

Autizam

Mandić, Kristina

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:895120>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2023-03-21**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ
PETRINJA

PREDMET: PROBLEMI U PONAŠANJU DJECE

ZAVRŠNI RAD

Ime i prezime pristupnika: KRISTINA MANDIĆ

Tema završnog rada : AUTIZAM

Mentor: izv. prof.dr.sc. SINIŠA OPIĆ

Petrinja, rujan 2016.

SADRŽAJ

SADRŽAJ.....	1
1.SAŽETAK.....	3
2.SUMMARY.....	4
3.UVOD.....	5
4.POVIJESNI OSVRT.....	7
5.DEFINICIJA AUTISTIČNOG POREMEĆAJA.....	9
6.ETIOLOGIJA.....	10
6.1.UTJECAJ NASLJEĐA.....	11
6.2.MOŽDANA OŠTEĆENJA I POREMEĆAJI MOŽDANE FUNKCIJE..	12
6.3.BIOKEMIJSKE OSOBITOSTI.....	13
6.4.POREMEĆAJI AFEKTIVNOG RAZVOJA.....	13
6.5.POREMEĆAJI KOGNITIVNIH PROCESA I GOVORNO JEZIČNOG RAZVOJA.....	13
6.6.INTERAKCIJA.....	14
7.DIJAGNOZA.....	15
8.TERAPIJA.....	17
8.1.LJEKOVI.....	17
8.2.BIHEVIORALNA TERAPIJA.....	19
9.ASPERGEROV SINDROM.....	20
9.1.UZROCI.....	22
9.2.LIJEČENJE.....	23

10.RETTEOV SINDROM.....	24
10.1.UZROCI.....	25
10.2. LIJEČENJE.....	25
11.ATIPIČNI AUTIZAM.....	26
12.DEZINTEGRATIVNI POREMEĆAJ.....	27
13.POSEBNE SPOSOBNOSTI DJECE S AUTIZMOM.....	28
14.RAD ODGAJATELJA S AUTISTIČNIM DJETETOM.....	29
15.AUTISTIČNO DIJETE I OBITELJ.....	31
16.SVJETSKI DAN SVJESNOSTI O AUTIZMU.....	32
17.ZAKLJUČAK.....	33
18.LITERATURA.....	34
19.KRATKA BIOGRAFSKA BILJEŠKA.....	36
20.IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA.....	37
21.IZJAVA O JAVNOJ OBJAVI RADA.....	38

1.SAŽETAK

Prema istraživanjima u svijetu četvero ili petero od 10.000 djece pati od razvojnog poremećaja znanog pod nazivom autistični poremećaj. Poremećaj je prvi opisao Leo Kanner 1943. godine. Točan uzrok nastanka autizma još uvijek je nepoznat, stoga se većina stručnjaka priklanja multikauzalnoj etiologiji autističnog poremećaja. Autizam se javlja u ranom djetinjstvu i traje cijeli život. Poticanje normalnog razvoja, samostalnosti i socijalizacije, uz slabljenje negativnih oblika ponašanja kao što su agresivno ponašanje, stereotipije, autoagresije, glavni su ciljeve ukupne rehabilitacije osoba s autizmom. Zbog specifičnosti poremećaja, te zato što započinje u ranom djetinjstvu, roditeljima je potrebna sustavna podrška. Potreban je cjeloviti i stručan rad kako bi se pomoglo osobi s autizmom, kao i njenoj obitelji.

Ključne riječi: Autistični poremećaj, negativni oblici ponašanja, rehabilitacija, sustavna podrška

2.SUMMARY

According to scientific research, four to five out of 10,000 children is suffering from developmental disorders known as the autism. This disorder was first described by Leo Kanner in 1943 . The actual cause of autism is still unknown, so the most experts agree on multicausal etiology of autistic disorder . Autism starts in early childhood and lasts a lifetime. Rehabilitation of such patients has many goals, and some of them are stimulation of natural development, independence and socialization, and weakening of negative behavior models such as aggressive behavior, stereotypes and auto-aggression. Having in mind severity and specific features of this disorder, as well as its early onset, parents require systematic support from experts. In order to help people suffering from autism and their families a comprehensive professional and multidisciplinary support is needed, as well as lot of work and effort by experts on field.

Key words: Autistic disorder , negative behaviors , rehabilitation , systematic support

3.UVOD

Svjetska zdravstvena organizacija psihičko stanje shvaća kao stanje ravnoteže koju pojedinac ostvaruje sam sa sobom te sa svojom okolinom. Kako bi ta ravnoteža bila postignuta, osnovne ljudske potrebe moraju biti zadovoljene. Tome pripada i potreba za društvenim prihvaćanjem, odnosima i pozitivnim osjećajima. Psihičko zdravlje uvjetovano je čimbenicima stabilne ličnosti, čvrstom pozicijom i ulogom u društvu te iskorištavanjem vlastitih sposobnosti. Kod stabilne ličnosti, kognitivno, socijalno i emocionalno razvojno područje podjednako su razvijeni i razvoj protječe usporedno. Znakovi i simptomi autizma različiti su, ali poremećaj u socijalnim odnosima najistaknutiji je simptom. Glavne karakteristike su zakašnjeli i izmijenjeni razvoj jezika i govora s određenim specifičnostima, a koji odstupa od djetetove intelektualne razine. Zatim djetetovo inzistiranje na jednoličnosti, što se očituje u stereotipnim oblicima igre, abnormalnim preokupacijama ili otporu promjenama. Kao manje specifični problemi najčešće se navodi autoagresivno i stereotipno ponašanje, hiperaktivnost i poremećaji spavanja, problemi s izljevima bijesa, agresivno i destruktivno ponašanje te poremećaji prehrane. U ovome radu prezentirat ću razvoj te glavne karakteristike autističnog poremećaja. Autizam je razvojni poremećaj te se smatra jednim od najneobičnijih i najviše frustrirajućih dječjih poremećaja. Ono što ga čini neobičnim je njegova simptomatska slika, a frustrirajuće je upravo zbog toga što još nema prikladne teorije koja bi protumačila te simptome. Ozbiljne teškoće u socijalnom funkcioniranju i govoru te različita bizarna ponašanja neka su od obilježja autistične djece. Pretpostavka je da autizam postoji već kod rođenja djeteta, ali ne mora postati vidljiv sve do druge godine života. Autizam se smatra relativno rijetkim poremećajem. Novija istraživanja pokazuju učestalost između 6,6 i 13,6 na deset tisuća djece. Od početka života djeca nisu u mogućnosti ostvariti normalne ljudske odnose, sva djeca imaju govorne poteškoće, odnosno govorna ograničenja, i pokazuju izrazitu želju da sve oko njih ostane isto. Simptomi autizma mogu se primijetiti već i u prvom tjednu života. Istraživanja pokazuju da ima četiri puta više autističnih dječaka nego djevojčica. Autizam se može naći u svim socioekonomskim slojevima i svim etničkim i rasnim skupinama. Poremećaji iz autističnog spektra (PAS) ili kako se još nazivaju pervazivni razvojni poremećaji,

odnose se na široki spektar neurorazvojnih poremećaja koji imaju tri osnovne karakteristike. Prva je oštećenje ili poremećaj u području socijalnih interakcija, zatim problematika u području verbalne i neverbalne komunikacije te prisutni ponavljajući, stereotipni oblici ponašanja.

4. POVIJESNI OSVRT

Sancta de Sanctis 1905. godine opisao je demenciju prokisimu, tj. psihozu rane dječje dobi, poremećaj koji uzrokuje psihičko i intelektualno osiromašenje djeteta koje je prije te bolesti bilo psihički zdravo. Prije toga su miješali dječje psihoze (unutar kojih se nalazio autizam) sa mentalnom retardacijom (stanjima intelektualog oštećenja), a svu takvu djecu smještali u ustanove za mentalno retardirane. Prvi takav slučaj najvjerojatnije je bio dječak Victor koji je pronađen u šumi u južnoj Francuskoj te doveden u civilizaciju. Unutač trudu doktora da ga nauče govoriti, Victor nije uspio i nije bio sposoban za to. Drugi takav zabilježeni slučaj je bio Kasper Hauser, mladić koji je pronađen u Njemačkoj u dobi od 16 godina. On je uz pomoć okoline uspio djelomično nadoknaditi govor i ostale komunikacijske vještine, zbog čega on najvjerojatnije nije imao poremećaj iz autističnog spektra.

Godine 1911. švicarski psihijatar Eugene Bleuler razvio je pojam autizam. Taj pojam nije bio prikladan za stvarne autistične poremećaje kod djece jer je on zapravo tim izrazom opisivao „...ponašanje shizofreničnih bolesnika koji se misaono povlače u vlastiti svijet, postupno smanjuju socijalne interakcije s ljudima u okruženju i prepuštaju se fantastičnim mislima i zatvaraju od svijeta.“ (Remschmidt, 2009, str. 9). Austro-američki psihijatar Leo Kanner (1943) i austrijski pedijatar Hans Asperger (1944) opisivali su stvarne autistične poremećaje kod djece. Pojam autizam do tada je već bio prihvaćen u cijelom svijetu pa su ga odlučili zadržati.

Američki dječji psihijatar, Leo Kanner, 1943. godine u knjizi „Autistični poremećaji afektivnih veza“ opisao je jedanaestero djece kod kojih nije bilo tjelesnih problema, ali su pokazivala karakteristične smetnje komunikacije i govora. Međutim, dvoje opisane djece u pubertetu je dobilo epileptične napadaje, a u troje su nađeni blaži neurološki ispadi. Na temelju toga, psihogeni uzročnici mogli su biti isključeni.

Njemački psihijatar Hans Asperger 1944. godine opisuje sindrom kojeg naziva „autistična psihopatija dječje dobi“, ne znajući za Kanner. Godine 1947. L. Bender opisuje poremećaj koji se pojavljuje većinom nakon pete godine i naziva ga dječja shizofrenija koja je najbližnja shizofreniji kod odraslih, gdje nalazimo poremećaj mišljenja i halucinacija. B. Rank 1955. godine uvodi nazive „atipično dijete“ ,

„atipična psihoza“ ili „atipični razvoj“ za neke rane poremećaje koji imaju obilježja simbiotske psihoze i infantilnog autizma.

Bez obzira na sva dosadašnja otkrića, na ovom području još uvijek nije sve poznato, zbog čega smo gotovo na početku, tj. na početnom Kannerovom opisu poremećaja. Klinička slika autizma opisuje se u tri bitne skupine simptoma (poremećaj socijalne interakcije, poremećaj komunikacije i stereotipije), rana pojava tih simptoma (unutar prve tri godine života) i nedovoljno poznati uzroci poremećaja .

5. DEFINICIJA AUTISTIČNOG POREMEĆAJA

„Autistični poremećaj pervazivni je razvojni poremećaj koji počinje u djetinjstvu, većinom u prve tri godine djetetova života, zahvaća sve psihičke funkcije i traje cijeli život.“ (Bujas-Petković, Frey Škrinjar, 2010, str. 6).

U autizmu postoje neki osnovni simptomi kao što su poremećaj nedostatka emocionalnih odgovora prema ljudima, bizarnosti u ponašanju, stereotipije te nedostatak neverbalne i verbalne komunikacije, što se očituje posebno u poremećaju razvoja govora.

Kod djece s autističnim poremećajem, uočljiva su tri simptoma (oblika ponašanja):

1. Ekstremno zatvaranje od vanjskog svijeta - poremećaji socijalne interakcije u kojima gotovo da i nema povezanosti djeteta s roditeljima, nema pogleda u oči, osmijeha, razlikovanja roditelja od ostalih osoba, gesta anticipacije (primjer pružanje ruku da bi se podiglo dijete). No, za razliku od povezanosti sa roditeljima, djeca su vrlo povezana s određenim predmetima, a kad odrastu, nema stvaranja prijateljskih veza s drugom djecom.
2. Grčevita povezanost s poznatim (strah od promjena) - djeca pokazuju stanje straha i panike ako im se promijeni nešto u njihovom neposrednom okruženju.
3. Posebno osebujan govorni jezik - usporeni razvoj govora. Djeca najčešće govore o sebi u trećem licu (kasno nauče sebe označavati sa „ja“), jako kasno ili nikako ne dostižu razdoblje postavljanja pitanja na koja već znaju odgovore. Mnoga autistična djeca ne mogu koristiti jezik za komunikaciju, nego ga koriste na mehanički način. Često izmišljaju neologizme koji imaju posebno značenje za njih. Dječji glas je jednake glasnoće, bez melodičnosti, ritam govora je isprekidan, a često naglašavaju krive riječi ili dijelove rečenica.

Tijekom razvoja autistične djece dolazi do promjene simptoma: smanjuje se sklonost dodirivanja predmeta ili osoba, smanjuje se osjetljivost na zvukove i napadaji straha.

6. ETIOLOGIJA

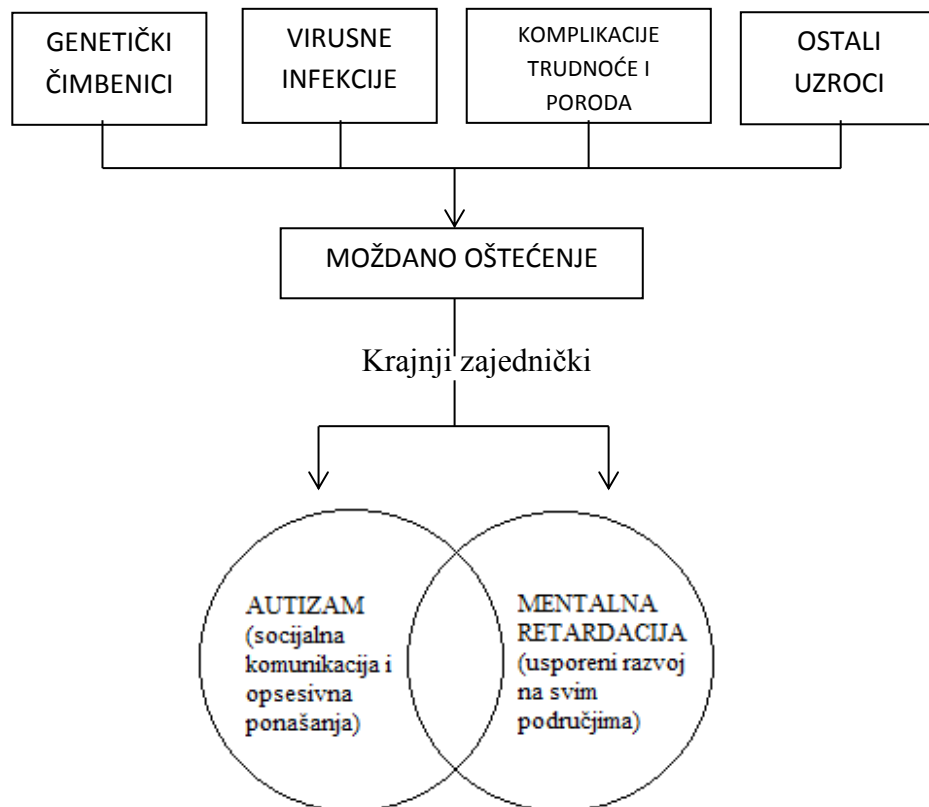
Nakon mnogobrojnih istraživanja, došlo je do rezultata da je najvjerojatnije uzrok autizma skup više različitih uzroka koji daju sličnu kliničku sliku s dominantnim simptomima poremećaja verbalne i neverbalne komunikacije. Desetljećima se mislilo da je uzrok autizma psihosocijalne naravi, a naknadno je fokus prebačen na biološke učinke. Do te promjene došlo je zbog niza neurobioloških osobitosti koja su specifična za autističnu djecu, a ne nalaze se kod zdrave djece ili mentalno retardirane djece. Psihološke teorije zasnivale su se na tome da djeca često u prvoj godini izgledaju posve normalno i razvijaju su se uredno. Prvenstveno su se zasnivale na Kannerovoj tezi „*Autizam je uzrokovan nenormalnim psihološkim interakcijama unutar obitelji, pogotovo hladnim i odbijajućim držanjem majke prema djetetu*“ (Bujas-Petković, Frey Škrinjar, 2010, str. 67). No odbačene su nakon opažanja:

- Autistični simptomi uočljivi su već u dojenačkoj dobi. Pokazuju čitav niz neurobioloških osobitosti (poremećaj ritma spavanja i budnosti, poremećaj hranjenja, pretjerana razdražljivost, poremećaj kontrole mjehura i crijeva, itd.) koja se ne nalaze kod zdrave djece.
- Roditelji autistične djece ne pokazuju posebne osobine ličnosti. Ne razlikuju se od roditelja zdrave djece ili mentalno retardirane djece ni po crtama ličnosti ni po ponašanju.
- Oko 40-60% djece s autističnim poremećajem ima u školskoj dobi neurološka oštećenja, a kod oko 30% te djece u adolescentskoj dobi pojavljuje se epilepsija.
- Nakon određenih virusnih infekcija učestalo se pojavljuje autistično ponašanje.

U zadnje vrijeme prevladavaju gledišta po kojima su odgovorni ovi činitelji:

1. Utjecaj nasljeđa
2. Moždana oštećenja i poremećaj moždane funkcije

3. Biokemijske osobitosti
4. Poremećaji kognitivnih procesa i govorno - jezičnog razvoja
5. Poremećaj emocionalnog razvoja
6. Interakcija navedenih činitelja



Slika 1. Prikaz uzročnika autizma

U nastavku ću objasniti najvažnije uzročnike autizma.

6.1. UTJECAJI NASLJEĐA

Često se govori o tome mogu li se neki činitelji objasniti nasljeđem. Istraživale su se obitelji i blizanci autistične djece.

ISTRAŽIVANJA OBITELJI

Postoji niz podataka koji upućuju na povećan broj autistične djece u obiteljima. Postoji povećani rizik kod obolijevanja braće i sestara za 3%. Macdonald i sur. (1989) našli su kod 15% braće i sestara osobe s autističnim poremećajem kognitivna oštećenja i oštećenja u obliku jezičnih i govornih poremećaja. S druge strane, kod braće i sestara djece s Downovim sindromom poremećaji su uočeni u samo 4,5% slučajeva. Pronađena je i značajna povezanost niskog IQ-a, autističnog poremećaja i poremećaja učenja kod braće i sestara autistične djece s težom mentalnom retardacijom (IQ ispod 70) u usporedbi s braćom i sestrama autistične djeca čija su oštećenja bila manje izražena (IQ viši od 70). Sukladno svim rezultatima, može se zaključiti da postoji povećan broj autistične djece unutar pojedinih obitelji.

ISTRAŽIVANJE BLIZANACA

Tri najvažnija istraživanja autističnog poremećaja kod blizanaca proveli su Folstein i Rutter (1977), Ritvo i sur. (1985) i Steffenburg i sur. (1989). U svim istraživanjima pronađeno je veće slaganje kod jednojajčanih blizanaca nego kod dvojajčanih. Posljednjih godina bilo je moguće provesti molekularnobiološka istraživanja genetike autističnih poremećaja. Utvrđeno je da oko 3% autistične djece pokazuje Martin-Bell sindrom i da 18-38% djece s tim sindromom pokazuje autistične poremećaje. Martin-Bell sindrom je poremećaj koji je uvijek povezan s mentalnom retardacijom. Zaključak svih istraživanja je u tome da u nastanku autističnog poremećaja sudjeluju nasljedni čimbenici.

6.2. MOŽDANA OŠTEĆENJA I POREMEĆAJI MOŽDANE FUNKCIJE

Pretpostavke se zasnivaju na različitim neurološkim promjenama i bolestima. Na osnovi tih pretpostavki, razvijene su teorije kako je „autistični deficit“ povezan s funkcionalnim poremećajem lijeve moždane polutke (Fein i sur, 1984), abnormalnim promjenama moždanog debla povezanim s poremećajima pažnje (Fein, Skoff i Mirsky 1981), abnormalnom obradom senzornih podražaja i informacija (Ornitz,

1983, 1987), abnormalnim procesima moždanog sazrijevanja (Bauman i Kemper 1985) i neke specifične hipoteze o nerazvijenosti vermisa malog mozga (Courchesne i sur. 1988). Drugi istraživači (Pliven i sur. 1990) našli su kod 54% autistične djece abnormalne promjene kore mozga za koje se pretpostavlja da su nastale prije šestog mjeseca trudnoće. Ovi rezultati upućuju na važnost procesa razvoja za diferencijaciju mozga i njihovih funkcija. Zaključno tome je da moždana oštećenja i poremećaji moždanih funkcija imaju važnu ulogu kod autistične djece.

6.3. BIOKEMIJSKE OSOBITOSTI

Ispitivane su različite tvari i funkcije te su nađene kvantitativne promjene niza hormona i neuroprijenosnika. Kod autistične djece su pronađena razna odstupanja dopamina, adrenalina i noradrenalina, a uočena je i povišena razina endorfina. No, rezultati istraživanja i dalje su zbunjujući.

6.4. POREMEĆAJI AFEKTIVNOG RAZVOJA

Von Hobson postavio je „Afektivnu teoriju“ (1984, 1986) te smatra da kod autistične djece postoji urođeni poremećaj afektivnih konflikata. To označava smanjenje sposobnosti percepcije tjelesnog izražaja različitih emocija koje doživljavaju drugi ljudi. Hobson (1986) je ispitivao sposobnost djece s autističnim poremećajima, tipične djece i djece s intelektualnim poteškoćama da pridruže emocije (žalost, strah, veselje i srdžbu) nacrtanih osoba osobama sa video snimke koja su to isto izražavala. Zaključio je da autistična djeca imaju poteškoća u prepoznavanju, obradi i povezivanju oblika emocija s osobama. Sljedećim istraživanjem ispitao je mogu li autistična djeca povezati geste s njihovim glasanjem ili mimikom. Došao je do jednakog rezultata kao prethodnog istraživanja da djeca znaju prepoznati smisao ali ga ne znaju povezati.

6.5. POREMEĆAJI KOGNITIVNIH PROCESA I GOVORNO JEZIČNOG RAZVOJA

Baron-Cohen, Leslie i Frith (1985, 1986) različitim eksperimentima pokazali su da autistična djeca imaju poteškoća u shvaćanju psihičkih stanja drugih ljudi. Ponašaju se prema ljudima kao prema stvarima te teško procjenjuju ponašanje drugih osoba što ih lako može zbuniti.

Proveli su eksperiment u jednoj lutkarskoj igri u kojoj su pitali može li odsutna lutka otkriti gdje je skrivena špekula. 80% autistične djece nije moglo razumjeti kako odsutna lutka ne zna gdje je špekula, što znači da autistična djeca ne znaju odvojiti vlastita znanja od ostalih. Djeca tipičnog razvoja i djeca s Downovim sindromom točno su odgovorila da lutka ne može znati gdje je špekula. „*Sposobnost promatranja svijeta s gledišta druge osobe u literaturi se označava kao „Theory of mind“.*“ (Remschmidt, 2009, str. 34). Kod normalne djece se „Theory of mind“ ili „teorija uma“ počinje razvijati od kraja prve godine života. Baron-Cohen nastavlja ispitivati djecu s lutkom. Tri lutke su se igrale i trebalo je odgovoriti na pitanje „Što jedna osoba vjeruje da je druga osoba?“. 90% zdrave djece i 60% djece s Downovim sindromom ispravno je dogovorilo na pitanje dok nijedno autistično dijete nije znalo odgovor. Zaključak je da se osobitosti autistične djece u socijalnom i interpersonalnom kontekstu (npr. nedostatak reagiranja na druge ljude) mogu pripisati specifičnim deficitima socijalne percepcije.

6.6. INTERAKCIJA

Postoji interakcija između svih dosadašnje opisanih čimbenika. Nasljedni faktori mogu dovesti do povećanja osjetljivosti djeteta na vanjska oštećenja, a oštećeni afektivni i kognitivni razvoj mogu dovesti do toga da djeca zaostanu u sveukupnom razvoju.

7. DIJAGNOZA

Postaviti dijagnozu autističnog poremećaja sa sigurnošću često nije lako ni jednostavno. Još je teže odrediti točno određeni oblik autizma i težinu autističnih simptoma. Dijagnoza autističnog poremećaja postavlja se na osnovi promatranja djeteta u različitim situacijama i njegovoj anamnezi. Dodatna pomoćna sredstva pri analiziranju poremećaja su intervjui s roditeljima ili drugim bliskim osobama djetetu i skale za procjenu ponašanja koje prikazuju određena ponašanja. Anamneza je prvi izvor tijekom ispitivanja. Tamo roditelji iznose tijekom trudnoće ili moguće teškoće u trudnoći, porođaj i razvoj djeteta u njegovim prvim mjesecima života. Ako roditelji imaju više djece, međusobno će ih uspoređivati. Najčešće činjenice koje iznose majke su: dijete odbija tjelesne dodire, ne odgovara smješkom, ne reagira na šumove i zov (prvo pretpostavljaju da je dijete gluho).

Tijekom boravka u vrtiću, dijete ne pokazuje interese za komunikaciju i druženje s drugom djecom, igra se samo, obraća se predmetima te ih samo vrti, a ne koristi na propisan način. Veselo je samo dok se igra s predmetima, a ne s drugom djecom. Govor se jako sporo razvijao ili se nije uopće razvio.

Autistični poremećaj treba razlikovati od Aspergerova sindroma. Glavna razlika između ta dva autistična poremećaja je prvo u pojavi bolesti, u razvoju govora i intelektualnih sposobnosti te u osobitostima motorike. Djeca s Aspergerovim sindromom ranije nauče govoriti, raspolazu dobrim do prosječnim intelektualnim sposobnostima i često razvijaju diferencijalni govor. Često se bave samo određenim interesima. Također, autistični poremećaj se treba razlikovati i od Rettovog sindroma. Kod njega dolazi do propadanja i gubitka vještina koje su već razvijene što je povezano s nizom neuroloških simptoma. Poremećaj osjetljivosti i mentalna retardacija se odvajaju od autističnog poremećaja prvenstveno testom osjetljivosti. Kod autističnog poremećaja simptomi nisu primarni u kliničkoj slici nego mogu biti samo popratna pojava. Kod djece s mentalnom retardacijom nisu poremećeni emocionalni odnosi s osobama i predmetima niti su prisutne govorne i motorne karakteristike autizma. Bitno je razlikovati i shizofreniju. Pregledava se klinička slika djeteta, anamneza i tijek bolesti. Kod shizofrenične djece pojavljuje se halucinacija ili sumanost koja nije prisutna kod autizma. Najčešće se miješa autizam

s hospitalizmom (deprivacijski sindrom). To je poremećaj koji nastaje kada je dijete zapušteno i nimalo se ne potiče. No kod takve djece, simptomi više sliče depresiji i ponašanju bez distance, nego onima tipičnim za autističnu djecu.

8.TERAPIJA

Prije primjene bilo kakve terapije, potrebno je proći kompletan pregled kako bi se utvrdila težina poremećaja i simptoma. Provode se terapije: lijekovima, igrom, psihoterapija, bihevioralna terapija.

8.1.LIJEKOVI

Počinju se primjenjivati tridesetih godina prošlog stoljeća kad su se za smirivanje davali hipnotici i antikonvulzivi. Delay i Deniker (1952) otkrivaju lijek koji su nazvali Largacitol (kloprozamin). Oni su smirivali psihotične simptome i pozitivno utjecali na tijek bolesti. No, sve je to većinom bilo za odrasle dok se u području dječje farmakologije očekivanja nisu ispunila.

Prije početka davanja lijeka, treba se utvrditi uzrok (IQ, dob, spol, poremećaj, obiteljsku povijest), zatim se dva tjedna daje placebo kao testna doza, a nakon toga počinje uzimanje samog lijeka. Pošto autistični poremećaji nisu do kraja dijagnosticirani niti odijeljeni međusobno, zna doći do preklapanja podskupina. Istraživanja pokazuju da gotovo trećina populacije uzima nekakvu terapiju, najčešće antihistaminik. Liječe se uglavnom simptomi, a ne uzroci, a učinci terapije su ograničeni. Dalje ću nabrojati najčešće skupine lijekova koji se koriste u farmakoterapiji djece i odraslih osoba s autizmom i sličnim poremećajima.

ANTIPSIHOTICI

Najveća i najprimjenjivija skupina lijekova u djece s autizmom, psihozom i intelektualnim oštećenjima. Ti lijekovi su najefikasniji u ovom području, ali nisu jednako efikasni u pojedinačnim skupinama. Prvi antipsihotici koji su otkriveni prije pedesetak godina prvenstveno su liječili nepoželjne simptome autističnog poremećaja. Prije su se koristili: klorpromazin, levopromazin, promazin, periciazin, flufenazin, tioproperazin, a u prvom redu haloperidol. Danas se koriste antipsihotici novije generacije. Ti lijekovi imaju nizak rizik pojave nuspojava. Atipični antipsihotici primjenjuju se zbog nepoželjnih simptoma kao što su agresija,

hiperaktivnost, autoagresija i stereotipija, ali mogu biti korisni i kod negativnih simptoma autističnog poremećaja (osamljivanja, nesocijaliziranog ponašanja, zatvaranja). Opći princip primjene je da se prvo da jedan lijek kojem se doza povećava prema potrebi, a zaustavlja nakon dobivenih rezultata. Ako se ne postignu rezultati onda se kombinira više lijekova.

Risperidon je 1993. godine odobren za liječenje shizofrenih bolesnika. Postao je jedan od najvažnijih lijekova u suzbijanju razdražljivosti i nemira kod odraslih i djece s autizmom.

Kvetiapin, Ziprasidom i Olanzapin se koriste za ublažavanje psihomotornog nemira, agresije i autoagresija kod djece i odraslih s poremećajima iz autističnog spektra. Nuspojave lijekova su glavobolje, suha usta, konstipacija i povećanje tjelesne težine.

Klozapin otklanja depresiju, anksioznost i negativne simptome shizofrenije. Potrebno ga je pažljivo koristiti kod osoba s autizmom zbog rizika od pojave epilepsije.

ANTIDEPRESIVI

Primjena antidepresiva započela je s primjenom klorimipramina, a djeluje na inhibiciju ponovne prehrane serotonina i norepinefrina. Lijekovi se mogu primjenjivati samo kod onih gdje su navedeni simptomi naglašeni, a drugi lijekovi nisu pomogli.

Fluoksetin djeluje na agresiju, opsesivno - kompulzivno ponašanje i ublažava simptome autizma. Nuspojave su nesаница i smanjenje apetita. Sertralin se primjenjuje kod depresije, anksioznog poremećaja, paničnog poremećaja i opsesivno - kompulzivnog poremećaja.

VITAMINSKA TERAPIJA I PREHRANA

Vitamini koji se otapaju vodi (B i C) u velikim dozama ne mogu biti štetni, a pomažu, no pitanje je utječu li na psihičke poremećaje i simptome autizma. Prvo se počeo primjenjivati vitamin B6 (piridoksin) sam ili u kombinaciji s vitaminom C.

Prema istraživanju, djeca su nakon te terapije pokazivala bolji kontakt, imala manje ispada, bolje su se ponašala i napredovala u govoru. Za dječake s autizmom, preporuča se davanje folne kiseline i folata.

8.2. BIHEVIORALNA TERAPIJA

Lovas (1974) je među prvima primijenio metodu bihevioralne terapije, a primijenio ju je na temelju tri pretpostavke:

1. Autizam se ne promatra kao poremećaj socijalnih odnosa nego kao poremećaj percepcije i kognicije
2. U terapiju nije moguće uključiti uzrok poremećaja
3. Bihevioralnu terapiju mogu primjenjivati i roditelji i druge osobe važne za dijete ako su naučile postupak i razumiju ga

Primijenjen je velik broj bihevioralnih terapija, najviše za sindrom autističnog poremećaja, počevši od operantnog uvjetovanja uz uporabu nagrada i averzivnih poremećaja do davanja potpore, oblikovanja ponašanja i postupnog uskraćivanja potpore.

Cilj bihevioralne metode je usvojiti poželjni obrazac ponašanja, a napustiti nepoželjni. Strategije bihevioralne terapije se dijele u tri skupine: prethodne intervencije, intervencije koje slijede i intervencije za razvijanje vještina.

Prethodne intervencije koriste se preventivno, prije nego se pojavi neko očekivano ponašanje. Rana intervencija smanjuje vjerojatnost kasnijeg problematičnog ponašanja. Intervencije koje slijede se primjenjuju nakon što se pojavi neko ponašanje. U intervencije za razvijanje vještina ubrajamo razvijanje govornog jezika, poticanje opće komunikacije, socijalne vještine i uvježbavanje svakodnevnih aktivnosti.

9.ASPERGEROV SINDROM

Hans Asperger (1944) prvi ga je opisao i smatrao da se treba uvesti u poremećaje ličnosti. Ovaj poremećaj se dijagnosticira kasnije nego autistični poremećaj.

Dijagnostički kriteriji za Aspergerov sindrom su:

- Kvalitativno oštećenje socijalnih interakcija - djeca ne pokazuju emocionalnu uzajamnost pa ne znaju s drugim dijeliti emocije (radost, srdžbu ili bijes), nema neverbalne komunikacije kao pogled oči u oči, geste, mimike i nema odnosa s vršnjacima
- Ograničeni, repetitivni i stereotipni modeli ponašanja, interesa i aktivnosti - zaokupljenost s jednim područjem koje zapravo ne pobuđuje opće interese (npr. dinosauri, točka taljenja metala), stalna zaokupljenost dijelovima predmeta, ponavljajući motorički manirizmi (primjerice lupkanje ili savijanje prstiju ili šake)
- Smetnje uzrokuju oštećenje socijalnih, radnih i drugih područja funkcioniranja
- U usporedbi s autističnim poremećajem, nema kašnjenja u razvoju govornog jezika
- Nema značajnog kašnjenja kognitivnog razvoja ili razvoja primjerenih vještina samopomoći ili znatiželje za zbivanjima u okolini
- Ne zadovoljavaju kriterije za neke druge poremećaje ili shizofreniju

Djeca s Aspergerovim sindromom često imaju prosječnu ili iznadprosječnu inteligenciju, a počinju se isticati tek kad im se postavljaju posebni zahtjevi na njihove sposobnosti.

Govorni jezik se razvija vrlo rano (i prije nego prohodaju), no govor je oštećen na drugi način u komunikaciji s drugima. Često razgovaraju sami sa sobom, kad god hoće i ne prilagođavaju se onima koji ih slušaju. Govor je dobro razvijen i ne pokazuje neka karakteristična odstupanja kao kod autističnog poremećaja (holalije, izvrtanje zamjenica). Imaju originalno raspoloženje i raspoložu logičnim i apstraktnim mišljenjem. No, imaju vrlo uski i nefunkcionalni interes čime se ističu u socijalnom okruženju. Često znaju iznijeti neka enciklopedijska znanja koja ne znaju

ostali, ali im zapravo služi kao pohranjeni podatak koji ne znaju upotrijebiti. Izražen je poremećaj koncentracije zbog čega su često loši učenici.

Uočljiva je i motorička nespretnost. Djeca s Aspergerovim sindromom mogu se samo djelomično prilagoditi drugim ljudima i socijalizirati. Često su bezobzirna u ostvarenju svojih želja, nemaju osjećaj za humor, a veseli ih tuđa ljutnja. U školi su često predmet izrugivanja, ali ne znaju dobro reagirati pa znaju biti pretjerano agresivni. Zbog svega toga, nisu sposobni za školu ili ih se isključuje iz škole.

Kao što sam već prije spomenula, potrebno je razlikovati djecu s Aspergerovim sindromom od djece s autističnim poremećajem. Ta djeca imaju rani autistični poremećaj te raspolažu dobrim intelektualnim sposobnostima, ali istovremeno su kod njih prisutni i simptomi autističnog poremećaja. Klin i sur. (1995) razlikuju poremećaje u jedanaest neuropiholoških područja. Šest ih je dobro za definiranje Aspergerova sindroma (deficit fine motorike, vizuomotorna integracija, vizualna percepcija prostora, neverbalno stvaranje pojmova, gruba motorika i vizualno pamćenje), a pet faktora isključuje Aspergerov sindrom u odnosu na djecu s autističnim poremećajem (poremećaj artikulacija, verbalno izražavanje, auditivna percepcija, bogatstvo riječnika i verbalno pamćenje). Ni nakon brojnih istraživanja, nije posve definirano kako razlikovati ova 2 poremećaja.

Neki bolesnici s Aspergerovim poremećajem zadovoljavaju kriterije za opsesivno-kompulzivni poremećaj ili kompulzivni poremećaj ličnosti. Eshlers i Gillberg (1993) su utvrdili da je kod jednog od petero školske djece s Aspergerovim sindromom nađen Touretteov sindrom (motorni i glasni tikovi).

Shizofrenija se razlikuje od Aspergerova sindroma po simptomima, tijeku i anamnezi. Kod shizofreničnih bolesnika se pojavljuju sumanost i halucinacije, imaju bolji razvoj govora, pojavljuje se ili relativno akutan početak bolesti ili progresivan (s pogoršavanjem) sa negativnim emocijama (smanjenje energije, apatija, siromašan govor, slabljenje emocija, poremećaj mišljenja). Postoje i razni drugi poremećaji koje je potrebno uzeti u obzir pri dijagnozi Aspergerova poremećaja. Istraživanja pokazuju da su drugi različiti psihijatrijski poremećaji povezani u visokom postotku s Aspergerovim poremećajem (npr. anoreksija je pronađena u šest od 51 slučaja Aspergerova sindroma).

9.1. UZROCI

Uzroci se dijele na tri skupine: genetički čimbenici, moždana oštećenja i poremećaji moždane funkcije. Također je utvrđeno da djeca s Aspergerovim sindromom imaju nižu tjelesnu težinu od ostale djece, no još uvijek nije jasno kako je to povezano s uzrocima.

GENETSKI ČIMBENICI

Asperger (1944) je u svojem istraživanju otkrio da skoro svako od 200 ispitane djece s „autističnom psihopatijom“ ima roditelja sa sličnim obilježjima ličnosti. Neki istraživači su našli da djeca s Aspergerovim sindromom imaju često bliske rodake koji boluju od bipolarnog ili unipolarnog poremećaja. Pretpostavlja se da Aspergerov sindrom ima genetsku osnovu koju mogu modificirati moždana oštećenja i drugi okolinski faktor te je zbog toga potrebno još puno istraživati kako bi se što bolje mogao razumjeti taj poremećaj.

MOŽDANA OŠTEĆENJA I POREMEĆAJ MOŽDANE FUNKCIJE

U istraživanjima je nađeno da su djeca s Aspergerovim sindromom u 47-67% slučajeva doživjela neke komplikacije tijekom rođenja ili prije rođenja. Zaključeno je na osnovi nekih istraživanja da su Aspergerov sindrom i drugi autistični sindromi posljednica razvojnog poremećaja neuralnih mreža, a oni dovode do poremećaja pri obradi složenih informacija. No, sva dosadašnja istraživanja na tom polju nisu dala identične rezultate osim jednog slaganja da je kod osoba sa Aspergerovim sindromom pronađen povećani protok krvi u drugom režnju frontalnog režnja, a ne u lijevom frontalnom kao kod ostalih osoba.

NEUROPSIHOLOŠKI DEFICITI

Kvocijent inteligencije je veći kod osoba s Aspergerovim sindromom nego kod autističnog poremećaja.

9.2. LIJEČENJE

Za sad još uvijek ne postoji odgovarajući tretman i terapija koja bi spriječila nastajanje poremećaja ili ga uklonila. Svakom djetetu se pristupa individualno i potrebno je složiti plan samo za njega i njegovu obitelj. Ako je teži oblik poremećaja, ponekad je potrebno smjestiti osobu u neku ustanovu. Terapija koja se koristi u većini slučajeva je:

- Individualna terapija: razvoj socijalnih odnosa i osjećaja povjerenja, razumjevanje povezanosti događaja, vježbanje svladavanja svakodnevnih problema i situacija, poticanje na analizu i organizaciju vlastitih procesa mišljenja
- Uvježbavanje socijalnih vještina u grupi: prenošenje socijalnih iskustava, razumijevanje socijalnih pravila i poticanje interesa za socijalne interakcije
- Radno osposobljavanje i zapošljavanje: izbjegavati aktivnosti koje zahtijevaju intenzivne socijalne interakcije, koristiti posebne interese za profesionalno obrazovanje
- Lijekovi: lijekovi mogu biti samo jedna komponenta cijelog plana liječenja, moraju se dozirati prema uputama za terapiju autističnog poremećaja.

10. RETTOV SINDROM

Pojavljuje se isključivo kod djevojčica, s početkom oko šestog do osamnaestog mjeseca života. Do tada je razvoj djeteta posve normalan. Na početku jako slični autističnom poremećaju pa može doći do zabune tijekom dijagnosticiranja. Prvo dolazi do prestanka razvoja, a zatim se gube kognitivne i motorne funkcije. Neurološki simptomi su nesigurno držanje tijela, iskrivljena kralježnica, poremećaj svrsishodnih pokreta i abnormalni pokreti koji su tipični za Huntingtonovu bolest.

Rijetko se samoozljeđuju, ali često imaju epileptične napadaje. Kasnije dolazi do demencije, katkad i do ponašanja koje slični autizmu, epileptičnih napadaja, a na kraju do paralize. 75% djevojaka u adolescentskoj fazi potpuno ovisi o tuđoj skrbi, ne mogu hodati niti stajati i većina pati od iskrivljenosti kralježnice (skolioze).

Bolest se razvija kroz četiri stadija:

- I. Stadij: rani početak usporavanja djetetova razvoja koji traje od šestog mjeseca do 1,5 godine života, ovaj stadij traje od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci
- II. Stadij: od prve do četvrte godine dijete gubi motoričke i druge vještine i komunikacija, tu nastaje i mentalna deficijencija, tipično je plaženje ruku i prinošenje ruku ustima, ovaj stadij traje od nekoliko tjedana do jedne godine
- III. Stadij: može trajati godinama gdje dolazi do povremenog poboljšanja simptoma što ne ostaje trajno prisutno
- IV. Stadij: potpuna motorička nesamostalnost, propadanje psihičkih funkcija i distorzija, ovaj stadij traje desetljećima.

Dijagnoza je sigurna ako se poznaje klinička slika djeteta. Postoje kriteriji pri dijagnozi ovog poremećaja:

- Pri rođenju normalan opseg glave, normalan prenatalni i perinatalni razvoj i normalan psihomotorni razvoj tijekom prvih pet mjeseci života
- Nakon toga dolazi do promjene: usporen rast glave od pet do 48 mjeseci, gubitak već usvojenih vještina šake nakon čega se razviju stereotipni pokreti šake (pranje ruku ili stiskanje), problemi s koordinacijom hoda ili pokreta

tijela, oštećeno jezično razumijevanje i izražavanje, izostanak socijalnih interakcija

10.1. UZROCI

Poremećaj je posljedica X-kromosomske mutacije gena na distalnom dijelu X-kromosoma. Kod muškaraca je ta mutacija smrtonosna. Može se pretpostaviti da je bolest uzrokovana metaboličkim i nasljednim čimbenicima.

10.2. LIJEČENJE

Ne postoji lijek za nastanak niti daljnju progresiju bolesti jer se još uvijek ne znaju činitelji koji dovode do bolesti. Ona samo napreduje bez zaustavljanja.

11. ATIPIČNI AUTIZAM

Atipični autizam razlikuje se od autističnog poremećaja po tome što nastaje nakon treće godine života ili poremećaj ne odgovara kriterijima za autistični poremećaj u sva tri područja. Simptomi atipičnog autizma slični su simptomima autizmu gdje se javlja povlačenje djeteta u svoj svijet fantazije, jezik upotrebljava na svoj način nerazumljiv ostalima, razvnodušnost, izljevi ljutnje ili anksioznosti, čudno držanje, smanjeni kontakt oči u oči i rituali. Uzroci mogu biti nasljedni, biološki ili psihološki. Razlikuju se dva tipa atipičnog autizma:

1. Autizam s atipičnom dobi obolijevanja - zadovoljeni su svi kriteriji kao kod autističnog poremećaja, ali su prepoznatljivi tek nakon treće godine života
2. Autizam s atipičnom simptomatikom - simptomi su vidljivi i prije treće godine života, ali ne odgovaraju u potpunosti autističnom poremećaju, kod ovog poremećaja se često govori o sniženoj inteligenciji s autističnim obilježjima.

Uzroci i tretman liječenja je isti kao i kod autističnog poremećaja. Tijek bolesti ovisi o stupnju snižene inteligencije i o tome koliko se razvija govorni jezik za komunikaciju.

12.DEZINTEGRATIVNI POREMEĆAJ

Poremećaj koji se pojavljuje između treće i pete godine života, gdje nakon potpuno zdravog života dolazi do naglog preokreta gdje dijete gubi sve psihičke funkcije. Zna se nazvati i autizam sa zakašnjenjem.

Dijagnosticira se prema određenim kriterijima:

- Normalan razvoj tijekom prve dvije do tri godine života
- Nagli gubitak naučenih vještina: jezično razumijevanje i izražavanje, igra, kontrola sfinktera, prestanak komunikacije, dijete ne prati zbivanja oko sebe
- Abnormalnosti funkcioniranja barem dva od navedenih područja:
 1. kvalitativno oštećenje socijalnih integracija (nema socijalne uzajamnosti, izostanak komunikacije s vršnjacima)
 2. kvalitativna oštećenja komuniciranja (izostaju igre pretvaranja, govorni jezik kasni ili se ne razvija)
 3. ograničeni, repetativni i stereotipni načini ponašanja, aktivnosti i interesa
- Smetnja nije bolje opisana kao neki drugi pervazivni razvojni poremećaj ili shizofrenija

Uzrok bolesti za sad nije poznat, iako se pretpostavlja da se radi o moždanom oštećenju. Liječenja nema, nego se samo radi na tome kako bi se djeca lakše nosila sa simptomima i samim poremećajem.

Jedan od oblika dezintegrativnog poremećaja je Hellerov sindrom. Poremećaj se pojavljuje postupno gdje djeca postaju razdražljiva, povlače se u sebe, plašljiva su ili agresivna, a znaju pokazivati i znakove demencije. Zbog povlačenja u sebe često se misli da se radi o autističnoj djeci. Djeca s Hellerovim sindromom čine svega 1% bolesnika u čitavom spektru autističnih sindroma.

13. POSEBNE SPOSOBNOSTI DJECE S AUTIZMOM

Izuzetne sposobnosti, iako veoma rijetke, češće su kod autistične djece nego kod djece s mentalnim retardacijama. Hill (1974) je definirao osobe koje pokazuju jednu ili više sposobnosti iznad razine očekivanja za intelektualno normalne osobe. Talenti su :

- Glazbene sposobnosti - uz pamćenje su najčešće i smatra se da su međusobno povezane (posebno uz auditivno pamćenje). Poznat je slučaj jedne djevojčice koja je pokazala talent s 19 mjeseci kada je mogla ponavljati dugačke melodije poslije samo jednog slušanja, a s tri godine ih je svirala na glasoviru kojeg nikad nije učila svirati.
- Pamćenje - obuhvaća auditivno i vizualno pamćenje. Dječak je mogao zapamtiti i ponoviti cijeli tekst stranice (neovisno o jeziku), ali nije mogao normalno komunicirati.
- Matematičke sposobnosti - mogućnost rješavanja matematičkih operacija s višeznamenastim brojevima napamet i bez greške.
- Umjetnost - izuzetne sposobnosti slikanja i izrađivanja životinja od gline bez obzira na probleme s vidom.
- Pseudoverbalne sposobnosti - sposobnost reproduciranja cijelih tekstova, ali bez razumijevanja.
- Ekstrasenzorna percepcija - sposobnost prepoznavanja i predviđanja prema gotovo nevidljivim znakovima.
- Ostale sposobnosti - sastavljanje i rastavljanje tehnologije bez greške, pamćenje svih ulica i potpuna orijentacija, neka su djeca vješta u sportu, ali se ne mogu natjecati jer nisu motivirana ili se zaustave tijekom radnje bez objašnjenja.

14. RAD ODGAJATELJA S AUTISTIČNIM DJETETOM

Odgajatelj treba imati razvijene osobine empatijskog razumijevanja, uvažavanja korisnikovih potencijala i ograničenja. Najvažnije vještine koje mora savladati su aktivno slušanje i potkrepljujuće slušanje. Odgajatelj mora biti angažiran i zainteresiran. Ne smije stavljati svoje emocije, potrebe, umor ili interese ispred potreba roditelja ili djece. Takav odgajatelj koji radi s djecom s posebnim potrebama mora biti svjestan koliko to iziskuje napora, zalaganja, ali i suosjećanja. Važno je razumjeti da stres kod roditelja i kod odgajatelja nisu isto. Odgajatelj će provesti s djetetom samo dio dana, a i ako mu u nekom trenutku postane naporno može promijeniti posao, dok su roditelji tu stalno.

KORISNI SAVJETI

1. Svako dijete bi trebalo naučiti jednostavne stvari kao što su pranje ruku ili oblačenje za izlazak
U toj situaciji pokažite djetetu šta treba učiniti i ponavljajte te korake neprestano dok ih ne usvoji. Koristite i slike kako bi si dijete vizualiziralo što treba napraviti.
2. Dijete mora naučiti čekati i biti strpljivo u nekim situacijama.
Možete nabaviti sat ili štopericu koja će odbrojavati vrijeme kako bi dijete vizualno pratilo vrijeme. Početak i završetak radnji i aktivnosti moraju biti jasni djetetu.
3. Dijete se treba naučiti s promjenama rutina
Koristite se vizualnim pomagalima (znakom) koji će ga unaprijed upozoriti na promjenu (primjerice vrijeme za pospremanje ili ručak). Djetetu treba dati vremena da prihvati promjene no nemojte očekivati da će vas odmah poslušati.
4. Dijete reagira na određene zvukove vrištanjem ili prikrivanjem očiju
Dijete može koristiti slušalice ili se povući u sobu u kojoj nema buke. Ako odgajatelj primijeti koji mu zvukovi smetaju, mogu ga upozoriti da će ubrzo

čuti taj zvuk kako bi se postupno naviklo na njega. Kad čuje zvuk, treba mu se pružiti utjeha i potpora.

5. Dijete se odmiče ili skače unatrag kada ga se dotakne

I odgajatelj i djeca neka upozore to dijete prije nego ga dotaknu. Mogu se organizirati razne senzorne aktivnosti kako bi se dijete naviklo na taktilna iskustva.

6. Dijete treba osvijestiti kako ono utječe na druge

Treba koristiti jasna vizualna pomagala koja pokazuju kako se dijete osjeća (primjerice, pogledaj Anino lice. Ona plače. Tužna je). Djetetu treba davati jasna i konkretna pravila. Mogu se uvježbavati tekstovi koji će djecu poučiti kako se primjereno ponašati u društvu.

15. AUTISTIČNO DIJETE I OBITELJ

„Autistično dijete stvara autističnu obitelj, zatvorenu i izoliranu zbog velike brige za dijete, angažmana oko njega i nastojanja da mu se pomogne, ali često i zbog nemogućnosti postizanja da se dijete primjereno ponaša u drugim sredinama.“

(Bujas -Petković, 1995, str. 107)

Autizam je jedan od najtežih hendikepa. U takvim obiteljima često se prema autističnoj djeci ponaša drukčije od zdrave djece. Ako se previše djetetu popušta zbog sažaljenja, dolazi do još većih problema u djetetovom ponašanju. Često su zdrava djeca zanemarena od strane roditelja te moraju odrađivati više kućanskih poslova. Potrebno je ponašati se jednako prema oba djeteta koliko god je to moguće kako bi autističnom bile zadovoljene sve potrebe a zdravo se ne bi previše preopteretilo.

Brojne svakodnevne tenzije dovode do svađa među roditeljima, a često na kraju i do rastave. Majke su više opterećene od očeva i više pogođene s djetetovom bolešću. Dijete treba što više vremena provesti u obiteljskom okruženju jer to pozitivno utječe na njegov razvoj, a tek ako je to zbilja potrebno smjestiti ga u neku ustanovu.

16. SVJETSKI DAN SVJESNOSTI O AUTIZMU

Glavna skupština UN-a odabrala je 2. travnja za obilježavanje dana ove bolesti. Time želi skrenuti pozornost na sve veći problem i raširenost ovog složenog poremećaja. 2013.-te godine se dan obilježio pod geslom: „Autizam treba - sustavno rješenje.“



Slika 2. Znak svjesnosti o autizmu

Na 10000 novorođene djece, rađa se njih četvero do petero s autizmom i deset do petnaest sa nekim autističnim poremećajem. Autizam je kompleksan razvojni poremećaj čiji je specifičan uzrok još nepoznat. Ljude se potiče na češće kontrole svoje djece, neka ne niječu problem nego odmah posjete liječnika kako bi se problem mogao riješiti ili ublažiti.

Svjetski dan autizma se obilježava i u Zagrebu. 2013.-te godine je pušteno stotinjak plavih balona s natpisom „AUTIZAM 8000“ sa Cvjetnog trga u Zagrebu. Broj balona simbolizira broj registriranih osoba s autizmom u Hrvatskoj.

17. ZAKLJUČAK

Autizam je razvojni poremećaj koji je u velikoj mjeri određen značajnim i različitim smetnjama u ponašanju. Osobe s autizmom manifestiraju tri osnovne grupe karakteristika koje proizlaze iz prirode oštećenja te se u skladu s time više nego kod drugih osoba okolina se treba prilagoditi njihovim potrebama. Te su karakteristike: oštećenje verbalne i neverbalne komunikacije, socijalizacije te ograničeni, repetitivni i stereotipni obrasci ponašanja, interesa i aktivnosti. Smetnje u ponašanju se manifestiraju kroz prisutnost nepoželjnih oblika ponašanja. Mentalna retardacija prisutna je kod 70-80% osoba s autizmom. Potrebno je pažljivo usmjeravanje kroz individualizirane programe i priprema okoline u koji se uključuju. Osobe s autizmom općenito imaju dobro razvijene vizualno-motoričke vještine i ponekad izuzetne sposobnosti. Unatoč problemima u učenju, komunikaciji i ponašanju koji su često pridruženi autizmu, svaka osoba s autizmom ima jedinstvenu kombinaciju vještina, interesa i potencijala. Ti čimbenici mogu preoblikovati osobu koja je bila prvenstveno ili isključivo osoba s autizmom u vrijednog radnika koji ima autizam. Iako osobe s autizmom kao grupa dijele prepoznatljive karakteristike ponašanja, ipak su međusobno vrlo različiti. Različitiji su od bilo koje grupe koja je izjednačena prema karakteristikama i interesima. Prvo i najvažnije, oni su individue, imaju različite sposobnosti i ograničenja, različite sklonosti. Iako je cilj skrbi za odrasle osobe sa autizmom njihovo zapošljavanje, niti jedan takav servis nije dovoljan da zadovolji njihove potrebe. Stručnjaci koji pružaju podršku moraju biti posebno educirani, te osjetljivi na potrebe cijele obitelji. Kvalitetna podrška je presudna za napredovanje autističnog djeteta. Što je podrška bolja, roditelji će imati više znanja o autističnom poremećaju, te će imati više razumijevanja za potrebe vlastitog djeteta. Mnogi roditelji su podršku naveli kao glavni faktor koji im je pomogao da nastave sa svojim životima na optimalan način. Zahvaljujući multidisciplinarnom radu na svim razinama, mnoga autistična djeca izrastu u osobe koje funkcioniraju u društvu, te koje su se sposobne brinuti same za sebe.

18. LITERATURA

- 1) Attwood, T.(2010). Aspergerov sindrom: vodič za roditelje i stručnjake. Jastrebarsko: Naklada slap.
- 2) Barnett, K. (2013). Iskra - kako sam u autističnom sinu pronašla genija. Zagreb: Profil.
- 3) Blažević, K., Cvetko, J., Ružić, L., Škrinjar, J. (2006). Posebnosti odabira tjelesne aktivnosti i posebnosti prehrane kod djece s autizmom. Hrvatski športskomedicinski vjesnik, 21 (2), 70-83.
- 4) Bujas-Petković, Z., Frey Škrinjar, J. i suradnici (2010). Poremećaji autističnog spektra. Zagreb: Školska knjiga.
- 5) Bujas-Petković, Z. (1995). Autistični poremećaj, dijagnoza i tretman. Zagreb: Školska knjiga.
- 6) Bujas-Petković, Z. (2000). Autizam i autizmu slična stanja (Pervazivni razvojni poremećaji). Paediatr Croat, 44 (1), 217-222.
- 7) Dukarić, M., Ivšac- Pavliša, J., Šimleša, S. (2014). Prikaz poticanja komunikacije i jezika kod dječaka s visokofunkcionirajućim autizmom. *Logopedija*, 4(1), 1-9.
- 8) Galić-Jušić (2004). Dijete s teškoćama u učenju. Lekenik: Ostvarenje.
- 9) Kostelnik, M. J. i sur.(2003). Djeca s posebnim potrebama. Zagreb: Educa.
- 10) Ljubičić, M., Markulin, M., Šare, S. (2015), Temeljne informacije o zdravstvenoj njezi osoba s autizmom. *Sestrinski glasnik*, 20 (2), 148-150.
- 11) Nikolić, S. (1990). Svijet dječje psihologije. Zagreb: Prosvjeta.

- 12) Nikolić, S. (1992). Autistično dijete. Zagreb: Prosvjeta.
- 13) Remschmidt, H. (2009). Autizam-pojavni oblici, uzroci, pomoć. Jastrebarsko: Naklada slap.
- 14) Rešić, B. (2000), Sindrom Rett. Paediatr Croat, 44 (1), 223-227.
- 15) Sellin, B. (1998). Neću više biti zarobljen u sebi. Zagreb: Udruga za autizam.
- 16) Smolić-Ročak, A. (2013), Dijagnostika i tretman autizma i ostalih pervazivnih poremećaja, URL: <http://www.istrazime.com/klinicka-psihologija/dijagnostika-i-tretman-autizma-i-ostalih-pervazivnih-poremecaja/>
- 17) Stacey, P. (2003). Dječak koji je volio prozore. Lekenik: Ostvarenje. Šimleša, S. (2009), Aspergerov sindrom u dječjoj dobi. Suvremena psihologija, 12 (2), 373-390.
- 18) Tammet, D. (2009). Rođen jednog plavog dana-moj život između autizma i genijalnosti. Zaprešić: Fraktura.
- 19) Udruga za autizam Zagreb, URL: <http://www.autizam-zagreb.com/>
- 20) Zdrav život, autizam i drugi pervazivni razvojni poremećaji, URL: http://www.zdrav_zivot.com.hr/izdanja/emocionalna-privrzenost/autizam-i-drugi-pervazivni-razvojni-poremecaji/

19. KRATKA BIOGRAFSKA BILJEŠKA

OSOBNİ PODACI

Ime i prezime: Kristina Mandić

Datum rođenja: 23.11.1994.

Mjesto rođenja: Zagreb, Hrvatska

OBRAZOVANJE

Osnovna škola grofa Janka Draškovića (2001.-2009.)

Gimnazija Lucijana Vranjanina (2009.-2013.)

Učiteljski fakultet sveučilišta u Zagrebu, rani i predškolski odgoj i obrazovanje,
Petrinja (od 2013.)

20. IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA

Ovime potvrđujem da sam osobno napisala rad:

i da sam njegova autorica.

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

Ime i prezime: _____

Datum: _____

21. IZJAVA O JAVNOJ OBJAVI RADA

Naziv visokog učilišta

IZJAVA

kojom izjavljujem da sam suglasan/suglasna da se trajno pohrani i javno objavi moj rad

naslov

vrsta rada

u javno dostupnom institucijskom repozitoriju

i javno dostupnom repozitoriju Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu (u skladu s odredbama Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, NN br. 123/03, 198/03, 105/04, 174/04, 02/07, 46/07, 45/09, 63/11, 94/13, 139/13, 101/14, 60/15).

U _____, datum

Ime Prezime

OIB

Potpis
