca i drugih osoba te imaju veliku ulogu u komunikaciji. Autistična djeca nemaju sposobnost predviđanja tuđih namjera, oponašanja, igre „kao da“ te empatije što upućuje da se radi o poremećaju zrcalnih neurona.

Ayres (2002) navodi kako je uzrok autizma poremećaj senzorne obrade, a na to upućuje djetetova neobična interakcija s okolinom (npr. na neke stvari obraća premalo pozornosti, dok na neke preburno reagira, gravitacijski je nesigurno i ne pokazuje interes da radi nešto svrhovito ili konstruktivno).

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

7. UČESTALOST AUTIZMA

Iako se prije pedesetak godina smatralo da je autistični poremećaj češći u višim socijalnim slojevima, posebice u intelektualnim obiteljima, mnoga epidemiološka istraživanja su to opovrgnula. Najveći broj epidemioloških studija potvrdio je da je autistični poremećaj podjednako zastupljen u svim društvenim slojevima i u svim grupacijama i narodima (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010). Autistični poremećaj je relativno rijedak, prevalencija je 4:10,000 rođenih (Blažević i sur., 2006). Bujas – Petković i suradnici (2010) ističu da dječaci obolijevaju četiri do pet puta češće nego djevojčice.

Prema međunarodnoj udruzi Autism Europe procjenjuje se da diljem Europe ima oko pet milijuna osoba s autizmom. U Hrvatskoj ih je 2010. godine registrirano oko osam tisuća (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

Utvrđeno je da je u periodu od 1983. godine do 2001. godine kroz program Centra za autizam Zagreb prošlo tristotinjak osoba s poremećajima iz autističnog spektra i poremećajima komunikacije. Na uzorku od dvjesto osamdeset korisnika Centra u tom periodu utvrđeno je da je njih dvadeset i sedam edukacijski integrirano u redovne škole (deset po prilagođenom programu, a sedamnaest u privatne škole i u Waldorfsku osnovnu školu, dio njih nije uspio završiti osnovnu školu po redovnom programu). Specijalnu srednju školu pohađalo je sedam osoba, podaci o završetku postoje samo za jednu osobu, a redovnu srednju školu pohađale su tri osobe, od kojih jedna nije uspjela maturirati, a za ostale nema podataka (Blažević i sur., 2006).

Što se tiče učestalosti pojedinih poremećaja iz autističnog spektra, Bujas – Petković i suradnici (2010) navode da je Aspergerov sindrom rjeđi od Kannerovog sindroma te da se pojavljuje u omjeru 1:5. Rettov sindrom pojavljuje se u jednom slučaju na deset tisuća do petnaest tisuća djece i to isključivo kod djevojčica. Dezintegrativna psihoza (Hellerova psihoza) najrjeđe se pojavljuje.

8. TERAPIJA/TRETMAN AUTIZMA

Pod terapijom/tretmanom autistične djece podrazumijeva se uklanjanje nepoželjnih simptoma te pridruženih stanja (Remschmidt, 2009). Važno je što ranije prepoznati teškoće iz područja pervazivnih razvojnih poremećaja.

Pravodobnim i dobro odabranim tretmanom moguće je utjecati i promijeniti tijek nekih simptoma. Također, moguće je zaustaviti negativne procese, donekle preoblikovati nepoželjna ponašanja te poboljšati socijalizaciju.

Usprkos velikim pomacima i naporima još nema jednoznačno učinkovitog tretmana autističnog poremećaja, a razlog tome je priroda poremećaja čiji uzrok još uvijek nije poznat (Remschmidt, 2009). Razvojem bolesti i nedovoljnom stimulacijom djeteta, kao i neadekvatnim terapijskim i odgojnim postupcima, dolazi do propadanja intelektualnih funkcija. Međutim, sve se to može spriječiti ili ublažiti adekvatnim tretmanom, što ima neprocjenjivu korist za autistično dijete i njegovu obitelj (Bujas – Petković, 1995).

U početku, kada se autizam shvaćao kao emocionalni poremećaj, tretman je bio usmjeren u tom pravcu. Terapija autistične djece započela je pedesetih godina otvaranjem Ortogenetske škole B. Bettelheima u Chicagu (Bujas – Petković, 1995). Polazeći od pretpostavke da su roditelji, osobito majka, glavni „krivci“ nastanka bolesti kod djeteta, Bettelheim je djecu potpuno odvojio i izolirao od roditelja u instituciju, smatrajući da je tako uklonio uzrok poremećaja. Pretpostavljao je da će se „odbačeno dijete“ tako osjećati sigurnim i zaštićenim te da će u novim uvjetima moći slobodno kreirati svoju ličnost, koja je do tada bila sputana zbog odbacivanja i nerazumijevanja (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010). Takvo ekstremno mišljenje je napušteno, a u svim uspješnim terapijama pozitivnu ulogu igraju roditelji.

Roditelje, osim što sudjeluju u terapiji, treba i same uključiti u terapiju (Bujas – Petković, 1995). Bujas – Petković i suradnici (2010) navode da svi uspješni tretmani polaze od činjenice da je primaran problem u autizmu funkcionalno i organsko oštećenje nekih područja središnjeg živčanog sustava. Tretman autistične djece obuhvaća terapiju kojom se nastoje ukloniti ili ublažiti simptomi autizma i edukativne postupke kojima se nastoji djetetu i odrasloj osobi pružiti što više korisnog znanja i osposobiti ih za određene vještine (Bujas – Petković, 1995).

Bujas – Petković i suradnici (2010) navode kako je play terapija, kao oblik psihoterapije, dugo vremena bila dominantna i gotovo jedina terapija, a nastojalo se da dijete kroz terapijski proces izrazi slobodu potisnutih emocionalnih konflikata.

Uspostavljanje čvrste emocionalne veze i povjerenja između terapeuta i djeteta preduvjet je svakom uspješnom tretmanu autizma (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010). Nikolić (1996) smatra kako bi tretman autistične djece trebao obuhvatiti dva područja: psihijatrijsko – psihoterapijski pristup i specijalni odgoj. U psihijatrijski pristup trebalo bi se uključiti i roditelji i djeca sa svrhom da djeca postignu poboljšanu komunikaciju s okolinom i time postanu sposobna za veću toleranciju u okviru obitelji. Navedeni autor ističe kako je neophodno da roditelji nauče što im je raditi, tj. da nauče efektivno rješavati probleme i da ih se angažira kao „ko – terapeute".

Nikolić i suradnici (1992) kao jedan od oblika terapije autistične djece navode i terapijske vrtiće za autističnu djecu. Prvi takav vrtić otvoren je u New Yorku 1968. godine i imao je velikih uspjeha u liječenju autizma i drugih dječjih psihičkih poremećaja. U terapijskim vrtićima djeca borave zajedno s majkom. Također, vrtić omogućuje da djeca sama biraju što žele raditi i kako će se igrati. Vrtić vodi dječji psihijatar, a ostali terapeuti su psiholozi, defektolozi i odgajatelji. Terapeuti ohrabruju dijete, pomažu mu u svakoj aktivnosti koju izabere. Kroz boravak u vrtiću važno je da dijete stekne emocionalnu sigurnost. Iako dijete u terapijskom vrtiću ima potpunu slobodu, ipak u tome ima i granica, npr. ako se dijete boji i pokazuje agresiju ne može mu se dopustiti da se iskaljuje na drugoj djeci ili terapeutima. Terapeut mu mora pokušati verbalizirati njegove vlastite osjećaje i pomoći mu da nađe druge putove da smiri agresiju. Tretman traje najmanje dvije godine, a efekti ovise o redovitom dolaženju i angažiranju roditelja. Glavna zadaća terapijskog vrtića je psihičko odrastanje djeteta, a ne stjecanje znanja, tj. i ono je uključeno, ali samo u onoj mjeri u kojoj ne opterećuje dijete.

8.1.Bihevioralna terapija

Bihevioralnu terapiju čine niz metoda kojima se željeni oblici ponašanja nastoje zadržati, a nepoželjni otkloniti. Metodama bihevioralne terapije nastoji se utjecati na razvoj govornog jezika i komunikacije te socijalne interakcije. Neželjena ponašanja koja se nastoje otkloniti su: stereotipije, samoozljeđivanje, ispadi bijesa i agresivno ponašanje (Stošić, 2009).

Postupak uklanjanja neželjenog ponašanja mora se provoditi korak po korak uz detaljnu razradu, prema aktualnom djetetovom ponašanju. Strategije bihevioralne terapije mogu se podijeliti u tri skupine:

1. prethodne intervencije (koriste se preventivno, tj. prije nego što se pojavi neko očekivano ponašanje)
2. intervencije koje slijede (primjenjuju se nakon što se pojavi neko ponašanje)
3. intervencije za razvijanje vještina (Stošić, 2009).

8.2.Glazbena terapija

Bujas – Petković (1995) navodi kako glazbena terapija može poslužiti kao relaksacija. Ona treba biti ciljana i brižljivo odabrana prema afinitetu djeteta, ne preglasna ili iritirajuća. Autistična djeca često vole pjevati ili se izražavaju melodijom. Glazba može biti i dio odgojnog i obrazovnog programa.

U glazbenoj terapiji se pomoću pasivne i aktivne recepcije glazbenih sadržaja te glazbenom ekspresijom uspostavlja kvalitetnija komunikacija s autističnim djetetom. Ovaj način rada se provodi u skladu s individualnim programom koji određuje glazbeni terapeut za svako pojedino dijete, a oblik rada može biti individualni ili grupni.

Glazbena terapija se provodi u specijaliziranom glazbenom kabinetu koji je opremljen sintetičkim glazbalom, električnim klavirom, Orffovim instrumentarijem, različitim vrstama udaraljki te audio opremom (npr. mikrofoni, slušalice, izvori za reprodukciju glazbe).

Temeljna programska područja su:

- aktivno i pasivno slušanje glazbe
- razvoj sluha i auditivne percepcije (igre za razvoj sluha, vježbe razlikovanja i prepoznavanja zvukova, vježbe auditivne pažnje i pamćenja, itd.)
- sviranje na glazbalima
- pjevanje (brojalice, vokalno – tehničke vježbe, igre s pjevanjem, osvještavanje disanja, itd.)

8.3.Likovna terapija

Likovna terapija metoda je za poticanje i pospješenje razvojnih procesa i odgoja autistične djece. Mnoga autistična djeca zbog potpunog izostanka govora i druge uobičajene neverbalne

komunikacije, crtežom mogu izreći poruke ili želje te tako komunicirati s drugim osobama. Crteži autistične djece često su stereotipni i ponavljaju se uvijek na isti način (Bujas – Petković, 1995).

8.4.Terapija igrom

Terapija igrom može se primijeniti kod autistične djece višeg intelektualnog funkcioniranja. Igrom dijete može izreći duboko prikrivene osobne doživljaje, a igra služi i za upoznavanje vanjskog i unutarnjeg svijeta (Bujas – Petković, 1995).

Igra se u terapijskoj situaciji razlikuje od spontane igre s vršnjacima. Vodi je terapeut i ciljana je te ima svoj početak i sazrijevanje.

Terapija igrom je sistematično korištenje teorijskog modela s ciljem uspostavljanja interpersonalnog procesa kroz koji educirani terapeuti igrom koriste terapeutske snage igre da pomognu klijentima prevenirati ili razriješiti psihosocijalne teškoće te da postignu optimalan rast i razvoj. Namijenjena je djeci u dobi od tri do dvanaest godina.

Glavni cilj, bez obzira na simptome, je pomoći djetetu da proradi emocije ili zadovolji potrebe koje mu otežavaju zdrav psihosocijalni razvoj, da poboljša samopouzdanje te da razvije strategije suočavanja s problemom i rješavanja problema.

U terapiji igrom koriste se različiti mediji i tehnike poput: terapeutskog pričanja priča, kreativne vizualizacije, plesa, glazbe, pokreta, dramatizacije, gline i plastelina, crtanja i slikanja, te pijeska. Korištenjem nestrukturiranih materijala poput pijeska i minijaturnih figura ljudi, životinja, drveća itd. omogućeno je da se djetetova mašta izrazi na onaj način na koji je djetetu važno u tom trenutku.

Vrijednost ovakvog psihoterapijskog pristupa temelji se na tome da dijete samog sebe doživi kao sposobnu, odgovornu osobu koja ima društvene odnose te ga se uči dvije temeljne istine: da nitko uistinu ne poznaje nečiji unutarnji svijet tako dobro kao što ga poznaje sama individua te da se odgovornost i sloboda izbora razvija unutar pojedinca. Dijete prvo treba naučiti poštovati sebe, iz čega proizlazi osjećaj dostojanstva, prije nego što može naučiti poštovati osobnosti, prava i razlike drugih.

HUTI je Hrvatska udruga za terapiju igrom. Osnovana je 2013. godine. Njezin cilj je promicanje terapije igrom u Hrvatskoj. Od 2014. godine, HUTI je članica Saveza psihoterapijskih udruga Hrvatske (SPUH).

8.5.Kineziterapija

Kineziterapija kao sastavni dio tretmana autistične djece koristila se i prije te i danas postaje sve važnija u terapiji djece i odraslih a autizmom.

Intenzivne tjelesne vježbe u dječjoj dobi povoljno utječu na uklanjanje hiperaktivnosti, a u odrasloj dobi suzbijaju agresiju, autoagresiju, destruktivno ponašanje i stereotipiju (Blažević i sur., 2006).

8.6.Holding terapija

Američka psihijatrica Martha Welch prva je opisala holding terapiju, tj. terapiju čvrstog držanja. Terapija teži emocionalnom reaktiviranju djeteta i majke (Remschmidt, 2009).

Prema Marthi Welch, autizam je emocionalni poremećaj s poremećenom vezom majka – dijete, koja se terapijom nastoji povratiti. Otac također sudjeluje u terapiji, jer se smatra da su i druge veze unutar obitelji poremećene, prije svega između oca i majke, ali i između oca i djeteta (Bujas – Petković, 1995). Tretmanom se nastoji vratiti poremećena tjelesna veza između majke i djeteta te savladati djetetova uznemirenost.

Praktični dio provodi majka čvrsto držeći dijete, unatoč njegovu otporu i otimanju, ne dopuštajući mu da se istrgne (Remschmidt, 2009). Kako terapija napreduje, djetetovi otpori sve su slabiji i ono popušta, a za vrijeme seansi dijete treba tješiti, pokazujući mu ljubav sve dok se potpuno ne opusti i dok mu takvo postupanje ne postane ugodno. Seanse traju prosječno sat vremena (Bujas – Petković, 1995).

Indikacije za terapiju su agresija, autoagresija, destruktivnost, nekontrolirani psihomotorni ispadi i druga slična ponašanja autistične djece. Terapija čvrstog držanja provodi se u kombinaciji s drugim oblicima tretmana pretežno kod kuće. Glavni terapeut je majka koja postupa prema uputama stručnjaka, a pod nadzorom oca koji se, prema potrebi, također može uključiti u terapiju.

8.7.Dnevna životna terapija

Dnevna životna terapija temelji se na metodama doktorice Kiyo Kitahare iz Japana koja je otvorila školu za autističnu djecu u Bostonu. U toj se školi autistična djeca obrazuju zajedno s ostalom neautističnom djecom. Metoda je spoj istočnjačke filozofije u kojoj se isprepleću razum, tijelo i duh te principi japanske pedagogije koja učenje u skupini stavlja ispred

individualnog. Doktorica Kitahara smatra da su autistična djeca emocionalno slaba te da imaju bitne poremećaje ličnosti i ponašanja. Sve se terapije provode u skupini pretežno preko tjelesnog treninga, a ne individualno (Bujas – Petković, 1995).

Djeca s autizmom prvo sudjeluju u razredu s posebnim vođenjem, koji se obično sastoji od deset učenika. U tom razredu djeca s autizmom do određenog stupnja napreduju u samopouzdanju te u stjecanju sposobnosti da se uklope u grupu i uče u njoj koliko i drugi. Tek tada se priključuju razredu sa zdravom djecom. Kada je dijete pokazalo da prihvaća novi razred, tek tada se u potpunosti integrira. U svakom normalnom razredu od dvadeset i pet učenika u prosjeku je petero autistične djece (Blažević i sur., 2006).

Središnje mjesto tretmana ima tjelesni trening i učenje svakodnevne rutine imitacijom drugih članova skupine (npr. hranjenje, odijevanje, itd.). Provođenjem terapije gase se nepoželjna ponašanja (agresija, autoagresija, destruktivnost, stereotipije, itd.) što je ujedno i cilj tretmana (Bujas – Petković, 1995).

8.8.Potpomognuta komunikacija

Riječ je o postupcima kojima se kod osoba koje ne govore nastoji potaknuti komunikacija pisanjem na kompjuteru, a preko trenirane osobe. Potpomognutu komunikaciju prvi je opisao Australac Biklen 1990. godine, a provodi se u više ustanova u SAD – u, Australiji i Europi (Remschmidt, 2009).

8.9.Socijalne priče

Socijalne priče su kratke priče pisane i prilagođene djeci s poremećajem iz spektra autizma čiji je cilj poboljšanje socijalnih vještina kroz podučavanje primjernih oblika ponašanja u socijalnim situacijama, a pripadaju skupini bihevioralnih intervencija te pritom koriste kombinaciju vizualne i verbalne podrške (Frey Škrinjar, Jančec i Šimleša, 2016).

Socijalne priče opisuju konkretnu situaciju tumačeći relevantne društvene signale, perspektivu drugih, a često predlažu i odgovarajući odgovor na ponašanje u određenoj situaciji. Na taj način pomažu prevladati teškoće u teoriji, odnosno, teškoće u razumijevanju mišljenja, želja i namjera drugih, karakterističnе za djecu s autizmom. Svaka socijalna priča ima jasno definiranu strukturu: daje odgovore na pitanja o osobi (Tko?), predmetu ili događaju (Što?), mjestu (Gdje?) te vanjskim i unutarnjim motivima za ponašanje (Zašto?) u određenim situacijama, objašnjava stavove i emocije drugih u konkretnoj situaciji, opisuje ono što se od

djeteta u konkretnoj situaciji očekuje da učini ili kaže. Također, djetetu pruža objašnjenje socijalne prihvatljivosti podučavanog ponašanja (Frey Škrinjar i sur., 2016).

Dvije su ključne komponente uspješnosti u kreiranju socijalnih priča:

1. omogućiti djetetu da socijalnu priču čita samo ili da je čita osoba bliska djetetu
2. osigurati da je socijalna priča prezentirana na djetetu prihvatljiv način te kroz medij koji dijete preferira (audio snimka ili video prikaz)

Socijalne priče kreiraju se individualno, sukladno djetetovim interesima. Na taj se način osigurava razina motivacije potrebne za uspješno učenje. U izradi socijalne priče odabir ključnih riječi usklađuje se s djetetovim receptivnim rječnikom te se tako kreira situacija učenja u kojoj dijete socijalnu priču u potpunosti razumije.

Frey Škrinjar i sur. (2016) navode primjer socijalnih priča:

Zašto se smijemo?

Većina ljudi voli osmjeh. Kada se ljudi smiju, usta im se otvore te im se vide zubi. Ukoliko se zubi ne vide, taj osmjeh se naziva smiješenje. Većinom, kada se netko smije, to predstavlja nešto lijepo.

• Osmjeh može značiti da mi je drago što te vidim.

• Osmjeh može značiti da se zabavljam.

• Osmjeh može značiti da sam sretan.

• Osmjeh može značiti da bih se želio igrati s tobom.

• Osmjeh također može imati i neka druga značenja.

• Većinom, kada se netko smije, to predstavlja nešto lijepo.

Čekanje u redu za užinu

U mojoj je školi mnogo prostorija. Jedna od njih zove se blagovaonica. U blagovaonici djeca obično jedu užinu. Djeca čuju zvono za užinu. Ona znaju da im to zvono govori da stanu u red pred vratima. Moramo stati u red da bismo bili pošteni prema onima koji najdulje čekaju. Kada pojedini učenici pristižu, staju na kraj reda. To je u redu. Kad ja stignem, pokušat ću stati na kraj reda. Djeca su gladna. Žele jesti. Nastojat ću mirno stajati dok ne dođem na red

da kupim užinu. I redovi za užinu i kornjače su vrlo spori. Mojoj učiteljici će biti drago da sam tiho čekao.

Prvotno su bile namijenjene podučavanju djece s autizmom jer je polazište i preduvjet u kreiranju socijalnih priča bila što veća očuvanost jezično – govornih sposobnosti, koje će omogućiti usvajanje ciljanih socijalnih ponašanja. Međutim, danas se socijalne priče koriste i kod djece s većim stupnjem teškoća, ali u modificiranom obliku i uz prevladavanje vizualne podrške.

Unatoč brojnim istraživanjima, učinkovitost socijalnih priča još uvijek nije znanstveno dokazana. Socijalne priče načelno se koriste uz druge intervencijske postupke poput pozitivnog pojačanja ili modeliranja te je stoga teško identificirati specifičnu komponentu intervencijskog programa koja je uvjetovala njegovu učinkovitost. Istraživanja učinkovitosti socijalnih priča kod djece s poremećajem iz spektra autizma, koja pokazuju pozitivnu povezanost između podučavanja putem priča i usvajanja novih vještina, uobičajeno polaze od ispitivanja jezičnog razumijevanja kod djece kako bi se utvrdila njihova sposobnost razumijevanja socijalne priče. Kriteriji za izbor ispitanika u istraživanju utjecaja socijalnih priča na smanjenje broja nepoželjnih ponašanja bili su: utvrđena dijagnoza poremećaja iz spektra autizma, razvijene vještine verbalne komunikacije i osnovne vještine čitanja. Istraživanje je pokazalo učinkovitost socijalnih priča za smanjenje broja nepoželjnih ponašanja u svih troje ispitanika (Frey Škrinjar i sur., 2016).

8.10.Alternativni tretmani i terapije

U alternativne tretmani i terapije spadaju: bioenergija, kiropraktika, masaža, posebni režimi prehrane i slično. Iako nije zabilježeno pogoršanje stanja ni kod jednog djeteta nakon takvih tretmana, ne može se govoriti ni o poboljšanjima (Bujas – Petković, 1995).

8.11.Terapija senzoričke integracije

S obzirom da autistično dijete nije sposobno registrirati puno osjeta iz svoje okoline, ono ih ne može integrirati da bi stvorilo jasnu percepciju prostora i svoj položaj u tom prostoru. Kao odgovor na te poteškoće Blažević i suradnici (2006) navode terapiju senzoričke integracije.

Terapija senzoričke integracije potpuno je prirodna. Kod većine male djece prirodna interakcija s okolinom omogućuje adaptivne reakcije koje su dovoljne za razvoj mozga. Dijete s poremećajem senzoričke inteligencije ne može se adaptirati na normalnu okolinu, jer njegov

mozak nije razvio procese za integraciju osjeta iz okoline. Takvo dijete treba prikladno postavljenu okolinu skrojenu za njegov živčani sustav te će ono tada biti u stanju pravilno integrirati osjete. Takva se okolina koristi u terapiji senzoričke integracije.

Terapija senzoričke integracije stimulira kožu i vestibularni sustav te na taj način povećava razinu budnosti senzornog sustava. Cilj je terapije kod djece s autizmom poboljšati senzoričku obradu kako bi se što više osjeta efikasnije registriralo i moduliralo.

8.12. Terapijsko jahanje

Primjena konja u terapijske i rehabilitacijske svrhe seže unazad četiri stoljeća. Snažan poticaj u novije doba predstavlja podvig Liz Hartel iz Danske, koja je na Olimpijskim igrama u Helsinkiju 1952. godine osvojila srebrnu medalju za dresuru. Iako oboljela od dječje paralize, ona je, u konkurenciji s mnogim mladim i zdravim osobama, postigla zavidno visoko drugo mjesto, osvijestivši tako važnost upotrebe konja u terapiji. Od tada je terapija jahanjem privukla pozornost stručnjaka i ljudi koji se profesionalno bave konjima (Boras, Itković, 2002).

Ranih šezdesetih godina u SAD – u su postojala tri centra za terapijsko jahanje, od kojih je najpoznatiji Windrush. Osnivanje Cheff Centera i North American Riding of the Hendicapped 1969. godine pokrenulo je diljem svijeta širenje terapijskog jahanja. U SAD – u ima preko šesto šezdeset centara, a njihov broj stalno raste. U razvijenim zemljama Europe centri terapijskog jahanja formirani su u sklopu većih rehabilitacijskih ustanova, koje svoja iskustva prenose manjim rehabilitacijskim centrima. U Hrvatskoj postoje nekoliko udruga za terapijsko jahanje (npr. udruga *Don Kihot* u Zagrebu; udruga *Krila* u Zagrebu; udruga *Flyer* u Zagrebu; udruga *Mogu* u Osijeku; udruga *Kas* u Sisku; udruga *Nada* u Vrbovcu; udruga *Korak dalje* u Daruvaru) (Boras, Itković, 2002).

S obzirom da postoje nesuglasice oko upotrebe izraza *hypoterapija, pedagoško jahanje, voltižiranje* i sl., javila se potreba za stanovitom terminološkom podjelom. *Hypoterapija* je terapija s konjem i na konju. Preciznija definicija glasi: „*Pod hypoterapijom podrazumijevamo fizioterapijske postupke kod kojih su invalidi, bolesnici i konj, sa svojim trodimenzionalnim pokretima, sudionici unaprijed planiranog i osmišljenog medicinsko – terapijskog tretmana, pri čemu je čovjek kroz sveukupne kretnje, tjelesno, emocionalno, duševno i socijalno angažiran"* (Boras, Itković, 2002:74).

Hypoterapijski tretman ima neurofiziološku osnovu i mora biti propisan od liječnika, za svakog pacijenta pojedinačno, individualno doziran s unaprijed izrađenim terapijskim planom. Posao i trud ove dugotrajne terapije vrlo brzo se pretvara u suradnju između konja i čovjeka. Hypoterapija kao oblik fiziološke terapije omogućava pokrete koji aktiviraju bolesne mišiće. Ako i ne dođe do značajnijih poboljšanja ravnoteže i koordinacije, poticanje osjeta i normalizacije disanja, iskustva iz prakse su pokazala da se progresija distrofije mišića značajno zaustavlja. Razlog tome je zastupljenost spektra različitih pokreta, održavanja ravnoteže, koordinacije, uključenost senzorike i odgovarajućeg disanja.

Zdravstveno – pedagoško jahanje se prije svega odlikuje odgojnom funkcijom. Sam pojam podrazumijeva pedagoške, psihološke, fizioterapijske, rehabilitacijske i socio – integrativne ponude tretmana putem terapijskog jahanja. Riječ je o individualnom napretku osobe preko medija konja, koji ima povoljan utjecaj na njezin razvoj, zdravstveno stanje i ponašanje.

Voltižiranje je vid pedagoškog jahanja koji u središtu ima jahanje radi ophođenja s konjem. Ono je u potpunosti usmjereno na razvoj i poboljšanje emocionalnog, duševnog, tjelesnog i socijalnog stanja osobe.

Indikacije za provođenje terapije zdravstveno – pedagoškog jahanja i voltižiranja su najčešće: nepredvidivo i upadljivo asocijalno ponašanje, duševne smetnje, poremećaj osjetila, problemi kod učenja, problemi opažanja, problemi govora, problemi u emocionalnom i socijalnom području. Sva navedena stanja pokazuju siromaštvo u druženjima, smanjeno samopouzdanje, plašljivost, slabost i pomanjkanje volje, nedostatak socijalne prilagođenosti, sklonost agresiji, smanjenu toleranciju te hiperaktivnost. Tretman neželjenih postupaka u ponašanju započinje stvaranjem emocionalnog kontakta s konjem te se planiraju vježbe zdravstveno – pedagoškog jahanja. Kod pedagoškog jahanja i voltižiranja konja se može gledati kao ko – terapeuta koji svakog prihvaća onakvog kakav je, on ne ocjenjuje i nema predrasuda, ali reagira spontano na dobre ili loše postupke i zato određuje prirodne granice ponašanja (Boras, Itković, 2002).

Zdravstveno – pedagoško jahanje i voltižiranje je vrlo složen terapijski postupak, čiji se ciljevi mogu raščlaniti na tri područja:

a) područje motorike:
   - poboljšanje tjelesnog držanja uz uživljavanje u pokrete konja
   - popuštanje i oslobađanje tjelesne ukočenosti zbog ritmičkog pokretanja konja
   - poboljšanje ravnoteže i koordinacije

- poboljšanje vlastitog opažanja o svojoj tjelesnoj građi

b) emocionalno spoznajno područje
   - učenje opažanja
   - učenje primanja kritike od odraslih osoba
   - razvoj samopouzdanja
   - smanjenje strahova
   - jačanje vjere u vlastite sposobnosti
   - razvoj svijesti o odgovornosti
   - povišenje tolerancije kod frustracije

c) socijalno područje
   - druženje i održavanje zajedničko postavljenih ciljeva
   - priznanje sposobnostima drugih
   - učiti praviti kompromise
   - smanjenje agresivnog ponašanja
   - izgradnja veza – druženje

Tim stručnjaka koji provodi pedagoško jahanje i voltižiranje sastoji se od defektologa, pedagoga, psihologa s obaveznom dodatnom teorijskom i praktičnom izobrazbom o terapijskom jahanju. Pedagoško jahanje se može izvoditi individualno i u voltižer – grupama (najbolje od četvero do šestero djece).

Terapijsko jahanje se ne koristi samo u rehabilitaciji osoba s invaliditetom, već se koristi i kao sredstvo izgrađivanja samosvijesti i samopouzdanja osoba s emocionalnim i duševnim teškoćama, kod problema socijalnog ponašanja, teškoća u učenju i prevenciji neželjenog ponašanja mladih. Širok je krug onih kojima terapijsko jahanje može pomoći. Osobama s invaliditetom terapijsko jahanje može pomoći da shvate kako je s njima sve u redu, dok osobama s emocionalnim i mentalnim problemima daje motivaciju za život i rad. Kod djece s autizmom terapijsko jahanje potiče razvoj fine motorike, pomaže u razvoju pamćenja, pažnje socijalizacije, smanjuje neke nepoželjne oblike ponašanja (npr. agresija) (Boras, Itković, 2002).

8.13. Terapijsko plivanje

Učenje plivanja za osobe s posebnim potrebama moguće je provoditi uz korištenje više programa i koncepata. Jedan od njih je Halliwick koncept koji je ujedno i najpoznatiji u radu s djecom s posebnim potrebama. Halliwick koncept organiziran je tako da se provodi bez korištenja rekvizita jer po tom konceptu rekviziti daju lažnu sigurnost (Kostelnik i sur., 2004).

Cilj ove metode je omogućiti djeci da se kroz zajedničku igru, zabavu i druženje nauče samostalno koristiti vodom kao medijem za kretanje. Također otvara se put za učenje novih društvenih vještina te se razvija osjećaj pripadnosti. Osim što se ova metoda koristi kod djece s autizmom, koristi se i kod djece s cerebralnom paralizom, Downovim sindromom te ADHD – om.

8.14.TEACCH program

TEACCH program (Tretman and Education of Autistic and Related Comunication handicapped Children) jedan je od najsveobuhvatnijih tretmana za djecu i odrasle s autizmom.

Program se provodi duže od dvadeset godina u Chapel Hillu u Sjevernoj Karolini, a naglasak je na kontinuiranoj procjeni koja je temelj stvaranja dobre individualne terapije i obrazovanja. Cilj programa je usvajanje školskog znanja i vještina, ali i poboljšanje adaptacije autističnog djeteta, efikasnost učenja, govora, komunikacije i socijalizacije (Bujas – Petković, 1995).

TEACCH program, osim sposobnostima i interesima te simptomima autizma, prilagođen je i djetetovoj dobi. Potrebe autistične djece različite su od predškolske do školske i adolescentske dobi. Osim tradicionalnih školskih aktivnosti čitanja, pisanja i računanja, provode se temeljni programi komunikacije, neovisnog funkcioniranja te razvijanja međuljudskih odnosa. Obavezan temeljni program obuhvaća sljedeće vještine: sortiranje, uporaba jednostavnog alata, vježbe fine i grube motorike, kućne poslove (npr. usisavanje, pranje suđa, itd.), socijalno ponašanje i ples.

8.15. Edukacijsko – rehabilitacijski pristup

Edukacijsko – rehabilitacijski pristup usmjeren je na učenje komunikacijskih i socijalnih vještina, povećanje socijalne kognicije te poticanje motivacije i sposobnosti za funkcionalno učenje.

Bujas – Petković i suradnici (2010) navode temeljna načela ovog pristupa:

1. podrška djetetu u ublažavanju posljedica teškoća vezanih uz simptome autizma poticanjem razvoja pogođenih područja (socijalizacija, komunikacija i ponašanje)
2. podrška i suradnja s roditeljima u svim životnim fazama njihova djeteta, cjeloživotni program podrške specifično usmjeren na potrebe pojedine osobe kako bi se ostvarile maksimalne osobne kompetencije i kvaliteta života u zajednici.

8.16. Model RIO – floortime

Ovaj model slijedi inicijative djeteta. Roditelji su primarni partneri u ovom pristupu koji se temelji na toplom i neposrednom ophođenju s djetetom.

Filozofija floortimea znači poštivanje i zaokupljanje djeteta te slaganje s njim kako bi mu se pomoglo elaborirati misli posredstvom gesta, govora i igre pretvaranja. Bujas – Petković i suradnici (2010) navode dva temeljna cilja floortimea:

1. postavljanje interakcije s djetetom uz njegovo vođenje
2. uvesti dijete u svijet združene pažnje. Kada dijete shvati da ga se ne želi ometati u onome što želi raditi, pustit će da mu se roditelji pridruže jer će to za njega biti još zabavnije.

Navedeni autori opisuju floortime kao proces od pet koraka, a primjenjuje se kako bi se podržao i pomogao emocionalni i socijalni razvoj djeteta.

Prvi korak: opservacija

Za uspješnu opservaciju potrebno je istodobno slušati i promatrati dijete. Facijalna ekspresija, ton glasa, geste, postura tijela i riječi važni su čimbenici koji pomažu u pristupu djetetu.

Pitanja koja su važna su: „Je li djetetovo ponašanje opušteno ili zaigrano?“; „Povlači li se ono ili želi komunicirati?“; „Je li dijete uzbuđeno?“; „Je li zaokupljeno objektima ili osobama?“; „Odgovara li dijete samo ili inicira interakciju?“.

Drugi korak: pristupanje – otvaranje ciklusa komunikacija

Nakon što se ustanovi djetetovo raspoloženje i način pristupa, roditelj mu može prići prikladnom gestom ili riječima. Daljnja interakcija gradi se na onome što zanima dijete. Roditelj, terapeut prati interes djeteta.

Treći korak: praćenje djetetova vodstva

Praćenje djetetova vodstva znači biti partner koji ga održava u igri. Terapeut je „asistent“ i dopušta djetetu da mu određuje ton, upravlja akcijom i gradi priču. Na taj način potiče se djetetov osjećaj samopouzdanja i stvara spoznaja „Ja mogu utjecati na svijet oko sebe.“ Podržavajući dječju igru, terapeut mu omogućuje pozitivno iskustvo, osjećaj topline, bliskosti i razumijevanja.

Četvrti korak: produžena i proširena igra

U nastojanju da se dijete potakne u igri u kojoj se stvara interakcija s roditeljima, roditelj daje podržavajuće komentare te pomaže djetetu da izrazi svoje ideje i definira nastavak igre.

Kako bi poticao razvoj kreativnog mišljenja roditelj postavlja pitanja i pritom pomaže djetetu da osvijesti svoja emocionalna stanja.

Peti korak: dijete zatvara ciklus komunikacije

Nakon što je roditelj otvorio krug komunikacije kada je pristupio djetetu, dijete ga zatvara tako da na roditeljeve komentare i geste odgovara svojim komentarom i gestama. Ciklusi se nižu jedan za drugim te dijete postupno počinje shvaćati i cijeniti vrijednost dvosmjerne komunikacije.

8.17.Sustav komuniciranja zamjenom slike (PECS – Picture Exchange Communication System)

Sustav komuniciranja zamjenom slika je jedinstvena dopunska alternativna metoda uvježbavanja komunikacije. Razvijena je za rad s malom djecom s autizmom i drugim socijalno komunikacijskim teškoćama, ali može se prilagoditi i drugim dobnim skupinama (Blažević i sur., 2006).

PECS je razvijen na Delaware Autistic Program – u kao odgovor na teškoću uvježbavanja komunikacije s malom djecom s autizmom. Djeca s autizmom imaju teškoće u verbalnom i motoričkom ponašanju te je bilo vrlo teško naučiti ih komunikaciji govorom ili znakovnim jezikom.

Blažević i sur. (2006) navode kako se pokušalo sa sistemom pokazivanja slika, no ustanovljeno je da djeca imaju mnogo različitih pokreta rukom te da je te poruke teško čitati. PECS omogućava maloj djeci komunikaciju unutar društvenog konteksta.

Djeca upotrebljavajući PECS uče pričati i predati sliku željenog predmeta komunikacijskom partneru u zamjenu za taj predmet. Čineći to, dijete započinje čin komunikacije s konkretnim rezultatom, a u okviru društvenog konteksta.

8.19. Terapija lijekovima

Budući da na osnovi sadašnjeg znanja lijekovima nije moguće djelovati na uzroke autističnog poremećaja, pokušava se njihovom primjenom djelovati na određene simptome ili grupe simptoma.

Remschmidt (2009) navodi da se lijekovima tretiraju sljedeći simptomi: hiperaktivnost, nesanica, epilepsija, stereotipije, ispadi bijesa i ponašanje sa samoozljeđivanjem, depresivna raspoloženja, itd.

Od lijekova najviše se primjenjuju antidepresivi, sedativi i stabilizatori raspoloženja. Dozu je potrebno prilagoditi kliničkoj slici, simptomima, tjelesnoj težini i dobi.

9. PROFESIONALNA PODRŠKA RODITELJIMA

Temelj uspješne suradnje roditelja i edukacijsko – rehabilitacijskog stručnjaka je razumijevanje roditelja. Rehabilitatori koji očekuju da roditelji kod kuće provode postupke podučavanja koji se primjenjuju u ustanovi/školi koju dijete pohađa, dodatno pridonosi stresu i teškoćama roditelja. Kako bi se to izbjeglo, potrebno je da rehabilitator uzme u obzir potrebe obitelji i da se usmjeri na one vrste intervencije i ciljeve koji će obitelji omogućiti bolji i lakši život (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

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 djetetovu majku. No, autizam djeluje na sve članove obitelji. Suradnja roditelja i stručnjaka traje tijekom svih životnih ciklusa djeteta, ali se mijenjaju intenzitet i usmjerenost. Suradnja je najintenzivnija u ranoj dobi ili od postavljanja dijagnoze i rane intervencije tijekom predškolskog razdoblja. U školskoj dobi postupno se smanjuju kontakti jer se dijete većinom stabilizira, a obitelj pomalo privikava na poremećaj. Roditelji djece s autizmom trajno su zabrinuti za njihovu budućnost, ali i za sebe, tako da i dalje trebaju pomoć profesionalca, no ne tako često i intenzivno kao prije. Planiranje odrastanja i budućnosti djeteta treba početi kada se poremećaj dijagnosticira jer se navike i zablude poslije teško uklanjaju (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

Ponašanje i navike koje se pojave na početku, poslije je jako teško promijeniti, zato je važno da i roditelji i profesionalac razmišljaju unaprijed i izbjegavaju planiranje strategija samo s kratkoročnim djelovanjem. Rano planiranje pomaže pri prelasku iz adolescentne u odraslu dob. Tijekom adolescencije obitelj je zabrinuta zbog čestih promjena i izazovnog ponašanja, školskih obaveza i problema vezanih uz neovisno funkcioniranje i financijsku sigurnost. Važna točka u adolescenciji je razvoj individualnog prijelaza, tzv. tranzicijskog individualnog plana koji se najbolje može uskladiti ako se prati svakodnevni život, edukacija i vještine vezane za zapošljavanje. Ta procjena i plan rezultiraju putokazom za oblike podrške za dob nakon adolescencije, kako bi se promovirale vještine koje odrasloj osobi omogućuju da što bolje sudjeluje u zajednici.

Spremnost profesionalca da s roditeljem podijeli informaciju o tranzicijskom planu, da ga uključi u planiranje, da mu bude izvor informacija i pouzdan savjetnik u donošenju važnih odluka, temelj je dobrog odnosa profesionalca i roditelja stvorenog na uzajamnom povjerenju

i poštovanju, a na korist djeteta s poremećajem iz autističnog spektra (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

10. ODGOJ I OBRAZOVANJE DJECE S AUTIZMOM

U prošlosti se smatralo da su djeca s autizmom nesposobna za obrazovanje pa su upućivana na posebne odjele ustanova za djecu s mentalnom retardacijom. Danas je, međutim, poznato da ne postoje djece koja se ne mogu odgajati ili obrazovati, a najbolji rezultati postižu se individualiziranim, prilagođenim programima (Bouillet, 2010).

Na potrebu individualizacije programa upućuju najmanje dva obilježja autista. Prvo, teškoće u društvenoj komunikaciji kod autizma su takve da, ako učitelji dovoljno ne potiču takvo dijete na aktivno sudjelovanje i ako ga ne vode i ne upućuju, ono može ostati isključeno iz društvenog kontakta i zaokupiti se svojim ponavljajućim aktivnostima. Drugo, dobar metodički pristup temelji se na pretpostavci da svaki zadatak treba rastaviti na jednostavne i jasne dijelove, s jasno definiranim ciljem u svakom dijelu.

Dobro postavljeno učenje je djelotvorno jer autistična djeca traže predvidljivost. Neka su sposobna raditi bez ičije pomoći, ponekad i dulje vrijeme, a kod druge se djece ova sposobnost može razviti kasno (između osme i desete godine) i zahtijeva posebnu poduku. Kako bi njihova pozornost kod učenja trajala dovoljno dugo, čini se da je prikladan odnos od najviše tri učenika na jednog učitelja. Kod autistične djece prosječnog intelektualnog statusa mogu se očekivati dobra obrazovna postignuća. Napredak djece s autizmom koji je popraćen sniženim intelektualnim statusom mnogo je sporiji i skromniji (Bouillet, 2010).

S obzirom na specifičnosti autistične djece i uvjete hrvatskog odgojno – obrazovnog sustava, nameće se dvojba je li za tu skupinu djece primjereno obrazovanje u integriranim uvjetima. Bouillet (2010) smatra da je za takvu integraciju nužno postojanje odgojno – obrazovnih ustanova čije osoblje razumije taj poremećaj, ali i dovoljan broj stručnjaka koji će djetetu moći pružiti primjerenu pozornost i tretman. U protivnom, integracija djetetu neće pomoći, nego će mu odmoći. Navedena autorica predlaže osnivanje regionalnih centara koji bi bili nositelji svih programa potpore za djecu s autizmom. Imali bi stručne timove i mobilne službe koje bi se uključivale u rad svih odgojno – obrazovnih ustanova, osiguravajući svakom autističnom djetetu specifične edukacijsko – rehabilitacijske postupke koje bi ostvarivali u matičnoj školi ili vrtiću i u regionalnom centru za autizam, za djecu koja imaju izraženije teškoće i koje je potrebno pripremiti za kasniju integraciju.

Dok takvi centri ne profunkcioniraju, obrazovanje autistične djece odvijat će se u specijaliziranim ustanovama, pri čemu toj djeci treba pružiti mnogo prilika za druženje s drugom djecom (npr. u sklopu izvanškolskih i drugih slobodnih aktivnosti). Od takva integracije koristi mogu imati i zdrava djeca koja se druže s autističnom djecom, to im iskustvo omogućuje razvoj svijesti i razumijevanja posebnih potreba djece s autizmom. prema tome, integracija je proces koji treba njegovati i dalje razvijati, posebno kad je riječ o djeci čije je socijalno funkcioniranje zbog specifičnih organskih stanja i bolesti znatno otežano.

10.1. Kurikulum kreiran za specifične potrebe osoba s autizmom

Svaki školski predmet može biti dostupan učeniku s autizmom, a njihov izbor odredit će učitelj u skladu s interesom i sposobnošću djeteta te u suradnji s roditeljima (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

Nacionalni kurikulum ne postavlja načine podučavanja, nego programi određuju postupke koji su prihvatljivi učeniku s autizmom, a učitelj treba strukturirati konkretne zadatke uz pomoć edukacijskog rehabilitatora, tj. defektologa.

Kurikulum za odgoj i obrazovanje učenika s poremećajima iz autističnog spektra uzima u obzir specifične potrebe djeteta s teškoćom koje se usklađuju sa standardima kurikuluma za djecu tipičnog razvoja. Takav kurikulum sadržava:

- priopćenje o ciljevima i filozofiji iz kojih proizlaze ciljevi, metode i aktivnosti podučavanja
- prilagođen je dobi, sposobnostima i stilovima učenja svakog djeteta
- usmjeren je na poticanje razvoja socijalnih vještina, imitacije, komunikacije i jezika te socijalne kognicije i vještina karakterističnih za djecu tipičnog razvoja
- usmjeren je na generalizaciju naučenih vještina u složenijim okolnostima
- usmjeren je na održavanje naučenih vještina u složenijim okolnostima
- usmjeren je na poboljšanje samostalnosti učenika u svim aspektima života (Bujas – Petković, Frey Škrinjar, 2000).

U daljnjem tekstu opisani su neki modeli kurikuluma koji se koriste u odgoju i obrazovanju učenika s poremećajima iz autističnog spektra.

Razvojni kurikulum usmjeren je na poticanje usvajanja sposobnosti i vještina koje su u skladu s modelima tipičnog razvoja. Polazi od urednog razvoja prema kojem se svaka razvojna faza nadovezuje na prijašnju, odnosno postoji redoslijed prema kojem se uče određene sposobnosti i vještine. Svaka nova vještina nadovezuje se na već usvojenu.

Nedostatci tog pristupa, kada je riječ o autizmu, proizlaze iz prirode tog poremećaja. Naime, sekvencije tipičnog razvoja mogu, ali i ne moraju biti primjerene za djecu s autizmom s obzirom na moguću veliku neujednačenost različitih razvojnih područja. Kod pojedinog djeteta odstupanja u određenim područjima procijenjena razvojnom listom ne moraju biti u domeni školskog učenja.

Dva su pristupa usmjerena na poboljšavanje *kognitivnih sposobnosti* osoba s autizmom. Prvi je pristup poznat kao „racionalan pristup“ i povezan je s opisima „autističnog mišljenja“ i istraživanjima teorije uma kod osoba s autizmom. Bit je tog pristupa da se koriste strategije rješavanja problema, učenja fleksibilnog mišljenja i drugih kognitivnih strategija kako bi se postigla što veća razina samostalnosti u učenju i općenito u funkcioniranju.

Drugi kognitivni pristup odnosi se na nekoliko područja učenja u kojima osobe s autizmom najčešće imaju poteškoće – združenu pažnju, socijalnu interakciju, komunikaciju i motivaciju. Ti su pristupi usmjereni na poticanje razvoja misaonih funkcija koje su preduvjet za razvoj socijalne kognicije, sposobnosti koju autizam najviše pogađa.

10.2.Odgojno – obrazovno uključivanje učenika s teškoćama

Još ne tako davno problem obrazovanja djece s posebnim potrebama rješavao se smještajem djece u posebne ustanove, npr. u specijalne škole ili u posebna odjeljenja, ako je riječ o blažim smetnjama. Neke teškoće (autizam, hiperaktivnost, itd.) nisu ni detektirane kao takve, djeca su smatrana neposlušnima, lijenima, nezainteresiranima za školu i sl. Specijalne škole djecu s teškoćama u razvoju osposobljavaju za život u grupama sebi sličnima. Takvo odvajanje djece s teškoćama u razvoju od ostalih ima niz negativnih posljedica i na osobe bez teškoća koje ne nauče prepoznavati i uvažavati različitosti, prepoznavati vrijednosti osobe s teškoćama u razvoju. Iz neznanja, formiraju se prema njima niz predrasuda te se uvijek ističu područja na kojima nisu uspješna, ne uvažavajući tako njihove posebne potreba, ali i posebne potencijale u područjima gdje mogu biti uspješni (Brzoja, Zrilić, 2013).

Smještaj djece u posebne ustanove pokazao se nekorisnim jer su metode rada često bile neprilagođene, ispod razine njihovih mogućnosti, čime nisu iskorišteni potencijali potrebni za

uspješnu integraciju u školsku sredinu. Iako kategorizacija ima i nekih pozitivnih strana, izdvajanje je značilo i teškoće u kasnijoj integraciji u društveni život. Zrilić (2013) navodi pozitivne i negativne strane kategorizacije:

Pozitivne strane kategorizacije:

- određivanje kategorizacije može pomoći pri planiranju tretmana
- dovodi do zaštitničkog odnosa od strane druge djece
- pomaže boljoj komunikaciji među stručnjacima koji se bave djecom s teškoćama
- daje mogućnosti uspostave posebnih oblika obrazovanja
- omogućava lakše usmjeravanje pozornosti šire javnosti

Negativne strane kategorizacije:

- u prvom su planu djetetovi nedostaci
- postavljanje niskih očekivanja, što može rezultirati neprimjerenim razvojem postojećih potencijala
- može dovesti do niskog samopouzdanja i do socijalnog odbacivanja od strane ostale djece
- jednom kategorizirano dijete teško se može riješiti te oznake
- veliki broj djece koja su kulturno različita ili socijalno uskraćena mogu se pogrešno svrstati u kategoriju mentalno zaostale djece
- kategorije su često opravdanje za izdvajanje djece iz redovitih razreda

Snažnu potporu integraciji djece s posebnim potrebama u redoviti odgojno – obrazovni sustav dale su ideje o demokratizaciji obrazovanja, tj. zahtijevanje prava na jednak odgoj i obrazovanje za sve ljude bez obzira na postojeće razlike među njima. Ti zahtjevi su brzo našli svoje mjesto u dokumentima, preporukama većine uglednih svjetskih organizacija, posebno Ujedinjenih naroda i UNESCO – a što je rezultiralo Deklaracijom o pravima osoba s mentalnom teškoćom, Deklaracijom o pravima osoba s posebnim potrebama te Konvencijom o pravima djeteta. Svi ti zahtjevi ubrzo su prerasli u zakonske odredbe kojima se obrazovanje ozakonjuje kao integrirano školovanje djece s teškoćama u razvoju i one bez njih. Takav zakon se pojavio prvo u Švedskoj i nekim drugim skandinavskim zemljama šezdesetih godina dvadesetog stoljeća (Zrilić, 2013).

Učenici s teškoćama su dugi niz godina bili institucionalizirani i marginalizirani u društvu. Pravo na obrazovanje u redovitim školama Republike Hrvatske ozakonjeno je 1980. godine (Brzoja, Zrilić, 2013).

Osnovne značajke Zakona o odgoju i obrazovanju iz 1980. godine su:

- jedinstvenost odgojno – obrazovnog sustava za svu djecu, od predškolske dobi do osnovnog i srednjeg obrazovanja
- poštivanje individualnih sposobnosti i posebnih potreba djece s teškoćama u razvoju
- mogućnost cjelovite i djelomične integracije uz stalno pružanje stručne pomoći djeci s teškoćama u razvoju
- izuzetno, za djecu i mladež s većim teškoćama u psihofizičkom razvoju, osiguravanje specijalizirane stručne pomoći u posebnim školama i razrednim odjelima (Mustać, Vicić, 1996).

Promjene su nastale i u samom terminološkom određenju učenika s posebnim potrebama te se u znanstvenoj i stručnoj literaturi više ne koriste termini: abnormalnost, anomalnost, defektnost, suficijentnost, ometenost u razvoju, psihofizička oštećenja, invalidnost, hendikep, zaostalost i sl. Termin teškoće u razvoju podrazumijeva djecu s poteškoćama u mentalnome, motornome, senzornome i emocionalno – socijalnome razvoju.

Vrste teškoća u razvoju su: autizam, oštećenje vida, oštećenje sluha, tjelesni invaliditet i kronične bolesti, mentalna retardacija, poremećaji govorno – glasovne komunikacije i specifične teškoće u učenju te poremećaji u ponašanju uvjetovani organskim faktorima ili progredirajućim psihopatološkim stanje. Sintagma djeca s posebnim potrebama je nešto šira i podrazumijeva i djecu s teškoćama u razvoju i darovitu i talentiranu djecu (Zrilić, 2013).

Zakonske odredbe kojima se jamči pravo školovanja učenicima s teškoćama u redovitim razrednim odjelima nije doseglo odgovarajuću razinu. Razlog tome je, kako navode Brzoja i Zrilić (2013), veliki broj učenika u razrednim odjelima, nedovoljan broj stručnih suradnika u školama, nedostatak stručne edukacijsko – rehabilitacijske podrške te nekompetentnost učitelja. Postojeće programe za odgoj i obrazovanje učenika s teškoćama potrebno je osuvremeniti i usustaviti, a nužno je i ustrojiti sustav praćenja nakon završetka njihova osnovnoškolskog obrazovanja. Unatoč dobrim propisima još uvijek nije postignuta razina inkluzije.

Pripremu za obrazovanje djece s poremećajima iz autističnog spektra treba što prije početi. Djeca koja su bila uključena u poluintegrativne i integrativne uvjete u vrtićima imaju bolje izglede za školsku integraciju.

Bujas – Petković i suradnici (2010) ističu kako bi učitelj trebao steći znanja o autizmu kako bi mogao uspješno podučavati učenike s poremećajem iz autističnog spektra. Ako nema dobre komunikacije između učitelja i ostalih stručnjaka koji sudjeluju u djetetovu obrazovanju, a isto tako i roditelja, edukacijska integracija neće biti uspješna. Tri su vrste integracije: lokacijsku, socijalnu i funkcionalnu. No bez obzira o kojem je obliku integracije riječ, potrebna je adaptacija kurikuluma i pristupa podučavanja kako bi se zadovoljile potrebe djeteta.

Cilj integracije nije samo integracija u školi, nego i u društvu. U integraciji učitelji i vršnjaci stvaraju pozitivne odnose prema djeci s poteškoćama čija se integracija u društvo, nakon segregacijskog školovanja, nije pokazala uspješnom. Individualizirano planiranje i podučavanje mora biti usmjereno na usvajanje funkcionalnih vještina kako bi se potaknule socijalne kognicije i adaptivni oblici ponašanja. Usvajanje školskog gradiva ne smije biti jedini prioritet i ne smije imati prednost pred poticanjem komunikacijskih i socijalizacijskih sposobnosti. U podučavanju je važna prilagodba pojedinih područja u nastavnim predmetima (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

Oblici rada koji se nude u sklopu osnovnoškolskog odgoja i obrazovanja za učenike s posebnim obrazovnim potrebama provode se u redovitim osnovnim školama i posebnim odgojno – obrazovnim ustanovama. Uključivanje učenika s autizmom u redovite osnovne škole rijetko je zbog niza organizacijskih i kadrovskih problema te zbog predrasuda. Prema HNOS – u sigurna edukacijska integracija u redovitu školu moguća je za učenike s Aspergerovim sindromom, učenike s poremećajima iz autističnog spektra ako su graničnog ili prosječnog intelektualnog razvoja, s blažim odstupanjima u socijalnoj interakciji i s umjerenim stupnjem autizma, a kod kojih su smetnje u ponašanju zastupljene u manjoj mjeri (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

Potpuna integracija ostvaruje se uključivanjem učenika s teškoćama u redoviti razred gdje učenik savladava redovite ili prilagođene nastavne programe uz primjenu individualiziranih postupaka u radu. Učenik s teškoćama ima pravo na posebnu dodatnu pomoć edukacijsko – rehabilitacijskog stručnjaka, koja se provodi u posebno opremljenom prostoru škole te uključivanje osposobljenih asistenata u nastavu. Oblik djelomične integracije provodi se u

redovnoj osnovnoj školi, najčešće za učenike sa sniženim intelektualnim sposobnostima (Brzoja, Zrilić, 2013). Dio sadržaja savladavaju u posebnom razrednom odjelu, a dio (najčešće odgojne predmete) u matičnom razredu. Obrazovne predmete vodi rehabilitator u suradnji s učiteljem, a odgojne sami učitelji.

Suvremena hrvatska škola pretpostavlja integraciju učenika s teškoćama. Nacionalna strategija jedinstvene politike za osobe s invaliditetom kao i Nacionalni plan aktivnosti za prava i interese djece predviđaju niz mjera u području obrazovanja usmjerenih odgojno obrazovnoj integraciji djece s teškoćama: stručno usavršavanje učitelja, međuresorna suradnja i suradnja s civilnim sektorom, osuvremenjivanje nastavnih planova i programa, mobilne službe podrške i dr. (Brzoja, Zrilić, 2013).

Pretpostavke za ostvarivanje suvremenih pristupa učenicima s teškoćama, između ostalog, podrazumijevaju i promjene u terminologiji, uvođenju raznolikih sadržaja i oblika rada, osposobljenosti učitelja i promjene unutar zakonskih odredbi. Pozornost se usmjerava na mogućnosti i potrebe učenika, individualizaciju odgojno – obrazovnog rada te osiguravanje dodatne podrške učenicima primjenom rehabilitacijskih programa, uključivanjem osposobljenih asistenata u nastavi itd.

Mustać i Vicić (1996) smatraju kako su među najvažnijim subjektivnim pretpostavkama integracije subjekti uključeni u odgoj, obrazovanje i rehabilitaciju djece s teškoćama u razvoju. Subjekti uključeni u proces integracije su:

- djeca s teškoćama u razvoju
- učitelji i defektolozi
- učenici bez razvojnih smetnji
- roditelji učenika

Svi navedeni subjekti odgojno – obrazovne integracije trebaju imati pozitivna stajališta prema integraciji, trebaju poštovati posebne potrebe učenika s teškoćama, naglašeno u odnosu prema prilagođavanju i primjerenosti odgojno – obrazovnih zahtjeva, programa, sredstava i metoda rada.

Kao krajnji oblik integracije daljnjim se napretkom razvija pokret inkluzije. Ova dva termina često se koriste kao sinonimi, iako to nisu. Integracija naglašava potrebe djece s teškoćama, a inkluzija njihova prava. Isto tako u integraciji je isti odnos prema svim učenicima, gdje je

naglasak na procesu, a inkluzijom svako dijete dobiva podršku koja mu je potrebna da bi maksimalno razvio svoje potencijale, a naglasak je na rezultatima (Brzoja, Zrilić, 2013).

Inkluzija samo po sebi ne podrazumijeva izjednačavanje svih ljudi, nego uvažavanje različitosti svakog pojedinca. U tome i je njezina vrijednost, jer nam kroz razvoj opće tolerancije prema individualnim razlikama i potrebama omogućava širenje spoznaja, obogaćivanje iskustava i razvoj čovječnosti. Inkluzija svakom pojedincu pruža mogućnost odlučivanja o vlastitom životu i preuzimanja odgovornosti. Inkluzija je pristup u kojem se naglašava da je različitost u snazi, sposobnostima i potrebama prirodna i poželjna. Ona zahtjeva razvoj osjetljivosti i stvaranje uvjete za artikulaciju i zadovoljavanje različitih individualnih potreba.

Shvaćanje inkluzivnog obrazovanja kreće od stavova da je to integracija djece s teškoćama među vršnjake u redovite obrazovne programe do tumačenja inkluzivnog obrazovanja kao vodećeg načela za ostvarenje obrazovanja za sve, odnosno obrazovnih sustava koji koriste raznolikost kako bi izgradili pravednija i demokratičnija društva. Inkluzija u svojoj primjeni sadrži bitno drugačiji vrijednosni sustav te uključuje značajne promjene u odnosu na programe odgojno – obrazovnoga rada, obrazovanje odgojitelja i učitelja, suvremene metode rada i različite načine procjene ostvarenih rezultata u odgojnoj praksi. Cjeloviti razvoj i odgoj djeteta temeljna je paradigma suvremenog inkluzivnog pristupa (Jurčević Lozančić, Kudek Mirošević, 2014).

Bujas – Petković i suradnici (2010) ističu kako će inkluzivna edukacija učenika s autizmom biti uspješna samo ako su učenici i roditelji prošli program rane intervencije, inkluzivni vrtić, individualizirani tranzicijski program, ako škola omogućuje educiranog osobnog asistenta u nastavi.

Rani i predškolski odgoj i obrazovanje djece s teškoćama predstavljaju važnu sastavnicu njihovog cjelokupnog obrazovanja. U inkluzivnim predškolskim okruženjima dijete s teškoćom prirodno se i spontano uključuje u zajednički život odgojne skupine u kojoj participiraju djeca različitih sposobnosti i potreba. U školskom odgojno – obrazovnom sustavu, odgojno – obrazovna inkluzija proces je kojim škole odgovaraju na individualne potrebe svih učenika omogućavajući nastavne procese, sredstva i resurse kojima se poboljšavaju jednake mogućnosti. Štoviše, inkluzija u obrazovnom procesu ne predstavlja isključivo pitanje uključivanja učenika s teškoćama, već podrazumijeva uključivanje sve školske djece koja su u nekom smislu različita te koja zahtijevaju prilagođavanje nastavnih

metoda i tehnika, individualizirane programe, prilagođene sadržaje i načine komunikacije (Jurčević Lozančić, Kudek Mirošević, 2014).

Danas je općenito prihvaćen socijalni model koji kao osnovni problem naglašava odnos društva prema osobama s teškoćama u razvoju. Osnovna je ideja modela da oštećenje koje objektivno postoji ne treba negirati, no ono ne umanjuje vrijednost osobe kao ljudskog bića. Ono što osobe i djecu s teškoćama isključuje iz društva su neznanje, predrasude i strahovi koji prevladavaju u tom društvu. Brzoja i Zrilić (2013) smatraju kako stavovi prema osobama s teškoćama u razvoju, kao, uostalom, i stavovi prema svim manjinskim grupama, nisu urođeni, nego su naučeni, između ostalog, predrasudama i neznanjem drugih. Mijenjanje stavova složen je i dugotrajan proces koji se velikim dijelom zasniva na iskustvu. Dakle, stavovi društva mogu se promijeniti ako se stvore uvjeti u kojima će doći do interakcije između osoba s teškoćama i osobe bez teškoća u razvoju. Prvi korak k tomu treba biti uključivanje djece u redovni sustav odgoja i obrazovanja.

Dosadašnja praksa pokazala je da se takvom interakcijom stječu pozitivna iskustva. Iako različiti aspekti teškoća imaju brojne specifičnosti u etiološkom, fenomenološkom i intervencijskom smislu, jedno im je zajedničko: sve se, više ili manje izravno, odražavaju na socijalno funkcioniranje djece u organiziranim odgojno – obrazovnim okruženjima, odnosno u dječjim vrtićima i školama. Da bi se navedene vrijednosti poticale u odgojno – obrazovnom procesu, potrebno je ostvariti individualizirano učenje i poučavanje na uvjerenju kako je svaki učenik jedinstven te da nastava mora biti diferencirana kako bi se uvažavale različitosti i omogućilo svakom djetetu ostvarenje njegovih punih potencijala (Brzoja, Zrilić, 2013).

Odgojitelji i učitelji suočeni su s velikom odgovornosti. Jurčević Loznačić i Kudek Mirošević (2014) navode da su u redovitim odgojno – obrazovnim ustanovama još uvijek prisutni nedostatni organizacijski i objektivni uvjeti, primjerice nedostatak odgovarajućih stručnih suradnika, veliki broj djece u odgojnim skupinama ili razrednim odjeljenjima, loša materijalna opremljenost, što ukazuje na ometajuće čimbenike koji nepovoljno utječu na provedbu inkluzije u predškolskom ili osnovnoškolskom sustavu. Poznato je da inkluzivna odgojno – obrazovna praksa nedovoljno povezuje predškolski i osnovnoškolski sustav. To se najviše primjećuje kada je u pitanju prijelaz djeteta iz predškolskog u osnovnoškolski sustav.

Odgojno – obrazovni djelatnici u oba sustava nepovezani su i izostaje međusobna suradnja, što za posljedicu ima neadekvatan tijek protoka potrebnih informacija o djetetu. Stoga bi upravo zajedničkom suradnjom mogli utjecati na pravovremeno praćenje djeteta i pružanje

odgovarajuće odgojno – obrazovne podrške da se nepotrebno ne bi nizale dodatne poteškoće koje će se odraziti na proces učenja i usvajanja znanja u školi.

Danas je pri upisu djece u osnovnu školu još uvijek prisutna nedovoljna informiranost o postojanju eventualnih teškoća pa je tijekom školovanja djeteta, tj. u prvom razredu potrebno određeno vrijeme za praćenje, procjenu i utvrđivanje adekvatne odgojno – obrazovne podrške. Slijedom svega navedenog, moguće je istaknuti da inkluzivno obrazovanje mora biti opća politika i praksa, duboko ukorijenjena u redovite obrazovne programe, a ne specifična intervencija kojom se rješavaju problemi određene osjetljive skupine.

Odgojitelji, učitelji i drugi stručnjaci u odgojno – obrazovnome sustavu moraju biti sposobni analizirati dosadašnje načine rada i biti spremni mijenjati radne uvjete, posebice one koji bi mogli ometati njihove inkluzivne namjere.

Jurčević Lozančić i Kudek Mirošević (2014) smatraju kako promjene prema inkluzivnom obrazovanju nisu moguće ukoliko odgojitelji i učitelji nemaju razvijene potrebne stavove, vještine, znanja i motivaciju te podršku okoline. Navedene autorice iznose rezultate istraživanja prema kojima odgojitelji imaju pozitivniji stav prema inkluzivnom obrazovanju od učitelja. Također, odgojitelji više od učitelja procjenjuju sebe kompetentnim za rad s djecom koja imaju teškoće u razvoju.

Brzoja i Zrilić (2013) smatraju da učitelji trebaju svakodnevno proširivati svoje kompetencije ne samo u pravcu uspješne realizacije obrazovnih zadataka u nastavi već i kroz otvorenu komunikaciju i funkcioniranje u međuljudskim odnosima, razvijajući toleranciju i socijalnu osjetljivost, zajedništvo, suradnju, a posebno uvažavajući razlike. Samo u kontekstu ovakvih socijalnih odnosa odgojitelji i učitelji mogu omogućiti učeniku s teškoćama radost učenja.

10.3. Modeli školovanja učenika s posebnim potrebama

Individualizirani odgojno – obrazovni program

Individualizirani se pristup odnosi na primjenu onih metoda, sredstava i didaktičkih materijala koji podupiru posebne potrebe djeteta. Zahtjevi s obzirom na samostalnost učenika, aktivnost i provjeravanje, odnose se na:

- stupnjevito pružanje pomoći pri samostalnom radu, npr. čitanje umjesto učenika, pomoć pri čitanju, usmjeravanje pri rješavanju različitih zadataka, izvođenju pokusa, rukovanju priborom i sl.

- pojedinačno zadavanje zadataka, odabir tipova zadataka koji motiviraju učenika prema načelu lakši – teži – lakši, odabir zadataka različite težine, češće vježbanje i ponavljanje
- samo usmena provjera ili davanje mogućnosti da učeniku netko drugi čita, češća provjera znanja u kraćim vremenskim jedinicama i s manjim brojem zadataka ili pitanja u ispitivanju
- zajedničko planiranje rada s učenikom, češće promjene aktivnosti, fizičko približavanje učenika izvoru promatranja, jasna struktura izmjene aktivnosti
- dovoljna glasnoća učitelja, preciznost i kratkoća zadavanja uputa i provjera razumijevanja
- zahtjevi s obzirom na prostor odnose se na npr. sjedenje učenika na mjestu koje mu najbolje odgovara, omogućavanje izmjena aktivnosti/prostora sa zadatkom vezanim uz sadržaj rada
- specifična oprema i didaktički materijal

Individualizirani rad s učenicima s posebnim potrebama podrazumijeva potrebu izrade pojedinačnih nastavnih programa (IOOP). Programi imaju različite razine, ovisno o odgojno – obrazovnim potrebama učenika, a sadržavaju ciljeve, sadržaje, metode, rokove, vrednovanje i osobe zadužene za njegovu provedbu. Bonus nastava kao novi oblik rada predstavlja ponudu zamjenskih aktivnosti za predmete koji se većinom zasnivaju na apstraktnom mišljenju, a odnosi se na stjecanje radnih vještina učenika. Posebno je korisna za male sredine radi sprječavanja upućivanja djece u specijalizirane institucije i izdvajanje iz djetetu bliske sredine. Izrada individualiziranog odgojno – obrazovnog programa temelji se na procjeni sposobnosti, interesa i potreba učenika, a tek potom na procjeni područja koja treba razvijati. Etape izrade individualiziranog programa su: inicijalna procjena, određenje nastavnih predmeta i sadržaja, razine usvajanja sadržaja, vremenske dimenzije (kratkoročni i dugoročni ciljevi i zadatci), izbor metoda, individualiziranih postupaka, sredstava i pomagala, praćenje i ocjenjivanje postignuća učenika (Zrilić, 2013).

Pri izvođenju takve nastave učitelj za svakog učenika priprema zadatke koji za njega nisu preteški ni prelagani. Za ostvarivanje individualizirane nastave prakticira se mentorska nastava, individualni rad, prilagođeni programi, nastavni listići, nastava pomoću računala itd. Individualizacija nastave predstavlja prilagođavanje didaktičkih aktivnosti učenicima, vodi se

računa o njihovim individualnim mogućnostima i sposobnostima, što bi trebalo poticati aktivnosti pojedinca na putu njihova razvoja. Glavni je cilj individualizirane nastave naučiti učenike učenju, formirati kod njih pozitivnu motivaciju za učenje i osloboditi potencijalne sposobnosti svakog pojedinog učenika (Zrilić, 2013).

Prilagođeni odgojno – obrazovni program

Prilagođeni program primjeren je osnovnim karakteristikama teškoće u djeteta, a u pravilu pretpostavlja smanjivanje intenziteta i ekstenziteta pri izboru nastavnih sadržaja obogaćenih specifičnim metodama, sredstvima i pomagalima. Prilagođeni program izrađuje učitelj u suradnji sa stručnjakom odgovarajuće specijalnosti.

Prilagođeni program se odnosi na sadržajnu i metodičku prilagodbu dok se individualizirani pristup odnosi samo na metodičku prilagodbu u radu s učenicima s posebnim potrebama. Prilagođeni program se izrađuje za sve nastavne predmete u kojima su izražene veće teškoće u savladavanju sadržaja učenja. Obuhvaća sadržaje koje učenik zaista može savladati, obogaćene primjerenim zahtjevima, metodama, oblicima rada i didaktičkim sredstvima koji će olakšati usvajanje i razumijevanje gradiva. Izrađuje se za svakog učenika zasebno ovisno o vrsti teškoće i obrazovnim potrebama učenika.

Učitelj treba izdvojiti one sadržaje koje učenik doista može savladati. Treba ih obogatiti učeniku primjerenim zahtjevima, metodama, oblicima rada i didaktičkim sredstvima. Također, uključiti one sadržaje koji će olakšati razumijevanje i usvajanje gradiva.

Učitelj koji vodi razred u kojem je integriran učenik s poremećajima iz autističnog spektra mora voditi računa o velikom značenju dobre organizacije u svim aspektima (vrijeme, prostor, metode podučavanja, didaktička sredstva). Mora nuditi rutine i jasna pravila u kojima će se učenik s autizmom bolje snalaziti. Također, učitelj mora biti fleksibilan i imati izraženo pozitivno stajalište i smisao za humor (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

Bit prilagođenog pristupa očituje se u fleksibilnosti i prilagodljivosti nastavnika koji će omogućiti učeniku da na svoj način dođe do ispravnog rješenja, tj. da nauči zadano gradivo, a da pritom ne naruši kurikulumske standarde koji vrijede za ostale učenike u razredu. Ako dijete, npr. ne želi plesati na tjelesnom odgoju, iako je to dio nastavnog programa, neka učitelj nađe rješenje da takvog učenika zaduži da napravi referat o plesu (Weiss, 2010:496).

Učeniku s autizmom potrebno je omogućiti što više vizualnih informacija, individualni pisani materijal grafički prilagođen njegovim potrebama, primjer gotovog zadatka, kartice zalijepljene za stol, slikovne upute za dnevni raspored, a ako je potrebno i posebne oznake na školskom priboru i slično. Pristup u podučavanju samostalnog izvođenja zadataka počinje metodom *slijeva nadesno,* kada ih završi, odlaže ih na desnu stranu (ili u kutiju na podu) (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010). Također, djetetu treba dopustiti da, npr. test rješava u alternativnom obliku (usmeno ili korištenjem zadataka na dopunjavanje) te im omogućiti dodatno vrijeme za pisanje testa u tihoj prostoriji s asistentom koji će mu tumačiti pitanja i pomoći u razumijevanju vremenskih odnosa. Kod usmenog ispitivanja potrebno je djetetu dati dovoljno vremena da se sabere, nikako ga ne požurivati ili ispitivati u skupini ili prekidati za vrijeme odgovaranja (Kostelnik i sur., 2004).

Bouillet (2010) navodi da kvalitetna prilagodba didaktičko – metodičkih strategija rada osobitostima pojedinog djeteta uključuje sljedeće:

- preciziranje naravi djetetovih ponašajnih, obrazovnih, socijalnih, emocionalnih i bioloških problema, što podrazumijeva što je moguće specifičniji opis djetetovih osobina koje se uočavaju u odgojno – obrazovnom okruženju
- osmišljavanje hipoteza koje objašnjavaju zašto opisani problemi postoje, s ciljem pronalaženja primjerenih edukacijsko – rehabilitacijskih intervencija i didaktičko – metodičkih strategija, uzimajući u obzir znanja o biološko – psihosocijalnim čimbenicima koji uzrokuju određene probleme
- utvrđivanje dosegnutog stupnja razvoja djeteta uz pomoć edukacijsko – rehabilitacijskih, pedagoških, psiholoških i socijalno – pedagoških testiranja, ali i testiranja koja se mogu provesti u redovitom odgojno – obrazovnom radu, a koja pokazuju koje je specifične sposobnosti dijete usvojilo
- utvrđivanje načina i razmjera utjecaja djetetovih problema na djelotvornost odgojno – obrazovnog procesa
- analiziranje vremenskih, metodičkih i sadržajnih uvjeta u kojima dijete uspješno uči
- pozorno proučavanje sadržaja nastavnog kurikuluma koji dijete mora usvojiti, radi njegove prilagodbe
- planiranje dugoročnih dosežnih i djetetu primjerenih ciljeva odgoja i obrazovanja, uključujući i edukacijsko – rehabilitacijske ciljeve

- osmišljavanje kratkoročnih odgojno – obrazovnih i edukacijsko – rehabilitacijskih ciljeva za svaki dugoročni cilj
- planiranje aktivnosti i zadaća koji pridonose ostvarivanju svakog kratkoročnog cilja
- razvijanje specifičnih planova obrade odgojno – obrazovnih sadržaja
- kontinuirana evaluacija napretka

Za kvalitetnu odgojno – obrazovnu integraciju učenika s teškoćama neophodan je:

- interdisciplinarni pristup u radu s učenicima
- trajno stručno usavršavanje učitelja i ostalih stručnih djelatnika
- dobra i kontinuirana suradnja s roditeljima
- stalna pomoć i potpora stručnjaka određene specijalnosti (Zrilić, 2013)

Zrilić (2013) navodi didaktičko – metodičke podrške u odnosu na spoznajne osobitosti:

- uporaba izvorne stvarnosti ili određeno perceptivno potkrjepljenje (neposredna stvarnost, slike, simboli) uz usmjeravanje na bitno u percipiranju
- primjena ciljanih, jednostavnih, preglednih, zanimljivih nastavnih sredstava bez suvišnih detalja usmjerenih na zadatak kojima se konkretizira i pojašnjava pojam, vremenski slijed događaja, izdvaja bitno u sadržaju, objedinjavaju sadržaji učenja
- isticanje bitnog u tekstu različitim tipovima obilježavanja ili slikovnoga predočavanja
- sažimanje teksta izdvajanjem bitnih odrednica sadržaja ili bitnih činjenica, smanjivanje broja činjenica
- pojednostavljivanje sadržaja učenja preradom sadržaja u smislu uporabe poznatih pojmova i jednostavnog govornog izraza
- uvođenje u postupak rješavanja zadatka stupnjevitim pružanjem pomoći s namjerom postupnoga poticanja sve veće samostalnosti učenika u radu
- raščlanjivanje složenijih zadataka i rješavanje po koracima
- prilagođavanje razumljivosti
- poticanje spontanog govornog izraza učenika i proširivanja funkcionalnog rječnika
- dugotrajnije vježbanje i opetovano ponavljanje bitnih dijelova sadržaja uz primjenu individualiziranih nastavnih listića, provjeru razumijevanja i obaveznu provjeru rada
- češća primjena usmenih oblika rada i načina provjeravanja

Uspješna i sigurna integracija u redovnu školu po prilagođenom programu moguća je za učenike s Aspergerovim sindromom, učenike s autizmom koji imaju laki stupanj sniženih intelektualnih sposobnosti, za one koji su graničnog ili prosječnog intelektualnog razvoja uz određenu, minimalnu razinu socijalne zrelosti i umjereni stupanj autizma, a kod kojih su smetnje u ponašanju zastupljene u manjoj mjeri. U procesu odgojno obrazovne integracije autizma moraju se uzeti u obzir sljedeće značajke:

- disharmoničnost razvoja (socijalnog, kognitivnog, emocionalnog)
- teškoće u razumijevanju verbalne i neverbalne komunikacije, rigidnost i manjkavost u socijalnoj interakciji, ograničeno polje interesa, nefleksibilni obrasci ponašanja (Zrilić, 2013)

Prema važećim zakonima i propisima u RH učenici s autizmom mogu se uključiti u redovni školski program samo ako su zadovoljeni potrebni uvjeti i omogućene specifične metode prilagođene potrebama ovih učenika, odnosno ako stupanj poremećaja dopušta neometani nastavni proces. Djeca s autizmom mogu se integrirati u redovite razrede kroz sljedeće oblike:

- djelomičnu integraciju
- specifičnu djelomičnu integraciju i specifični rehabilitacijski postupak i podršku
- privremenu uključenost pri Centru za autizam (Zrilić, 2013)

Odgojno – obrazovne potrebe ove djece vrlo su kompleksne i trebaju stručnu podršku brz obzira na to u koji su oblik integracije uključeni. Individualizirani programi moraju biti usmjereni na usvajanje znanja i vještina koje su funkcionalne, praktične i kroz koje se djeluje na podizanje razine socijalne kompetencije i prihvatljivih oblika ponašanja. Učenik ne mora usvojiti sve nastavne sadržaje svih nastavnih predmeta. Usvajanje akademskih znanja ne smije imati prednost pred poticanjem komunikacijskih i socijalizacijskih sposobnosti (Zrilić, 2013).

Učenike s autizmom treba uključiti u redovni školski program samo ako su zadovoljeni potrebni uvjeti i omogućene specifične metode prilagođene potrebama ovih učenika, odnosno ako stupanj poremećaja dopušta neometani nastavni proces (Zrilić, 2013).

10.4. Postupak pedagoške opservacije

Prilikom utvrđivanja psihofizičkog stanja djeteta i njegove spremnosti za školu, stručnjaci (liječnici školske medicine, pedagog ili psiholog, defektolog i učitelj) mogu uočiti da dijete

ima određene teškoće. Povjerenstvo može predložiti provođenje dodatnih specijalističkih pregleda, a puno je češća situacija u kojoj će upisno povjerenstvo predložiti provođenje postupka pedagoške opservacije. Provodi se u slučajevima kada posebne potrebe djeteta nisu uočene prije dolaska u školu za utvrđivanje psihofizičkog stanja (Zrilić, 2013).

Cilj opservacije je što bolje upoznati učenika s teškoćom u razvoju kroz prepoznavanje njegovih potencijala, sposobnosti, ograničenja, kako bi se postigla i njezina svrha, a to je izrada programa školovanja i uključivanja u socijalnu grupu. Upoznavanje obrazovnih potreba učenika omogućuje izradu primjerenih programa školovanja (npr. individualiziranog pristupa i postupaka, odnosno prilagođenih programa) te razvoj pozitivnog razrednog ozračja. Cijeli se postupak provodi u školi koja je najbliža mjestu stanovanja učenika, a može trajati najdulje tri mjeseca. Zrilić (2013) navodi što je sve važno za ostvarivanje pedagoške opservacije:

- strogo uvažavanje pedagoških standarda s obzirom na broj učenika u odjeljenju, stručna sprema učitelja i njegova istinska spremnost da prihvati svako dijete
- učitelj kojem se povjerava opservacija ne bi smio biti početnik u profesiji
- škola mora imati pedagoga, psihologa, specijalizirane stručnjake koji mogu pružiti podršku i pomoć
- pedagog je koordinator tima za opservaciju, stručnu pomoć i podršku
- podrška roditelja, odnosno osoba koje se bave djetetom
- opservacija u različitim situacijama (situacija igre, rada u grupi, samostalnog rada, u situacijskom kontekstu)
- važno je rezultate opservacije promatrati u kontekstu ukupnih spoznaja o djetetu
- ne donositi zaključke ishitreno i bez uvida u cjelokupnost rezultata

Odgovarajuće provođenje pedagoške opservacije velikim dijelom ovisi o učitelji kao izravnom sudioniku u tom procesu.

Prema Mustać i Vicić (1996) učitelj u postupku opservacije djeteta s teškoćama:

1. *Treba temeljito proučavati dokumentaciju o učeniku*

Obaviještenost učitelja o učenikovim teškoćama, njegovim mogućnostima rada i postizanju mogućih rezultata u odgojno – obrazovnom procesu u redovnim uvjetima, važan je čimbenik u motiviranosti učitelja za takav rad. U početku pedagoške opservacije učitelj bi trebao imati

potpuni uvid u niz objektivnih stručnih argumenata o zrelosti i mogućnosti učenika za participaciju odgoja i obrazovanja u redovitim uvjetima.

Dopunske obavijesti o oštećenju i posljedicama dat će mu defektolog. Usporedno s tim, učitelj će upoznati učenika s teškoćama, promatrati njegove reakcije, procjenjivati njegove sposobnosti i mogućnosti, uz čvrstu suradnju s defektologom.

Treba upoznati učenikove roditelje i objasniti im svrhu opservacije. Roditelji su pozvani da sudjeluju u stvaranju odgojno – obrazovnog i rehabilitacijskog programa, da imaju aktivnu ulogu kao informacijski medij u primjerenosti i uspješnosti rada s njihovim djetetom. U tome im treba pomoći, kako zbog njihovog obrazovnog statusa ili pomanjkanja odgovarajućih obavijesti o oštećenju i njegovim negativnim posljedicama, tako i glede promjena u odnosima obitelji.

2. *Posebno treba raditi s roditeljima drugih učenika u razredu*

Njihove reakcije mogu biti vrlo različite s obzirom na nazočnost učenika s teškoćama u razredu djece. Nerijetko navode bojazan da će zbog te nazočnosti njihova djeca dobivati manje nastavne građe, odnosno da će se u školi manje „učiti“ jer će se svi programi prilagođavati samo djetetu s teškoćama i sl. Ako se tim roditeljima objasne okolnosti, odnosno da im se odgovarajuće obavijesti, mogu dobro surađivati u postupku pedagoške opservacije učenika s teškoćama.

3. *Treba pripremiti učenike razrednog odjela glede prihvaćanja učenika s teškoćama*

Jedna od najvažnijih zadaća učitelja u procesu pedagoške opservacije je priprema učeničke zajednice za prihvaćanje učenika s teškoćama. To je vrlo osjetljiv i odgovoran posao. Priprema se nerijetko izvodi obavješćivanjem učenika. Primjereni razgovori trebali bi učenike bez smetnji u razvoju dovesti u stanje prihvaćanja činjenice da postoje djeca koja kao pojedinci imaju određenih teškoća, ali da im se može i pomoći.

Pri izradi programa pedagoške opservacije, uz obvezatan dogovor s ostalim stručnjacima tima, učitelj:

- utvrđuje programske sadržaje razrednog odjela u skladu s mogućnostima učenika s teškoćama
- u suradnji s defektologom odabire specifične didaktičko – metodičke postupke koji bi učeniku na promatranju omogućili aktivnije i uspješnije praćenje nastavnog procesa

Tijekom ostvarivanja pedagoške opservacije nastoji:

- da u takvim okolnostima nastavni proces ne bude frontalnog karaktera, odnosno da u radu većinom bude zastupljen individualizirani pristup
- surađivati s defektologom i drugim stručnim suradnicima u školi radi praćenja rezultata i ostvarivanja opservacije
- pripremati, a prema potrebi i izrađivati specifična nastavna sredstva i pomagala koja je predložio defektolog
- voditi zabilješke o problemima, značajkama i rezultatima opservacije

Nakon završetka pedagoške opservacije učitelj sudjeluje u izradi izvješća o ostvarivanju programa opservacije te stvaranju mišljenja i prijedloga primjerenog oblika školovanja u koji treba svrstati učenika nakon postupka dijagnoze.

10.5. Kompetencije učitelja u radu s djecom s posebnim potrebama

Da bi dijete bilo uspješno uključeno u redoviti odgojno – obrazovni sustav učitelji se moraju dodatno profesionalno razvijati te stjecati nove kompetencije. Moraju posjedovati kompetencije kojima stvaraju pozitivno ozračje, a djetetu s posebnim potrebama osjećaj sigurnosti, prihvaćenosti i poštovanja te mu omogućavaju doživljavanje uspjeha.

Prilikom uključivanja djece s posebnim potrebama u redovne institucije moraju se uzeti u obzir osnovni principi rada u suvremenoj školi:

- pozitivan odnos prema različitosti, što znači različite mogućnosti u obrazovanju sve djece
- prihvaćanje i druženje s vršnjacima
- uzimanje u obzir individualnih potreba sve djece, što zahtijeva fleksibilnost i prilagođavanje razlikama, obrazovanje po fleksibilno zasnovanome kurikulumu
- angažiranost stručnjaka različitih profila
- odgovarajući materijalni uvjeti te pomoć asistenta u nastavi
- potrebno je kod sve djece uzeti u obzir njihove posebne odgojne i obrazovne potrebe (Zrilić, 2013)

Učitelj je vrlo značajan faktor u odgoju i obrazovanju djece s posebnim potrebama. Oni promatraju, evidentiraju zapažanja i u suradnji sa specijaliziranim stručnjacima planiraju rad s

djecom. Isto tako, zna se dogoditi da djetetova teškoća nije otkrivena prije polaska u školu te je učitelj prva osoba koja detektira problem. U dogovoru s roditeljima šalje dijete stručnjaku te kontinuirano surađuje. Poseban je i metodički pristup za koji učitelj mora biti kompetentan. Stoga treba ispunjavati niz subjektivnih uvjeta, kao:

- osnovno stručno znanje o kategoriji posebne potrebe
- spremnost i želja za cjeloživotno obrazovanje
- emotivnu uravnoteženost, sposobnost za uspješno uspostavljanje emotivnog kontakta s djecom
- ljubav prema djeci kojoj se posvećuje
- održavati kontakt s roditeljima djeteta i socijalnom sredinom u kojoj ono živi
- razvijene socijalne kompetencije za rad u timu (Zrilić, 2013)

Učitelji mogu znatno pridonijeti boljoj integraciji djece s posebnim potrebama ako:

- unaprijed pobliže upoznaju prirodu djetetove smetnje, ali i njegove jake strane
- pripreme učenike u razredu na dolazak takvog učenika
- predvide moguće reakcije drugih učenika u razredu
- utvrde učenikovo uvjerenje u vlastite sposobnosti učenja i njegove moguće reakcije na školske zahtjeve (Zrilić, 2013).

Zrilić (2013) navodi zahtjeve učitelja u radu s djecom s posebnim potrebama:

- uočavanje i prepoznavanje poteškoće
- temeljito proučavanje dokumentacije o djetetu
- pravilan pristup djetetu
- pripremiti drugu djecu u skupini i podučiti ih kako mogu pomoći
- permanentno obrazovanje
- suradnja sa stručnjacima
- suradnja s roditeljima

Nastavni program mora biti primjeren, prilagođen svakom djetetu s posebnim potrebama, uz obavezan individualizirani pristup. To znači da učitelj:

- učenje prilagođava djetetovim mogućnostima
- ispituje tako da se očekuje i postiže uspjeh, omogućava uspjeh
- postavlja jasne granice i očekivanja
- razumije djetetove potrebe i ponašanja
- razumije njihov jezik komunikacije
- osigurava pozitivnu afirmaciju
- omogućava razvoj pozitivne slike o sebi
- uočava socijalne i emocionalne vještine, razvija empatiju
- stvara kod djeteta osjećaj prihvaćenosti
- osigurava prilike za odgovorno ophođenje s vršnjacima i odraslima
- stvara prilike za stvaranje uspješnih odnosa
- osigurava prilike za vježbanje socijalnih vještina
- postavlja uvjete u kojima se djeca osjećaju pripadni i privrženi svojoj školi (Zrilić, 2013)

U skladu s tim od presudne je važnosti da učitelji postave osnove za gestovnu i verbalnu komunikaciju i simboličku igru, treba slijediti djetetovo vodstvo, služiti se njegovim emocijama te ga uključivati u svaku interakciju. Složeni zadatci koji se postavljaju pred učitelja uspješno se rješavaju iako su različita djeca i učenici s različitim obrazovnim potrebama veliki izazov. Stoga, učitelji moraju biti usmjereni na timski rad sa stručnim suradnicima i roditeljima, a njihovo zanimanje postavljeno u kontekst cjeloživotnoga obrazovanja što podrazumijeva stalni stručni razvoj i angažman u procesu napredovanja.

Dobra praksa u poučavanju djece s posebnim potrebama ovisi o brojnim faktorima, a angažman učitelja jedan je od najvažnijih. Sustavnim se stručnim usavršavanjem učitelja i stručnih suradnika osigurava potrebna razina kompetentnosti za rad s učenicima s posebnim potrebama, od prepoznavanja njihovih posebnosti, izbora najprikladnijih didaktičko – metodičkih pristupa i oblika rada do vrednovanja uspješnosti, vodeći računa o potencijalima i potrebi za uspjehom svakoga učenika (Zrilić, 2013).

Roditelji imaju važnu ulogu u unapređivanju procesa integracije, možda ne u stručnom smislu, već u smislu inicijative i poticanja. Roditeljima bi trebalo pružiti mogućnost u planiranju rada s njihovim djetetom, ali i da posluže kao informacija o primjerenosti i uspješnosti u radu s njihovim djetetom. Dobro osmišljen suradnički odnos roditelja i učitelja

može ishoditi dobrim dosezima u uključenju učenika s teškoćama u redovnu školu (Mustać, Vicić, 1996).

10.6. Uloga učitelja u poticanju socijalne interakcije djece s teškoćama u razvoju

Djeca prijatelje stječu u vrtiću, a kasnije u školi. U proteklih trideset godina došlo je do rasta uključivanja učenika s teškoćama u redoviti sustav odgoja i obrazovanja i u svijetu i u Hrvatskoj, gdje se djeca s blažim teškoćama u razvoju integriraju u redovite škole od 1980. godine.

Znatna pažnja usmjeravala se na razvoj intervencija za stjecanje, održavanje i generalizaciju akademskih vještina, ali, istodobno nedovoljno se pažnje posvećivalo jednom od najvažnijih aspekata iskustva škole – društvenom i emocionalnom životu djeteta. Posljedica nedovoljna poticanja socijalne interakcije i uključivanja djece s teškoćama u vršnjačke skupine vidi se u rezultatima istraživanja koja govore kako integrirani učenici s teškoćama u razvoju često ne uspijevaju uspostaviti pozitivne odnose s vršnjacima. Socijalna integracija je nužna komponenta obrazovnog programa za učenike s teškoćama u razvoju (Ljubas, Žic Ralić, 2013)..

Polazeći od važne uloge učitelja za prihvaćenost učenika s teškoćama u razvoju unutar razreda, utvrđeno je da su djeca s teškoćama, čiji su učitelji sudjelovali u edukaciji kojom su povećali svoje kompetencije za rad s učenicima s teškoćama u razvoju, procijenila svoje odnose s vršnjacima statistički značajno bolje nego djeca s teškoćama čiji učitelji nisu polazili edukaciju (Ljubas, Žic Ralić, 2013).

Jedna od osnovnih značajki poremećaja autističnog spektra su poteškoće u socijalnoj interakciji i uspostavljanju prijateljstva. Iako njihova druženja nemaju sva obilježja prijateljstava tipične djece, ona su važna za daljnji razvoj i socijalnu adaptaciju djece s autizmom, pa ih treba dalje istraživati i poticati i u obiteljskom okruženju i u odgojno – obrazovnom okruženju.

Uključivanje djece s teškoćama u razvoju u uvjete općeg odgoja i obrazovanja ne rezultira automatski povećanjem socijalnih interakcija između djece s teškoćama i tipičnih vršnjaka. Ipak nije upitno značenje pozitivnoga socijalnog okruženja koje pruža mogućnosti socijalne interakcije i potiče razvoj prijateljstva između djece s teškoćama u razvoju i vršnjaka. U tom smislu treba razvijati i provoditi djelotvorne intervencije usmjerene prema povećanju kvalitete socijalnih interakcija djece s teškoćama u razvoju međusobno i s tipičnim vršnjacima, kako bi

obje skupine djece imale od njih socijalnu korist. Intervencije trebaju biti usmjerene, s jedne strane, na povećanje socijalne kompetencije djece s teškoćama u razvoju, čime bi se podigla kvaliteta socijalnih interakcija, a s druge strane kreiranju socijalno pozitivnog okruženja u kojem će socijalne interakcije biti poticane (Ljubas, Žic Ralić, 2013).

Strategije poticanja socijalne interakcije i usvajanja socijalnih vještina uključuju aktivnosti koje koriste svoj djeci u razredu, uključujući i djecu s teškoćama u razvoju. Tako djeca uče kako komunicirati, koristiti se specifičnim socijalnim vještinama u svakodnevnim aktivnostima, kontrolirati vlastito ponašanje i davati podršku vršnjacima. To su vještine koje djeca rabe i u školi i izvan nje u svakodnevnom životu. Djeca s teškoćama u razvoju često trebaju dodatnu podršku tijekom primjene ovakvih programa.

Neke od mogućih ideja i strategija koje bi učiteljima mogle koristiti za promicanje prijateljstva između učenika s teškoćama i bez teškoća su: više informacija o sličnostima i razlikama između tipičnih učenika i učenika s teškoćama u razvoju; češći boravak u razredu i realizacija dodatne podrške za učenike s teškoćama; ne dopustiti ismijavanje učenika s teškoćama, isticati njihove uspjehe; kreirati zabavne programe u kojima zajedno sudjeluju učenici s teškoćama i učenici bez teškoća u razvoju; angažirati vršnjake volontere; dopustiti da učenici s teškoćama sami pričaju o sebi; uključivati učenike s teškoćama u klubove i izvanškolske aktivnosti; školski autobusi trebaju biti prilagođeni kako bi se i učenici s teškoćama mogli zajedno s ostalim učenicima voziti u školu i na izvanškolske aktivnosti (Ljubas, Žic Ralić, 2013).

11. PROGNOZA

Prognoza za osobe s autizmom ovisi o intelektualnom funkcioniranju, najviše o razvoju govora, ali i o težini karakterističnih simptoma autizma (Nikolić, 1996).

Bujas – Petković i suradnici (2010) navodi da od 62 % do 74 % autistične djece ima lošu prognozu te da ostaju trajno hendikepirani i ovisni o tuđoj pomoći, dok za 5 % do 17 % oboljelih navode dobru prognozu. Oni žive normalnim ili gotovo normalnim životom, pohađaju redovne škole ili rade. Za ostatak se može reći da su postigli socijalni i edukacijski napredak, ali kod većine su prisutne znatne abnormalnosti i odstupanja u ponašanju.

S druge strane, Wenar (2003) ističe kako će nešto manje od 10 % djece biti dobro prilagođena u odraslom životu, moći će zadržati posao i u malom broju slučajeva, oženit će se/udati/ i osnovati obitelj. Cijelih 60 % bit će potpuno ovisni o svim aspektima života. Nepostojanje govora u funkciji komuniciranja do pete godine života i IQ ispod šezdeset loši su prognostički znakovi. Oni koji do pete godine uspostave govor u funkciji komuniciranja i koji imaju prosječnu inteligenciju, imaju 50 % šanse za ostvarivanje odgovarajuće prilagodbe.

Brown je 1978. godine opisala prognozu poremećaja kod stotinu autistične djece visokog intelektualnog funkcioniranja te je navela kako 30 % ispitanika živi normalno ili gotovo normalno (studiraju, rade, itd.), da ih se 13 % oženilo, a troje su postali roditelji. Neki su pokazali znakove shizoidnog poremećaja, shizofrenije ili intelektualnog oštećenja (Bujas – Petković, 1995).

Asperger je za dječake s autističnom psihopatijom naveo dobru prognozu. Mnogi su živjeli normalno, neki su pokazivali simptome graničnog poremećaja ili su se liječili zbog afektivne psihoze, osobito depresije s pokušajima samoubojstva (Nikolić, 1996).

Iako za sada nema dovoljno podataka ni znanja o autizmu, može se reći da autistične osobe imaju normalan životni vijek. U odrasloj dobi, osobito kod onih s višim intelektualnim funkcioniranjem, stanje se stabilizira, a u mnogih, osobito kod onih s nižim intelektualnim funkcioniranjem propadaju sve psihičke funkcije (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

Nisko intelektualno funkcioniranje i epilepsija pogoršavaju prognozu, kao i težina samog poremećaja. Govor je također važan činitelj prognoze i njegov izostanak ima nepovoljan utjecaj na konačnu prognozu. Kontinuirani tretman i rehabilitacija od najranije dobi mogu

donekle zaustaviti negativne procese i omogućiti uspješnu socijalizaciju autističnih osoba (Bujas – Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010).

12. POVELJA O PRAVIMA OSOBA S AUTIZMOM

Na Kongresu o autizmu u Haagu 1992. godine donesena je povelja za prava osoba s autizmom. Osnovno načelo Povelje je da osobe s autizmom trebaju imati ista prava i povlastice kao i cijela europska populacija, ostvarive na primjeren način i u najboljem interesu osoba s autizmom (Bujas – Petković, 1995).

Posebno se ističe njihovo pravo na slobodan i ispunjen život do granica njihovih mogućnosti. Bujas – Petković (1995:110) navodi još neka prava osoba s autizmom, a to su:

1. Pravo na pristupačnu, nepristranu i točnu kliničku dijagnozu i procjenu.
2. Pravo na dostupno i primjereno obrazovanje.
3. Pravo na pristupačno i dolično stanovanje.
4. Pravo na sudjelovanje u kulturi, zabavi, rekreaciji i sportu.
5. Pravo na slobodu od pogrdnog fizičkog postupka ili zapuštanja.
6. Pravo na sudjelovanje u donošenju svih odluka koje se odnose na njihovu budućnost; želje pojedinca moraju se, koliko je to moguće, ustanoviti i uvažavati.
7. Pravo na opremu, pomoć i službe nužne za njihov pun i produktivan život s dostojanstvom i neovisnošću.
8. Pravo na primanja i plaću dovoljnu za nabavku odgovarajuće hrane, odjeće, smještaja te druge životne potrebe.
9. Pravo na sudjelovanje u razvitku i upravljanju službama koje su određene za brigu o njima.
10. Pravo na odgovarajuću njegu njihovog fizičkog, mentalnog i duševnog zdravlja, što uključuje odgovarajuće postupke liječenja, a radi najboljih interesa pojedinca.
11. Pravo na svrhovito zaposlenje i stručno osposobljavanje bez diskriminacije ili stereotipa.
12. Pravo na pristupačan prijevoz i slobodu kretanja.
13. Pravo na ravnopravan pristup i uporabu svih sredstava, službi i aktivnosti u zajednici.
14. Pravo na seksualne i druge odnose, uključujući brak bez izrabljivanja i prisile.
15. Pravo na zakonsko zastupanje i pomoć, kao i na punu zaštitu svih zakonitih prava.
16. Pravo na slobodu od straha i prijetnji od neovlaštenog zatvaranja u psihijatrijske bolnice ili bilo koje druge ograničavajuće ustanove.

17. Pravo na slobodu od farmakološke zlouporabe ili pogrešne primjene lijekova.
18. Pravo na pristup svim informacijama koje sadrže njihove osobne podatke.

13. ZAKLJUČAK

Autizam je, kako je već navedeno, pervazivni razvojni poremećaj koji se javlja u prve tri godine života, zahvaća većinu psihičkih funkcija i traje cijeli život. To je rijedak i kompleksan poremećaj koji zbunjuje stručnjake i roditelje još otkad je prvi put prepoznat.

Brojna istraživanja provedena o ovom poremećaju dovela su do novih spoznaja i saznanja te su se „razbili“ brojni mitovi. Međutim, bez obzira na nova saznanja i spoznaje, mnogo toga još uvijek ostaje nerazjašnjeno i neobjašnjeno. Upravo zbog toga u društvu postoje brojne predrasude prema osobama s autizmom te ih se često podcjenjuje. No, autizam ne definira nekoga kao osobu, već je to samo jedan aspekt karaktera osobe. Često se za osobe s autizmom kaže kako su u svom svijetu. Međutim, autisti žive u istom svijetu kao i svi drugi, samo ga doživljavaju na drugačiji način. Pristupa li im se na adekvatan način moguće je ući u njihov svijet. Iako se smatra da su osobe s autizmom neemotivne i hladne, oni su najčešće i preemotivni. Smisao edukacije djece i osoba s autizmom je poštovati njihov način mišljenja i učenja. Druženje s vršnjacima i prihvaćanje takve osobe u sredini u kojoj živi pridonijet će afirmaciji autistične osobe. Autistična djeca imaju jednake potrebe kao i svi drugi, ali od nas traže posebnu skrb, posebnu pažnju i posebnu ljubav. Zbog svoje kompleksnosti ovaj poremećaj zahtijeva više pozornosti, ne samo od strane društva, nego i od strane stručnjaka. Informiranje javnosti te humanitarne akcije pridonijet će pozitivnom rješavanju teškoća, ali će omogućiti i humaniji i potpuniji život autističnim osobama.

Učenje socijalnih vještina i korištenja u pravilnom kontekstu je za pojedince s autizmom cjeloživotni, kompliciran i težak proces. Potrebno je svakome posebno prilagoditi metode i načine rada jer je to vjerojatno jedini način da se suoče s izazovima života i postanu jednako vrijedni i poštovani članovi današnjeg društva, iako malo drukčiji. Možda i mi od njih nešto korisno naučimo. Za početak biti iskreni.

LITERATURA

1. Ayres, A. J. (2002). *Dijete i senzorna integracija*. Zagreb: Naklada Slap.
2. Attwood, T. (2010). *Aspergerov sindrom, vodič za roditelje i stručnjake*. Zagreb: Naklada Slap.
3. Blažević, K. i sur. (2006). Posebnosti odabira tjelesne aktivnosti i posebnosti prehrane kod djece s autizmom. *Hrvatski športskomedicinski vjesnik,* 21 (2), 70 – 82.
4. Bouillet, D. (2010). *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Školska knjiga.
5. Boras, S. i Itković, Z. (2003). Terapijsko jahanje i rehabilitacijske znanosti. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja,* 39 (1), 73 – 82.
6. Brzoja, K. i Zrilić, S. (2013). Promjene u pristupima odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama. *Magistra Iadertina,* 8 (1), 141 – 153.
7. Bujas – Petković, Z. (1995). *Autistični poremećaj*. Zagreb: Školska knjiga.
8. Bujas – Petković, Z. i Frey Škrinjar, J. (2000). Autizam i autizmu slična stanja (pervazivni razvojni poremećaji). *Paediatria Croatica,* 44 (1), 217 – 222.
9. Bujas – Petković, Z., Frey Škrinjar, J. i sur. (2010). *Poremećaji autističnog spektra, značajke i edukacijsko – rehabilitacijska podrška*. Zagreb: Školska knjiga.
10. Frey Škrinjar, J., Jančec, M. i Šimleša, S. (2016). Poticanje socijalne interakcije putem socijalnih priča u dječaka s poremećajem iz spektra autizma. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 52 (1), 87 – 99.
11. Ibrahimpašić, F. i Jelčić, S. (1992). *Govorna komunikacija*. Zagreb: Naklada Slap.
12. Jurčević Lozančić, A. i Kudek Mirošević, J. (2014). Stavovi odgojitelja i učitelja o provedbi inkluzije u redovitim predškolskim ustanovama i osnovnim školama. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 50 (2), 17 – 29.
13. Kostelnik, M. J. i sur. (2004). *Djeca s posebnim potrebama : priručnik za odgajatelje, učitelje i roditelje*. Zagreb: Educa.
14. Ljubas, M. i Žic Ralić, A. (2013). Prihvaćenost i prijateljstvo djece i mladih s teškoćama u razvoju. *Društvena istraživanja,* 22 (3), 435 – 453.
15. Mustać, V. i Vicić, M. (1996). *Rad s učenicima s teškoćama u razvoju u osnovnoj školi : priručnik za prosvjetne djelatnike*. Zagreb: Školska knjiga.
16. Nikolić, S. (1996). *Svijet dječje psihe*. Zagreb: Prosvjeta.
17. Nikolić, S. i sur. (1992). *Autistično dijete*. Zagreb: Prosvjeta.

18. Ramachandran, V.S. (2013). *Pričljivi mozak, potraga neuroznanstvenika za onim što nas čini ljudima*. Zagreb: TIM press.
19. Remschmidt, H. (2009). *Autizam: pojavni oblici, uzroci, pomoć*. Zagreb: Naklada Slap.
20. Stošić, J. (2009). Primijenjena analiza ponašanja i autizam – vodič kroz terminologiju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 45 (2), 69 – 80.
21. Tammet, D. (2009). *Rođen jednog plavog dana*. Zagreb: Fraktura.
22. Zrilić, S. (2013). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole*. Zadar: Sveučilište.
23. Weiss, S. (2010). Posebnosti socijalnog razvoja dječaka s Aspergerovim sindromom – studija slučaja. *Napredak*, 151 (3 – 4), 482 – 498.
24. Wenar, C. (2003). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dojenačke dobi do adolescencije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
25. Winkel, R. (1997). *Djeca koju je teško odgajati: opis slučajeva iz odgojne i školske svakodnevice*. Zagreb: Educa.

ŽIVOTOPIS

Rođena sam 27. 1. 1993. godine u Zagrebu od oca Mirka i majke Milke. U trećoj godini života sam se s obitelji preselila u Glinu gdje danas živim sa svojom obitelji. Školovanje sam započela 1999. godine u Osnovnoj školi Glina. Kroz sve razrede osnovne škole bila sam odličan učenik.

Godine 2007. upisala sam srednju školu, opću gimnaziju u Glini. Maturirala sam 2011. godine. Iste godine upisujem Učiteljski fakultet, odjek u Petrinji. Redovno i uspješno sam položila sve godine na fakultetu.