

Dijete s Aspergerovim sindromom u predškolskoj dobi

Črnjak, Gabrijela

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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:147:879377>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-19**

Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODGOJITELJSKI STUDIJ**

Gabrijela Črnjak

**DIJETE S ASPERGEROVIM SINDROMOM U
PREDŠKOLSKOJ DOBI**

Završni rad

Zagreb, rujan 2023

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODGOJITELJSKI STUDIJ**

Gabrijela Črnjak

**DIJETE S ASPERGEROVIM SINDROMOM U
PREDŠKOLSKOJ DOBI**

Završni rad

**Mentor rada:
prof.dr.sc. Maša Malenica dr.med.**

Zagreb, rujan 2023

Izjavljujem da je moj završni rad izvorni rezultat mojeg rada te da se u izradi istoga nisam koristio drugim izvorima osim onih koji su u njemu navedeni.

_____ (vlastoručni potpis studenta)

SAŽETAK

Aspergerov sindrom predstavlja jedan od poremećaja unutar spektra autizma. Karakterizira ga nedostatak socijalno – komunikacijskih vještina te neuobičajeno usko područje interesa, uz prisustvo stereotipnih oblika ponašanja. Ovo stanje je specifično zbog odsustva značajnih problema u verbalnom razvoju, često pokazuje prosječne ili iznadprosječne intelektualne sposobnosti. Klasifikacija se kroz povijest mijenjala, tako da danas Aspergerov sindrom pripada u kategoriju poremećaja iz spektra autizma. Aspergerov sindrom najčešće se dijagnosticira u djetinjstvu, no može se dijagnosticirati i u odrasloj dobi. Važno je rano identificirati Aspergerov sindrom zbog unapređenja jezičnih vještina i socijalnih interakcija, poboljšanja prilagodbe ponašanja, što će rezultirati smanjenjem neželjenih oblika ponašanja. Također je važno da odgojitelji, stručnjaci, rehabilitatori, budu educirani o ovom sindromu kako bi znali pristupiti djetetu s razumijevanjem. Postoje razne terapijske metode podrške koje pomažu u inkluziji djeteta u odgojno – obrazovni sustav te su u ovom radu navedeni neki od njih. Važan trenutak za roditelje je suočavanje s dijagnozom, jer se tada moraju naučiti prilagoditi djetetu. Stoga je važno da i roditelji osjete podršku i razumijevanje stručnjaka.

Ključne riječi: poremećaji iz spektra autizma, Asperger sindrom, predškolska dob, integracija , obilježja Aspergerovog sindroma

Summary

Asperger's syndrome is one of the disorders within the autism spectrum.

It is characterized by a lack of social and communication skills and an unusually narrow area of interest, along with the presence of stereotyped forms of behavior.

This condition is specific due to the absence of significant problems in verbal development, often times showing average or above average intellectual abilities. The classification has changed throughout history. Nowadays, Asperger's syndrome belongs to the category of autism spectrum disorders. Asperger's syndrome is most often diagnosed in childhood, but it can also be diagnosed in adulthood. It is important to identify Asperger's syndrome early on since improved language skills, social interactions, and improved behavioral adaptation results in a reduction of unwanted forms of behavior, making it difficult to diagnose the disease later on.

It is of utmost importance that educators, specialists, and rehabilitators are educated about this syndrome so that they know how to approach the child with a sufficient level of understanding. There exist various therapeutic methods of support that help in the inclusion of the child in the educational system, and some of them are listed in this paper. An important moment for parents is the moment when they face the diagnosis, because at that moment they have to learn to adapt to the child.

Therefore, it is important that parents also receive and feel the support and understanding of experts.

Keywords: Autism Spectrum Disorders, Asperger's Syndrome, Preschool Age, Integration, Characteristics of Asperger's Syndrome

Sadržaj

UVOD	1
1. ASPERGEROV SINDROM	2
1.1. Aspergerov sindrom kroz povijest.....	2
1.2. Etiologija	4
2. KLASIFIKACIJA	5
3. DIJAGNOSTIKA.....	6
4. OBILJEŽJA ASPERGEROVOG SINDROMA.....	7
4.1. Socijalno ponašanje.....	7
4.2. Kognitivne sposobnosti	9
4.3. Govor i jezik.....	10
4.4. Motorika	12
4.5. Interesi i rutine	13
4.6. Osjetljivosti	14
5. ASPERGEROV SINDROM U PREDŠKOLSKOJ DOBI I STRATEGIJE POMOĆI.....	15
5.1. Metode intervencije, tretmana i podrške	16
5.1.1. Primijenjena analiza ponašanja (Applied Behavior Analysis)	16
5.1.2. TEACCH program (Treatment and Education of Autistic and Related Communication-Handicapped Children)	16
5.1.3. PECS – Sustav komunikacije razmjenom slika	17
5.1.4. Model RIO – floortime.....	18
5.1.5. Socijalne priče (Social Stories)	19
5.2. Rad odgojitelja i integracija djece s poremećajem iz spektra autizma u odgojno- obrazovnom programu	19
5.3. Podrška roditeljima i izgrađivanje suradničkih odnosa.....	20
6. ZAKLJUČAK	23
6. LITERATURA:	24

UVOD

Aspergerov sindrom pripada u širi spektar autističnih poremećaja i često se smatra visoko funkcionalnim oblikom autizma. Kroz povijest do danas definiranje Aspergerovog sindroma podložno je promjenama, kao i konkretna dijagnostička obilježja. Poteškoće u socijalnim interakcijama, motorička nespretnost, osjetljivosti i specifični interesi i stereotipne radnje obilježja su ovog sindroma. Odstupanja u kognitivnom i jezičnom razvoju nisu prisutna, a do nedavno su Aspergerov sindrom navedena obilježja razlikovala od autizma. Hans Asperger prvi je opisao sindrom 1944. nazvavši ga „autistična psihopatija”. Lorna Wing prva je upotrijebila naziv „Aspergerov sindrom” koji se koristi i danas. Uzrok Aspergerovog sindroma nije poznat, ali znanstvenici vjeruju da su genetski faktori značajni. Također su primijećene određene promjene u mozgu osoba s Aspergerovim sindromom. Čak je i sam Asperger primijetio da su simptomi prisutni kod pojedinih očeva djece s Aspergerovim sindromom te naznačio moguću genetsku povezanost poremećaja. Dijagnoza se uglavnom postavlja u ranom djetinjstvu, iako je moguće postavljanje dijagnoze kod odraslih osoba. Ako su simptomi manje izraženi, često se dijagnosticira u kasnijoj dobi. Postoji niz različitih načina pomoći ljudima s Aspergerovim sindromom u razvoju socijalnih vještina, uključujući terapijske grupe. Djeca s Aspergerovim sindromom često imaju poteškoća u socijalnim interakcijama, što može rezultirati izazovima u njihovim odnosima s vršnjacima i drugim ljudima. Djeci s Aspergerovim sindromom u odgojno - obrazovnim ustanovama neophodan je inkluzivan pristup te je potrebno biti empatičan prema osobama s sindromom. U novom, petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne bolesti, izostavljena je dijagnoza *Aspergerov sindrom*, a uključen je u kategoriju poremećaja spektra autizma. S obzirom na najnoviju klasifikaciju, uz termin *Aspergerov sindrom* moguće je koristiti i termin *visoko funkcionalni autizam*.

1.ASPERGEROV SINDROM

Aspergerov sindrom ozbiljan je kronični neurorazvojni poremećaj koji se definira socijalnim i ograničenim interesima, slično kao i autizam, ali dobro razvijenim govorom i dobrim kognitivnim sposobnostima, što ga razlikuje od autizma i drugih pervazivnih razvojnih poremećaja (Bujas Petković, Frey Škrinjar,2010, str.48). Mellio tvrdi da je skupina teškoća unutar autističnog spektra smatrana najkompleksnijom među svim skupinama problema u razvoju (prema Bouillet 2019).

Kod neurorazvojnih poremećaja dolazi do oštećenja mozga u ranom razvoju, te se manifestiraju kao različiti poremećaji s određenim simptomima. Ovi poremećaji obuhvaćaju široki spektar stanja te mogu značajno utjecati na funkcioniranje pojedinca u različitim aspektima života, uključujući socijalne interakcije, komunikaciju, pažnju, motoričke sposobnosti i učenje. Djeca s Aspergerovim sindromom imaju poteškoće u socijalnim interakcijama te komunikaciji, specifične interese te su____prisutna i stereotipna ponašanja. Aspergerov sindrom nosi ime prema Hansu Aspergeru, bečkom pedijatru, koji je opisao četvero djece sličnog ponašanja i osobina. Obilježja ovog sindroma karakteriziraju: poremećaj socijalnih interakcija, slaba neverbalna komunikacija, nedostatak empatije, otežana i jednostrana interakcija, smanjena sposobnost ili čak nemogućnost sklapanja prijateljstva, repetitivni govor koji je ujedno i pedantan, zaokupljenost specifičnim temama, te motorička nespretnost koja je uobičajeno prisutna, ali nije nužno postojanje iste u svrhu postavljanja dijagnoze (prema Šimleša, Ljubešić, 2009). Godinu prije Aspergera, Leo Kanner opisao je jedanaestero djece s poremećajem govora i komunikacije, a sindrom je nazvao „infantilni autizam”, dok je Asperger upotrijebio izraz „autistična psihopatija”. Lorna Wing (1981) prva je u svom radu upotrijebila naziv Aspergerov sindrom. Aspergerov sindrom prema dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje koji je izdan 90 ih, svrstalo je u pervazivne razvojne poremećaje. Danas Aspergerov sindrom, prema DSM-5, najnovijem izdanju pripada poremećajima iz spektra autizma.

1.1. Aspergerov sindrom kroz povijest

Kroz povijest djeca iz spektra autizma smještala su se u ustanove za mentalno oboljele osobe. Prvi slučaj opisan i zabilježen u znanstvenoj literaturi bio je divlji dječak Victor pronađen na jugu Francuske u šumi.

Dječak je autistični poremećaj najvjerojatnije imao od rođenja te je i zbog toga bio i odbačen od roditelja. Ovaj slučaj zabilježio je liječnik Jean Gaspard Itard (prema Bujas Petković, Frey Škrinjar, 2010).

Američki psihijatar Leo Kanner 1943. objavio je istraživanje u kojem prvi opisuje autističnu djecu promatrajući jedanaestero djece. Djeca su fizički djelovala zdravo, međutim Kanner je zapazio poremećaje u komunikaciji, ponašanju i govoru; potrebu za samoćom, opsesivnoj potrebi za rutinom, stereotipnim pokretima. S obzirom na dob i postojeće simptome upotrijebio je naziv *infantilni autizam*. Naime, riječ *infantilni* upotrijebljena je zbog pojavnosti simptoma u ranom djetinjstvu, dok je *autizam* (grč. *autos*) upotrijebljen zbog prevladavajućih poremećaja u komunikaciji.

Gotovo istovremeno, ne znajući za Kannera i njegova zapažanja, 1944. godine, bečki pedijatar Hans Asperger u svojoj je klinici prepoznao određenu skupinu djece sličnog ponašanja i karakternih osobina. Djeca koju je opisivao imala su poteškoća u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji, izbjegavala su kontakt očima, imala su smanjenu sposobnost spontane komunikacije i nedostatak ekspresije prilikom interakcije s drugim osobama, dok su u izražavanju imali preciznu dikciju i pedantan govor. S obzirom na dob djece Asperger je opazio nedostatak empatije, nedostatak mašte u igri, neobične interese te motoričku nespretnost. Sve navedene simptome opisao je u svom djelu „Autistische Psychopathy im Kindesalter“ (S. Weiss 2010. prema Asperger, 1944, 199). Nadalje, naveo je kako se pojedini simptomi javljaju već u ranom djetinjstvu te ih je moguće prepoznati oko druge ili treće godine djetetova života, a kod djece kod kojih simptomi nisu prepoznati tako rano, oko sedme godine (S. Weiss 2010. prema Gillberg, 1989).

U radu je naglasio kako pojedina djeca mogu razviti određene darovitosti te se ostvariti na tom području. Asperger je primijetio podudarnost određenih osobina kod nekih očeva što ga je navelo na zaključak kako se možda radi o genetskoj predispoziciji za ovaj sindrom (prema S. Weiss 2010).

Suprotno od Aspergera, Kanner je smatrao kako na ponašanje autističnog djeteta utječe okolina, te se osvrnuo na hladan odnos majke ili pak pasivan odnos očeva (prema Zrilić, 2013, str. 94.). Kanner (1943) i Asperger (1944) u svojim su radovima upotrijebili pojam „autističan“ koji su preuzeli od švicarskog psihijatra Eugena Bleulera, koji je isti upotrijebio u svom radu "Dementia Praecox ili grupa shizofrenija" u svrhu opisivanja ekstremnog društvenog povlačenja i usmjerenosti na sebe kod pacijenata sa shizofrenijom (Barahona -Corrêa i Filipe, 2016).

Aspergerov rad "Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter" (1944) objavljen na njemačkom, ostao je nepoznat gotovo pola stoljeća. Uta Frith prvi put je prevela Aspergerov rad na engleski jezik 1991. u svom udžbeniku "autism and AS."

Lorna Wing (1981) u svom je radu sažela Aspergerove ideje te zabilježila neka osobna klinička zapažanja. (Šimleša, Ljubešić, 2009). Navela je kako se podudara većina sličnosti između Kannerova i Aspergerova sindroma te je istaknula kako se ne može reći radi li se o različitim poremećajima ili se radi o dva sindroma s razlikom u stupnju složenosti.

Ona je također zaslužna za sintagmu „autistični spektar” kako bi se izbjegla kategorizacija autizma. Predložila je i pojam Aspergerov sindrom s ciljem da se izbjegne pojam „psihopatija” koji se veže uz poremećaje ličnosti (Šimleša, Ljubešić, 2009.).

1.2. Etiologija

Uzrok pojave Aspergerovog sindroma još uvijek je nepoznat, međutim o uzrocima pojavnosti postoje razne teorije. Naime, vjeruje se da su uzroci multifaktorski, odnosno većina znanstvenika smatra kako su uzroci psihički i biološki faktori. Lorna Wing (1981) u svome radu o Aspergerovom sindromu uočila je kod polovine pacijenata perinatalne, prenatalne i postnatalne pojave koje su potencijalno bili uzročnici oštećenja mozga. Ghaziuddin i sur. (1995) istaknuli su kako je kod značajnog broja djece kojima je dijagnosticiran Aspergerov sindrom primijećen težak porođaj te neonatalne teškoće (prema Attewood 2010). Istraživanje Burgoine i Wing (1983) koje je uključivalo obitelj čije su trojke imale Aspergerov sindrom, pokazalo je kako sve ukazuje da bi oštećenje mozga prije, uslijed ili nakon poroda moglo biti glavni uzrok. Također je raznim istraživanjima uočeno kako postoji nepravilno funkcioniranje frontalnih i temporalnih moždanih režnjeva. Otprilike trećina roditelja djeteta s Aspergerovim sindromom imat će barem neke povezane simptome (Harvard medical school, 2014). Određene pretrage mozga pokazuju da se kod većine osoba amigdala, središte emocija, aktivira kada procjenjuju izraze lica. Kod osoba s Aspergerovim sindromom, područje koje svijetli je prefrontalni korteks, sjedište prosuđivanja i planiranja. Oni smišljaju značenje izraza umjesto da odmah odgovore na njega. Bez obzira na nasljedne osnove, postoji premalo dokaza o konkretnom organskom uzroku.

2. KLASIFIKACIJA

„Klasifikacija bolesti može se definirati kao sustav kategorija koje se dodjeljuju određenim bolestima prema utvrđenim kriterijima. „ (Hrvatski zavod za javno zdravstvo 2012, str.1)

U većini zemalja diljem svijeta najčešće se koriste dva dijagnostička i statistička priručnika za klasifikaciju bolesti . Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM) izdaje Američka psihijatrijska udruga, a prvi priručnik izdan je 1952. godine. DSM pruža sistematski pristup identificiranju i opisivanju duševnih poremećaja. Međunarodnu klasifikaciju bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB) izdaje Svjetska zdravstvena organizacija. Glavna svrha MKB-a je omogućiti međunarodno prihvatljiv i jedinstven način klasificiranja i kodiranja različitih bolesti, stanja i uzroka smrti. Navedeni priručnici redefinišu se s vremenom te nova izdanja donose modificirane ili nove dijagnostičke kriterije za različite poremećaje.

2.1 Klasifikacija u DSM – IV

DSM -IV četvrto je izdanje objavljeno 1994. te se u ovome izdanju nalaze pervazivni razvojni poremećaji kao odvojena kategorija sačinjena od pet podskupina:

1. Autistični poremećaj (F84.0)
2. Rettov sindrom (F8.2)
3. Dezintegrativni razvojni poremećaj u djetinjstvu (F84.3)
4. Aspergerov sindrom (F84.5)
5. Pervazivni razvojni poremećaj - neodređen (F 84.9)

Prema DSM- IV postoje zasebni dijagnostički kriteriji za Aspergerov sindrom

2.2. Klasifikacija u DSM-5

Peto izdanje DSM-a objavljeno je u svibnju 2013. godine u kojem je redefinirana skupina neurorazvojnih poremećaja. Stručnjaci su tako odlučili da Aspergerov sindrom nije zasebno klasificiran već su svi poremećaji autističnog spektra grupirani pod zajedničkim dijagnostičkim nazivom „Poremećaj spektra autizma” (Autism Spectrum Disorder – ASD).

S obzirom da je klasifikacija i sama dijagnostika Aspergerovog sindroma kao takvog promijenjena i pridružena autističnom spektru, dijagnoza Aspergerovog sindroma više se ne bi trebala postavljati. Ipak, neki ljudi i dalje koriste ovu terminologiju, obično zato što im dijagnoza „Aspergerov sindrom” čini važan dio identiteta na način koji nije povezan s formalnom dijagnostičkom terminologijom.

2.3. Klasifikacija u MKB –10 i MKB –11

Dijagnostički kriteriji i postupci u DSM –IV i MKB –10 praktički su identični. Dok se u DSM–IV koristi izraz Aspergerov poremećaj u MKB –10 koristi se Aspergerov sindrom.

U MKB 11 (revidiran 2021) kao i u DSM 5 Aspergerov sindrom više nije klasificiran kao zasebna dijagnoza, već se svi poremećaji autističnog spektra grupiraju pod zajedničkim nazivom.

3. DIJAGNOSTIKA.

Dijagnostiku se može definirati kao postupak identificiranja, ocjenjivanja i utvrđivanja prisutnosti ili odsutnosti bolesti, poremećaja, stanja ili problema kod pojedinca. Također uključuje specifične i nespecifične simptome i znakove (Prlić, 1997) .

Dijagnosticiranje određenog stanja ili bolesti uključuje sljedeće korake: prikupljanje informacije (anamneza), fizički pregled, laboratorijske pretrage te plan liječenja.

Dijagnoza Aspergerovog sindroma može se postaviti u bilo kojoj životnoj dobi, no dijagnosticira se najčešće u djetinjstvu. Šimleša, Ljubešić (2009) navode, kako se Aspergerov sindrom ipak često ne dijagnosticira prije šeste godine. Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010) pišu kako se Aspergerov sindrom u pravilu dijagnosticira nakon treće godine, ali učestalo i nakon desete. U postavljanju dijagnoze trebao bi sudjelovati tim koji uključuje pedijatra, dječjeg psihijatra, logopeda, kliničkog psihologa, te rehabilitatora čiji je zadatak da tijekom intervjua prikupe informacije o djetetu fokusirajući se na tri područja: teškoće socijalne interakcije, komunikacijske teškoće te sužene i snažne interese.

Također Šimleša, Ljubešić (2009) navode kako je potrebno provesti test inteligencije kako bi se utvrdilo ima li dijete uredan ili natprosječni kvocijent inteligencije.

Attwood (2010) spominje dvije faze kojima će se doći do postavljanja dijagnoze. U prvoj fazi biti će uključeni roditelji i nastavnici koji popunjavaju ljestvicu procjene.

Druga faza procjena je kliničara koji je specijaliziran za ispitivanje sposobnosti i ponašanja djece, pri čemu koristi ustanovljene kriterije za Aspergerov sindrom.

Postoje dvije ljestvice procjene koje su namijenjene za prepoznavanje Aspergerova sindroma, jedna je koncipirana u Švedskoj, dok je druga razvijena u Australiji.

Australska ljestvica procjene obuhvaća upitnik koji se odnosi na procjenu šest područja, a to su socijalne i emocionalne sposobnosti, komunikacijske sposobnosti, kognitivne vještine, specifični interesi, motoričke vještine i druge značajke.

Barahona-Corrêa i Filipe (2016) u svome radu spominju dijagnostičke kriterije Christophera i Carine Gillberg temeljenih na originalnim slučajevima Hansa Aspergera. Ovi kriteriji obuhvaćaju uske interese, ekstremnu egocentričnost, repetitivne rutine,

specifičnosti u govoru i jeziku, poteškoće u neverbalnoj komunikaciji i motoričku nespretnost. Za postavljanje dijagnoze svi kriteriji moraju biti ispunjeni. Prema DSM -IV postoji šest dijagnostičkih kriterija za Aspergerov sindrom. Prvi kriterij je kvalitativni poremećaj u socijalnim interakcijama te u toj kategoriji navedenih simptoma moraju biti prisutna barem dva. Drugi kriterij su ograničeni interesi te stereotipni i repetitivni obrasci ponašanja, a mora biti prisutan barem jedan simptom. Također, kao jedan od kriterija jest pojava teškoća u socijalnim interakcijama, poteškoće u profesionalnom kontekstu ili na drugim značajnim područjima funkcioniranja. Značajna odstupanja u razvoju jezika ne smiju postajati, kao ni kašnjenja u kognitivnom razvoju. U slučaju da su prisutni i kriteriji za autizam, izostavlja se dijagnoza Aspergerovog sindroma, te se postavlja dijagnoza autizma. Ovime je jasno naznačena razlika između visoko funkcionalnog autizma i Aspergerovog sindroma. Aspergerov sindrom je u DSM -V objedinjen u poremećaje iz spektra autizma te su navedeni sljedeći kriteriji za postavljanje dijagnoze.

Izraženi i trajni nedostaci u socijalnoj komunikaciji i interakciji koji uključuju sljedeće:

- 1) Značajni nedostaci u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji tijekom socijalnih interakcija.
- 2) Nedostatak recipročnosti u socijalno - emocionalnom kontaktu.
- 3) Poteškoće u razvijanju, održavanju i razumijevanju međuljudskih odnosa.
- 4) Repetitivni i ograničeni obrasci ponašanja, interesa i aktivnosti koji uključuju najmanje dva od sljedećeg:
 - a) Stereotipna motorička ili verbalna ponašanja.
 - b) Pretjerano pridržavanje rutina i rituala u ponašanju.
 - c) Fiksirani i ograničeni interesi.
 - d) Neuobičajena obrada senzornih informacija

Kao i kod svih bolesti i stanja, rano postavljanje dijagnoze, uključujući i Aspergerov sindrom, neophodno je za bolji ishod i napredak djeteta.

4. OBILJEŽJA ASPERGEROVOG SINDROMA

4.1. Socijalno ponašanje

Društvo pojedinca procjenjuje prema vanjskom izgledu kako se izražava i ponaša. Dijete s Aspergerovim sindromom nema specifičnih tjelesnih karakteristika ili ograničenja, međutim primjetna su neuobičajena društvena ponašanja i komunikacijske vještine.

Carina i Christopher Gillberg 1989. godine (prema Attwood, 2010) opisali su šest kriterija za procjenu Aspergerovog sindroma, od čega se dva odnose na odnose na procjenu socijalnog ponašanja.

Prvi kriterij procjenjuje odstupanja u socijalnom funkcioniranju, a navedena su četiri obilježja, od kojih dva moraju biti prisutna u djetetovom ponašanju. Ovaj kriterij preispituje postoje li četiri obilježja, a to su: nesposobnost za održavanje odnosa s vršnjacima, odsustvo potrebe za vršnjačke interakcije, nedostatak razumijevanja socijalnih signala te neprimjereno emocionalno i socijalno ponašanje.

Drugi kriterij odnosi se na neverbalnu komunikaciju, koja ujedno utječe i na odstupanja u socijalnom ponašanju. Promatra se postoje li neuobičajeni izrazi, karakterističan i ukočen pogled, nespretan i neskladan govor tijela, manjkava uporaba gesti te ograničeni i neprilagođeni izrazi lica. Kriterij je zadovoljen ako je prisutno barem jedno obilježje u djetetovom ponašanju.

Peter Szatmari i suradnici (prema Attwood,2010) iste su godine objavljuju pet dijagnostičkih kriterija, a neuobičajena obilježja društvenog ponašanja analiziraju se u trima. Naglašeno je nekoliko elemenata koji se ne spominju izravno u prethodnim kriterijima kao što su: teškoće s prepoznavanjem tuđih osjećaja, smanjena mogućnost neverbalne komunikacije, smanjeno uspostavljanje kontakta očima, te manjak osjećaja za osobni prostor druge osobe. Ovi dijagnostički kriterij, ukoliko su pozitivni, ukazuju na određeno disfunkcionalno socijalno ponašanje.

Nadalje, dijete s Aspergerovim sindromom u ranoj dobi ne ostavlja dojam ostvarivanja potrebe za interakcijom s vršnjacima ili ne zna kako ih ostvariti. Dapače, takva djeca ostavljaju dojam da im odgovara samoća i to zato što su usredotočena na sebe. Socijalni kontakt im odgovara do trenutka dok oni određuju pravila igre, a izbjegavaju ga baš ako nemaju kontrolu nad situacijom. Također su im nerazumljiva određena pravila u društvu, te mogu nehotice svojim postupcima uvrijediti druge ljude.

Kontakt očima djeca s Aspergerovim sindromom često ne uspostavljaju. Razlog tomu, navodi Attwood (2010, str. 54.) je prekidanje koncentracije prilikom ostvarivanja kontakta očima. Tome također pridonosi i ne razumijevanje važnosti uspostavljanja kontakta očima.

Čak i kada se tijekom produkcije zahtjeva koriste pokazivanje i kontakt očima, oni nisu koordinirani i ne uključuju normalno gledanje s objekta želje na komunikativnog partnera (Mundy, Sigman, Ungerer i Sherman, 1986).

4.2. Kognitivne sposobnosti

Kognicija je proces spoznavanja i uključuje mišljenje, učenje, pamćenje i maštu. (Attwood, T. 2010, str. 112).

Djeca s Aspergerovim sindromom imaju velike intelektualne kapacitete za pohranu podataka i raznih informacija, međutim istraživanja su pokazala da imaju smanjenu sposobnost razmišljanja i rasuđivanja o tuđim mentalnim stanjima (Attwood, 2010, prema Frith, 1898., Happè 1994).

To znači da postoje određene teškoće u doživljavanju i prihvaćanju tuđih misli i osjećaja.

„Postoje i istraživački i klinički podaci koji pokazuju da osoba može posjedovati znanje o psihičkim procesima drugih ljudi, no nije kadra to znanje učinkovito primijeniti” (Bowler, 1992, prema Attwood 2010). Kao primjer Attwood (2010) također navodi situaciju u kojoj dijete s Aspergerovim sindromom bez odobrenja djeteta uzima njegovu omiljenu igračku te kada mu je postavljeno pitanje kako bi se osjećalo dijete kojemu je uzelo igračku, dijete je dalo zadovoljavajući odgovor, međutim, u trenutku u kojem je uzimalo igračku ta misao kod njega nije bila prisutna. Dakle, znanje je kod djeteta prisutno, ali mu to nije značajno, stoga je djetetu potrebna poduka o posljedicama koje bi se mogle dogoditi u određenim situacijama.

Nadalje, Elizabeth Wurst, suradnica Hansa Aspergera primjenom je normiranih testova inteligencije prepoznala specifične intelektualne sposobnosti koje su prisutne kod osoba s Aspergerovim sindromom.

Preda su osobe imale zadovoljavajuće rezultate u razumijevanju značenja riječi, poznavanju aritmetike te poznavanju činjenica, pojedine osobe imale su nesklad između neverbalnog i verbalnog kvocijenta inteligencije (Attwood, 2010, Ellis i sur. 1994., Klin i sur., 1995)

Drugim riječima, dijete će djelovati natprosječno inteligentno, međutim, nakon testiranja formalne procjene intelektualnih mogućnosti, vjerojatno je da će sveukupni kvocijent inteligencije biti znatno niži.

„To je posljedica njihova relativno slabijeg uspjeha na drugim testovima, napose u razumijevanju, razvrstavanju slika i nelogičnostima.” (Attwood, 2010).

Attwood zato napominje da je pri testiranju intelektualnih sposobnosti djeteta važno dati veći značaj obrascu nego brojevima.

Djeca se uobičajeno ne sjećaju događaja koji su se dogodili prije razvoja govora, no kod djeteta s Aspergerovim sindromom uočeno je da imaju izuzetno jasna sjećanja iz ranog djetinjstva. Nadalje, zabilježena je i slabost u brzini obrade (Holdnack et al., 2011).

Rešić B. i suradnici (2007) spominju kako je za dijagnosticiranje ovoga sindroma neophodno normalno kognitivno funkcioniranje, dok Bujas Petković, Frey Škrinjar (2010, str. 52.) navode kako „intelektualna razina djece s Aspergerovim poremećajem nije značajna za postavljanje dijagnoze, iako je viša nego u djece s autizmom – iznad granice koja označava mentalnu retardaciju”. Kada govorimo o kognitivnim sposobnostima, potrebno je spomenuti i maštu (lat. imago = slika). Hans Asperger prvi je uočio sklonost stvaranju fantastičnih priča, a to su potvrdila i kasnija istraživanja.

„U suvremenoj psihologiji mašta se definira kao proces obnavljanja ranijih doživljaja, tj. sadržaja koji su pohranjeni u pamćenju (reproduktivna mašta) te njihova preoblikovanja u neke nove cjeline (kreativna mašta ili imaginacija)” (Sindik J., 2010., str. 73.).

Mašta kod djece s Aspergerovim sindromom postoji, međutim, njihove maštovite igre su neobične. Naime, dok djeca u maštovitoj igri uobičajeno zamišljaju da su likovi iz omiljenih crtića i filmova, djeca s Aspergerovim sindromom ne zamišljaju da su neki lik iz crtića odnosno osoba, već neki predmet. Nadalje, Attwood navodi kako djeca s Aspergerovim sindromom u ranom djetinjstvu ponekad mogu imati problem pri razlikovanju stvarnog i imaginarnog svijeta. Malu djecu ponekad mogu uznemiriti prikazani ili pročitani događaji baš zbog toga što ih percipiraju kao realnost. U adolescenciji događa se obrnuta situacija, naime, oni su skloni pobjeći u svoj svijet mašte, što može biti i jedan od simptoma depresije.

Osobe s Aspergerovim sindromom koriste uglavnom vizualni stil razmišljanja. S obzirom da je u školskom programu zastupljeno verbalni stil mišljenja, djeca s Aspergerovim sindromom ponekada imaju poteškoća s prilagođavanjem. Međutim, postoje i mnoge prednosti vizualnog mišljenja, kao što su nadarenost za biljar ili šah. Zanimljivost koju Attwood (2010) navodi jest da je vizualno mišljenje imao Albert Einstein. Čak je istraživanje Grandina (1988) pokazalo kako su Einstein i pojedini članovi njegove obitelji imali elemente Aspergerovog sindroma. Dakle, osobe odnosno djeca s Aspergerovim sindromom imaju neobičan i drugačiji način razmišljanja, te su zbog toga često neshvaćeni.

4.3. Govor i jezik

Djeca s Aspergerovim sindromom u pravilu progovaraju kasnije od uobičajenog, međutim, kada nauče govoriti imaju potrebu neprestano postavljati pitanja te vode jednostrane razgovore. Razvoj govora odnosno fonologije i sintakse kod djece s Aspergerovim sindromom jednak je kao i u djece pravilnog govornoga razvoja, no postoji distinkcija u specifičnim područjima semantike, pragmatike i prozodije. To znači da će dijete razviti fluentan govor, gramatički će pravilno izgovarati riječi, no uporaba jezika u socijalnome kontekstu biti će manjkava.

Također se pojavljuje nerazumijevanje višeznačnosti određene riječi te postojanja različite visine glasa, ritma ili naglaska. Attwood (2010) također spominje kako je osobama s Aspergerovim sindromom tijekom razgovora ponekad potrebno napraviti dulju stanku kako bi razmislili što žele odgovoriti te ako im je tema nepoznata mogu pokušati izbjeći odgovoriti, a skloni su i promijeniti temu. Ovaj sindrom odlikuje neobičnom karakteristikom irelevantnih komentara nevezanih uz trenutnu temu razgovora, što je često zbunjujuće za sugovornika. Uzrok ovog obrasca ponašanja tijekom razgovora nije objašnjen.

Ponekada, tijekom razgovora, dijete s Aspergerovim sindromom može prekinuti sugovornika, što je povezano s nedostatkom razumijevanja neverbalne komunikacije (govor tijela, kontakt očima i sl.)

Nadalje, dijete s Aspergerovim sindromom često doslovno tumači rečenice višestrukog značenja konkretno, dijete će imati poteškoće u razumijevanju metafora, sarkazma, igre riječima, šala, ponekih fraza i idioma (npr. *Iz vedra neba, glas ti puca* i sl.)

Fine i sur. (1991) navode kako djeca s Aspergerovim sindromom nemaju promjena u visini tona, ritmu i naglascima, odnosno melodičnosti govora (prema Attwood 2010). Njihov govor može djelovati monotono s pretjerano izraženom dikcijom.

Baron-Cohen i Staunton (1994) primijetili su kako se ponekad naglasak djeteta ne podudara s naglascima djece tog podneblja, makar je za očekivati da će usvojiti naglasak svojih vršnjaka (prema Attwood 2010). U kasnijoj dobi dijete razvija pretjerano formalan ili pedantan govor. Pojedina djeca mogu izmišljati jedinstvene riječi u svojoj primjeni jezika. Izgovaranje misli tijekom igre karakteristično je za malu djecu, međutim, djeca s Aspregerovim sindromom ponekad nastavljaju izgovarati misli i u kasnijoj dobi u kojoj je očekivano da to više ne rade. Razlog za ovo ponašanje može biti uvježbavanje razgovora koji se potencijalno mogu dogoditi te ih ponavljanjem dijete utvrđuje pokušavajući ih razumjeti.

Nadalje, postoje određene smetnje da dijete bude usredotočeno na glas osobe koja govori paralelno s drugim osobama ili je govor percipiraju drugačije odnosno iskrivljeno.

Govor djece s Aspergerovim sindromom je fluentan te često govore previše. Dijete na taj način želi istaknuti svoje znanje te verbalnu fluentnost. Dijete pak može otići u drugu krajnost, da gotovo i ne priča. To se može dogoditi kao posljedica razvijene anksioznosti.

Kod pojave anksioznosti može se pojaviti i mucanje, te je iz tog razloga potrebno pomoći djetetu kako bi se anksioznost smanjila.

4.4. Motorika

Motorički razvoj se može definirati kao proces kroz koji dijete uči obrasce kretanja i motorička znanja (Malina, Bouchard, Bar - Or, 2004 prema Krmpotić 2015)

Motoričke kretnje, ravnotežu, tjelesni stav, pokrete ekstremiteta i tonus mišića kontrolira i regulira mali mozak. Istraživanja su pokazala da postoje određene abnormalnosti malog mozga (Attwood 2010).

Manjiviona i Prior (prema Attwood 2010) navode kako se jedan od prvih znakova motoričke nespretnosti javlja u periodu kada bi malo dijete trebalo prohodati, dok djeca s Aspergerovim sindromom prohodaju s nekoliko mjeseci kašnjenja.

U predškolskoj dobi djeca s Aspergerovim sindromom su nespretna u hvatanju i bacanju lopte, hod i trčanje djeluju nezgrapno te kod vezanja vezica na obući imaju određenih poteškoća. Kasnije u školskoj dobi, rukopis djeteta može biti izuzetno nečitljiv i neuredan te učitelj može primijetiti lošu koordinaciju pri izvođenju određenih vježbi. Dakle, motorička nespretnost utječe i na fine i grube motoričke vještine.

Kretanje i pokreti djeluju nezgrapno, a kod pojedine djece izostaje prirodan zamah ruku tijekom hodanja (Gillberg 1989, prema Atwood 2010).

Hallet i sur.,1993. (prema Attwood, 2020) navode kako postoji pomanjkanje koordinacije između donjih i gornjih ekstremiteta. Plivanje je aktivnost koja je najmanje pogođena.

Vještine preciznog hvatanja i bacanja lopte su posebno pogođene kao i dodavanje lopte nogom. Pokreti pri hvatanju lopte nisu pravilno koordinirani. Nadalje, Manjiviona i Prior 1995., (prema Atwood 2010) navode kako netom prije izbačaja lopte dijete ne gleda u smjeru u kojem baca loptu. Postoji mogućnost da će dijete izbjegavati aktivnosti koje uključuju igre loptom baš zbog osjećaja nekompetentnosti ili će ih društvo samo isključiti zbog loših rezultata. Smetnje postoje i kod održavanja ravnoteže. Može postajati neusklađenost sinkroniziranih pokreta ruku (korištenje pribora za jelo) i nogu (vožnja bicikla). Jedno od obilježja su i labavi zglobovi, no nije poznato je li riječ o slabijem mišićnom tonusu ili o strukturalnim nepravilnostima.

Karakteristika koju je Hans Asperger (1991, prema Attwood 2010) zapazio i zabilježio kod djece jest aritmičnost i to najčešće kada trebaju biti usklađeni s drugim osobama, što je uočljivo tijekom hodanja, muziciranja itd.

Kod djece s Aspergerovim sindromom i autizmom primijećeni su i Tourettov sindrom katatonija te parkinsonska obilježja koji pripadaju poremećajima pokreta (Attwood, 2010)

Simptomi Tourettovog sindroma podijeljeni su u tri kategorije: ponašajni, vokalni i motorički. Motorički se manifestiraju kao tikovi, a uključuju grčeve lica, brzo treptanje, slijeganje ramenima i trzanje nogu i ruku. Mogu se pojaviti poskakivanje i grčenje.

Nekontrolirani i neartikulirani zvukovi poput gundanja i krikova pripadaju vokalnim simptomima kao i eholalija i palilalija. Opsesivno – kompulzivna ponašanja pripadaju ponašajnim simptomima. Katatonične osobe imaju neuobičajene položaje ruku te naglih prekida pokreta.

Manjiviona i Prior (1995) u svome su radu naznačili kako je pri mjerenju normama Testa motoričkog oštećenja u grupi s Aspergerovim sindromom 67% osoba imalo značajna motorička oštećenja (prema Klin A., Volkmar F.R., Sparrow S.S., 2000).

Šimleša, i Ljubešić (2009) navode kako je motorička nespretnost tipična za Aspergerov sindrom, no za postavljanje dijagnoze nije nužna te spominju kako između stručnjaka postoji neslaganje. Navode i kako pojedini autori smatraju motoričku nespretnost neizostavnim simptomom sindroma (Asperger, 1944; Wing, 1981; Tantam, 1988; Gillberg i Gillberg, 1989; Klin, Volkmar, Sparrow, Cicchetti i Rourke, 1995), dok drugi smatraju da nespretnost nije uvijek prisutna kod osoba s Aspergerovim sindromom (Szatmari, Bremner i Nagy, 1989; Američka psihijatrijska udruga, 1994) (prema Šimleša, Ljubešić, 2009)

Bez obzira što se javlja neslaganje oko motoričke nespretnosti kao jednog od kriterija za postavljanje dijagnoze Aspergerovog sindroma Attwood navodi kako je ona nedvojbeno prisutna.

4.5. Interesi i rutine

Prema priručniku DSM – IV nespecifični interesi i rutine pripadaju kriterijima za dijagnosticiranje Aspergerovog sindroma (Američka psihijatrijska udruga 1996).

Interesi koji prevladavaju u razgovorima te rutine koje su neizostavne specifični su obrasci ponašanja koji su primijećeni kod osoba s Aspergerovim sindromom.

Interesi koji okupiraju dijete s Aspergerovim sindromom nemaju poveznicu s trenutnim interesima među vršnjacima.

Također postoji razlika između interesa kod djeteta s autizmom i Aspergerovim sindromom.

Naime, kod autizma posebni interesi ograničeni su na objekte, dok su djeca s Aspergerovim sindromom fokusirana na prikupljanje mnoštva informacija o određenoj temi. Najčešće su takva djeca zainteresirana za dinosaure, prijevoz (određena prijevozna sredstva, npr., vlak, autobus) znanost i elektroniku.

Volkmar i Klin (2000) u svom radu navode kako interesi u ranoj dobi djeteta mogu djelovati primjereno dobi, međutim s odmakom vremena dijete će usvojiti mnoštvo podataka o temi kojom je zaokupljen (prema Šimleša, Ljubešić, 2009).

Dijete se može zainteresirati i za umjetnost (arhitektura, perspektiva te opčinjenost detaljima).

Isto tako, djeca predškolske i školske dobi mogu se zainteresirati za oponašanje životinje ili neke osobe. Bez obzira što je za ovu vrstu interesa potrebno poprilično kreativnosti i mašte, igra je osamljenička.

Posebni interesi kod djece s Aspergerovim sindromom pojavljuju se kako bi dijete pospješilo razgovor, naglasilo inteligenciju, uspostavilo dosljednost i red te mu služe kao sredstvo opuštanja i ugone. To znači da će djetetu biti prirodno govoriti o svojim interesima, a na taj će način izbjeći neželjene teme u kojima je možda potrebno uključiti empatiju, a istaknuti će svoju inteligenciju što im je vrlo važno. Nadalje, s obzirom na nesigurnosti kod neočekivanih i promjenjivih situacija, posebni interesi doprinijeti će u uspostavljanu dosljednosti i reda. Attwood (2010) ističe kako su osobama s Aspergerovim sindromom računala zanimljiva baš zato jer isključuju socijalni kontakt, a funkcioniraju logično, dosljedna su te nemaju varijabilne promjene raspoloženja.

Rutine nam pomažu kako bismo u životu umanjili nesigurnosti te ga na taj način učinili predvidljivim i organiziranijim. S obzirom da se kod osoba s Aspergerovim sindromom javlja nesigurnost, a posljedično i anksioznost, kako bi smanjili anksioznost uspostavljaju rituale ili rutine.

4.6. Osjetljivosti

Hans Asperger je u svom prvom opisu skrenuo pozornost na preosjetljivosti osjetila, posebice dodira, okusa i mirisa (Asperger, 1944., Talay-Ongan i Wood, 2000. prema Blakemore i sur. 2006). Djeca iz spektra autizma ponekada su iznimno osjetljiva na pojedine zvukove i dodire, ali mogu imati i smanjenu percepciju boli. Rimland (1990) navodi kako se kod otprilike 40% autistične djece pojavljuje neka abnormalnost osjeta. Pojavnost bi mogla biti ista i kod djece s Aspergerovim sindromom, pokazala su neka istraživanja (Garnett i Attwood 1995; Rimland 1990, prema Attwood, 2010). Uobičajeni podražaji osobama čiji je osjetni sustav pogođen mogu biti izrazito intenzivni i nepodnošljivi. Također može biti pogođeno više osjetnih sustava. Preosjetljivosti su najčešće slušna i dodirna, no javljaju se osjetljivosti i na okus, miris i svjetlo. Kod osoba s Aspergerovim sindromom može se pojaviti i smanjena osjetljivost na temperaturu i bol.

Kod slušne osjetljivosti klinička opažanja pokazala su kako postoje tri tipova buke koju djeca s Aspergerovim sindromom doživljavaju kao intenzivne. Neočekivani i oštri zvukovi poput zvona telefona, laveža psa, kašlja i sl., pripadaju prvoj skupini.

Drugo skupini slušnih podražaja odnosi se na konstantne zvukove visoke frekvencije, a to su zvukovi koje proizvode određeni kuhinjski aparati, uređaji u kupaonici i vrtna mehanizacija. Trećoj skupini pripadaju zvukovi koji su složeniji, a pojavljuju se tijekom socijalnih događanja ili u trgovačkim centrima.

„Jedno od svojstava akutne slušne osjetljivosti jest stupanj varijacija u osjetljivosti”. (Atwood, 2010, str. 132.). Naime, percipiranje određenog zvukova jedan dan će biti nepodnošljivo, dok će ih druge dane definirati kao nelagodne, ali podnošljive.

Taktilna osjetljivost javlja postoji kod određenog intenziteta dodira ili pri dodirivanju nekih dijelova tijela. Djeca s Aspergerovim sindromom intenzivne podražaje pri dodiru nadlaktica, dlanova i kože na glavi. Nadalje, određene teksture poput plastelina su im odbojne za dodirivanje, kao i određene vrste tkanina. Određeni okusi hrane kao i tekstura ponekoj djeci izuzetno je odbojna u ranoj dobi, međutim, dijete će odrastajući često ovu vrstu preosjetljivosti prevladati. Vidna osjetljivost rijetko se javlja općenito u spektru autizma, a kada je prisutna manifestira se kao osjetljivost na intenzitet osvjetljenosti, određene boje te perceptivna distorzija.

Prag boli kod djece s Aspergerovim sindromom izuzetno je visok, što napominje Attwood (2010) kod nekih stanja (akutne upale npr. slijepoga crijeva) može biti izuzetno opasno, te je dijete neoprezno u aktivnostima s obzirom da ga bol ne sprječava u izbjegavanju opasnih situacija. Također se može dogoditi da dijete ne osjeća hladnoću ili toplinu, pa će tijekom zimskih dana nositi ljetnu odjeću ili će bez teškoće piti vrelo piće.

Blakemore i sur. (2006) navode kako unatoč svim izvješćima o osjetljivostima osoba u spektru autizma, još uvijek postoji nedostatak empirijskih istraživanja.

5. ASPERGEROV SINDROM U PREDŠKOLSKOJ DOBI I STRATEGIJE POMOĆI

„Studije su pokazale da se kod vrlo male djece specifičnom intenzivnom terapijom postiže smanjenje težine simptoma” (Popičević i sur.,2015 prema Thurm, Bishop i Sumway, 2011). Roditelji djece s poremećajima iz spektra autizma razvojna odstupanja uglavnom prepoznaju prije navršene druge godine života. Istovremeno, nova istraživanja pokazuju da se ta odstupanja mogu primijetiti čak i prije nego što dijete napuni godinu dana života (Popičević i sur., 2015 prema Bolton i sur., 2012).

Kada roditelji primijete određena razvojna odstupanja potražiti će pomoć stručne osobe, što se najčešće događa prije treće godine djetetova života. Dijagnoza poremećaja iz autističnog spektra obično se postavlja oko četvrte godine (Popićević i sur.,2015 prema Centers for Disease Control and Prevention, 2012). Ranom identifikacijom doprinijeti će se poboljšanju jezičnih sposobnosti i socijalnih odnosa, prilagodbi ponašanja čime će se reducirati neželjena ponašanja.

5.1. Metode intervencije, tretmana i podrške

5.1.1. Primijenjena analiza ponašanja (Applied Behavior Analysis)

Primijenjena analiza ponašanja pripada bihevioralnom pristupu u tretmanu autizma, oslanja se na precizno razumijevanje veze između onoga što se događa prije određenog podražaja i posljedica koje slijede te se dobivene informacije koriste kako bi se planirao proces željenog učenja i programa za mijenjanje ponašanja. Primijenjena analiza ponašanja, osim što se fokusira na promjenu ponašanja pojedinca, također se bavi prilagodbom okoline, komunikacije, načina interakcije i obrazovnih resursa kako bi se prilagodio podučavanje prema specifičnim potrebama te osiguralo bolje razumijevanje i uspjeh pojedinca. Ova metoda omogućuje podršku osobama s autizmom i sličnim razvojnim poremećajima na različite načine, uključujući: poučavanje novih vještina, jačanje i održavanje već usvojenih vještina, prijenos ponašanja iz jednog okruženja u drugo, kontrolu ili usmjeravanje okolnosti pod kojima se određeno ponašanje javlja, smanjenje neželjenih ponašanja i zamjenu tih ponašanja poželjnim alternativama. U procesu rada s osobama koje imaju autizam, primijenjena analiza ponašanja koristi dvije osnovne tehnike: metodu podučavanja kroz diskriminativne zadatke (DTT) i metodu poticanja bitnih reakcija (PRT). (Linčić,2022). Metoda učenja putem diskriminativnih naloga uključuje učenje željenog ponašanja dijeljenjem lekcija na manje komponente pri čemu se poželjna ponašanja nagrađuju, dok se neželjena ponašanja ignoriraju odnosno iskazuju se jasni povratni signali da ponašanje nije ispravno. Kroz učenje bitnih reakcija, nastoji se povećati motivaciju i podučiti važne vještine (npr. jezično – komunikacijske) u prirodnom okruženju umjesto kliničkom.

5.1.2. TEACCH program (Treatment and Education of Autistic and Related Communication-Handicapped Children)

TEACCH program pripada ekološkom i zdravorazumskom pristupu, a oslanja se na vanjsku podršku posredovanu putem vizualnih sredstava. Osnova programa su načela primijenjene analize. Principi programa su stroga struktura, univerzalnost i dosljednost, što znači da

primjena ovog programa ne smije biti selektivna odnosno djelomična. Ovaj program u potpunosti je prilagođen kognitivnom stilu osoba u spektru autizma, olakšava razumijevanje slijeda događaja i predviđanje, uvažava potrebu za rutinama te osigurava uspješnost. Ovaj program se temelji na individualiziranom pristupu, kao i na funkcionalnosti. To znači da je pristup usmjeren na pojedinca i usko povezuje ponašanje s konkretnim situacijama i okolnostima u kojima se program primjenjuje. Komunikacija, socijalni odnosi, ponašanje, slobodno vrijeme i radne vještine su područja na koja se utječe TEACCH programom. Na području komunikacije, kod osoba s nerazvijenim govorom upotrebljavaju se komunikacijska ploča, slikovne kratice te sustav kartica s pojmovima i riječima. Kod osoba koje već imaju razvijen govor fokus je na samoj komunikaciji i socijalnoj kompetenciji s posebnim naglaskom na funkcionalnost komunikacije. Potiču se socijalne interakcije, te se nastoji poboljšati socijalno razumijevanje i socijalna pažnja kao i razumijevanje normi i pravila ponašanja. Prilagodбом okoline prema specifičnim potrebama osobe s poremećajem iz autističnog spektra, sprječavaju se i smanjuju nepoželjni oblici ponašanja. Pravilna organizacija prostora ključna je komponenta implementacije TEACCH programa. Kroz postavljanje vizualnih uputa u okolini, djetetu s poremećajem iz autističnog spektra pomaže se da jasno razumije svoje zadatke, gdje treba biti, kako doći do određenog mjesta i što treba raditi. Ovo usmjeravanje kroz vizualne smjernice pomaže u smanjenju distrakcija i olakšava fokusiranje djeteta na svoje zadatke. Da bi se program TEACCH pravilno provodio, važno je da radni materijali budu jasno označeni i organizirani prema razini razumijevanja svakog djeteta. Prilikom planiranja metoda podučavanja, odgajatelj treba uzeti u obzir sljedeće faktore: privući djetetovu pozornost prije nego što se daju upute, prilagoditi govor djetetovoj razini razumijevanja, kombinirati verbalne instrukcije s gestama kako bi se pomoglo djetetu s poremećajima iz spektra autizma u razumijevanju, osigurati da verbalne instrukcije sadrže dovoljno informacija kako bi dijete moglo izvršiti zadatak što samostalnije organizirati i smjestiti materijale na način koji pomaže djetetu u razumijevanju uputa i izvršavanju zadataka.

5.1.3. PECS – Sustav komunikacije razmjenom slika

PECS (Picture Exchange Communication system) je sustav komunikacije koji se temelji na upotrebi vizualnih sredstava poput slika, simbola ili ikona, koje osoba fizički koristi kako bi izrazila svoje potrebe, želje ili ideje komunikacijskom partneru. Svrha upotrebe ovog sustava je razvoj verbalne komunikacije, razvoj socijalnih vještina te povećavanje samopouzdanja pojedinca s poteškoćama u govoru ili spektru autizma. Kroz PECS, djeca uče pristupiti i predati sliku ili simbol koji predstavlja željeni predmet svom komunikacijskom partneru kako bi dobila

taj predmet. Ovaj program jednostavan je za primjenu. S obzirom da malo djeteta socijalnu nagradu ne razumije, važno se prilagoditi interesu djeteta pri vježbanju komunikacije.

PECS se provodi kroz šest faza, koje uključuju: učenje razmjene, proširenu uporabu, upotrebu različitih funkcionalnih komunikacijskih simbola, konstruiranje rečenica, upotrebu gramatičkih struktura te razvoj neovisne komunikacije. Faza učenja zamjene početna je faza u kojoj dijete uči način zamjene slikovnog simbola za određeni predmet ili aktivnost koju želi. Ova je faza temelj sustava komunikacije PECS-a. U fazi proširene primjene korištenje PECS-a se nadograđuje na različite situacije i okruženja, omogućujući djetetu izražavanje svojih potreba i želja u različitim situacijama i s različitim osobama. U fazi različitih komunikacijskih simbola dijete uči koristiti više raznolikih slikovnih simbola koji imaju različite svrhe u komunikaciji kao što su izražavanje želja, izražavanje nelagode ili označavanje zaustavljanja. U fazi sastavljanja rečenica, osoba uči stvarati rečenice koristeći slikovne simbole. Umjesto da koristi pojedinačne simbole za svaku stvar ili aktivnost, osoba uči kako kombinirati simbole kako bi oblikovala rečenice (npr. "Želim sok"). Faza korištenja jezičnih struktura uključuje učenje primjenjivanja osnovnih jezičnih struktura poput glagola, pridjeva, priloga i sl. kako bi stvarala složenije rečenice. Zadnja faza je razvoj neovisne komunikacije. U ovoj fazi glavni cilj je potaknuti dijete da razvije sposobnost neovisne komunikacije bez potrebe za slikovnim simbolima kao podrškom. S obzirom da PECS simulira proces razvoja govora kod djece, također može služiti kao most prema razvoju verbalne komunikacije kod neke djece s autizmom. Prednosti PECS sustava uključuju brz proces učenja (nekoliko tjedana ili mjeseci) i primjenjivost u različitim situacijama (simboli su razumljivi svima).

5.1.4. Model RIO – floortime

Floortime je jedan od razvojnih terapijskih programa koji se često koristi za rad s djecom u spektru autizma, a razvio ga je dr. Stanley Greenspan. Ovaj pristup fokusira se na razvoj socijalnih i emocionalnih vještina kod djece te promovira individualni pristup svakom djetetu, uzimajući u obzir njihove specifične potrebe i različitosti. Naglašava da se većina intelektualnih sposobnosti stečenih u prvih pet godina života temelji na emocionalnim iskustvima i interakcijama s drugima. To je aktivnost u kojoj se terapeut ili odrasla osoba (odgojitelj, roditelj i sl.) igra s djetetom na podu ili na razini djetetovih interesa. Ciljevi su uspostavljanje kontakta s djetetom pri čemu ono vodi u igri te uvođenje djeteta u svijet zajedničke pažnje - pažnja djeteta i odrasle osobe usmjerena je prema istom objektu, što dijete potiče da se poveže s drugim ljudima i okolinom. Floortime proces provodi se kroz pet koraka: opservaciju, pristupanje i

pokretanje ciklusa komunikacije, slijediti vodstvo djeteta, produženu i proširenu igru, dijete zatvara komunikacijski krug. Na početku odgajatelj/roditelj promatra i sluša dijete, njegovu neverbalnu komunikaciju (geste, ton glasa, facijalna ekspresija...) što pomaže osobi kod pristupa djetetu. Kada je djetetovo raspoloženje utvrđeno, osoba prilazi djetetu te se prilagođava djetetovim interesima. Djetetu treba biti partner u igri prihvaćajući njegovo vodstvo što će potaknuti osjećaj samopouzdanja. Dijete će na ovaj način dobiti pozitivno iskustvo, bliskost i razumijevanje. Odrasla osoba će utjecati na razvoj kreativnog mišljenja kod djeteta postavljanjem pitanja, te će na taj način pomoći djetetu da postane svjesno svojih emocionalnih stanja. Zadnji korak je zatvaranje kruga komunikacije. Dijete će reagirati vlastitim komentarima i gestama na komentare i geste svojih roditelja. Na ovaj način dijete počinje shvaćati vrijednost komunikacije općenito te dvosmjernu komunikaciju.

5.1.5. Socijalne priče (Social Stories)

Socijalne priče su prilagođene i temeljito osmišljene priče koje se stvaraju kako bi se pojedincima s poremećajem iz spektra autizma (prema Lešković K. (2016)). Cilj socijalnih priča je olakšati osobama u spektru autizma razumijevanje socijalnih interakcija, društvenih normi i očekivanog ponašanja. Socijalne priče se usredotočuju na prednost osoba s poremećajem iz spektra autizma, koja često uključuje bolje razumijevanje uz pomoć vizualnih uputa. Na ovaj način socijalne priče indirektno pomažu djetetu razumjeti svaku situaciju, a samim time se sprječavaju neželjena ponašanja.

5.2. Rad odgojitelja i integracija djece s poremećajem iz spektra autizma u odgojno-obrazovnom programu

Uključivanje djece s poremećajima iz autističnog spektra u odgojno-obrazovni program važno je započeti što ranije. Osim toga od velike je važnosti da odgojitelj poznaje karakteristike poremećaja iz spektra autizma kako bi što bolje mogao razumjeti ponašanja i prepoznati mogućnosti djeteta u spektru autizma, ali i prepoznati i djetetove jake strane, sposobnosti i interese. Inkluzivno obrazovanje prilagođava se raznolikim potrebama djece u odgojno – obrazovnom kontekstu te se temelji na aktivnom sudjelovanju i jednakom uključivanju svih sudionika ustanova za odgoj i obrazovanje. „U inkluzivnom odgojno-obrazovnom okruženju djeca dobivaju mogućnost da nauče istinski poštivati jedni druge i zajedno učiti” (Bouillet 2019,

str.12). Stručni suradnici vrtića zajedno razmatraju mogućnosti poboljšanja materijalnih i organizacijskih uvjeta kako bi olakšali prilagodbu djece s teškoćama u razvoju.

Budući da je inkluzivno obrazovanje fluidan proces i da se neprestano razvija, stručni suradnici i odgojitelji provode prilagodbe kad god je to potrebno kako bi se poboljšala integracija djece s teškoćama u razvoju. Cilj je stvoriti odgovarajuće okruženje koje udovoljava potrebama svakog djeteta s teškoćama u razvoju, umjesto da se pokušava prilagoditi dijete postojećim uvjetima.

Prema službenim statistikama, približno 2% djece s teškoćama u razvoju trenutno sudjeluje u predškolskom odgoju i obrazovanju (Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. godine, Vlada RH, 2007.). Već dulje vrijeme zakonski propisi u Hrvatskoj podržavaju i potiču integraciju djece s teškoćama u razvoju u redovni obrazovni sustav. Prilikom upisa u dječji vrtić djeca s teškoćama u razvoju se ne ocjenjuju bodovima tijekom postupka upisa, već dobivaju prednost na osnovu priložene dokumentacije. U skupini u kojoj je uključeno dijete s teškoćama u razvoju potrebno je osigurati dodatnog odgajatelja ili asistenta (Miloš, Vrbić 2015).

Prije uključivanja djeteta s poremećajem u spektru autizma u redovni odgojno – obrazovni sustav bilo bi korisno da se odgajatelj informira o poteškoćama, ali i pozitivnim karakteristikama djeteta, njegovim interesima, potrebama i sposobnostima.

5.3. Podrška roditeljima i izgrađivanje suradničkih odnosa

U odrastanju svakog djeteta, neupitna je važnost uloge roditelja, a ona postaje još važnija kada je u pitanju dijete s poteškoćama u razvoju. Iako se prije pogrešno poimala priroda i uzrok autizma te roditelji nisu bili uključeni u proces liječenja, danas je njihova uloga ključna u svim postupcima kroz koje prolazi njihovo dijete. Osim rehabilitatorovog znanja o autizmu, razumijevanje roditelja je temelj za suradnju roditelja i rehabilitacijskog stručnjaka. Roditelji su uporište djetetu s poremećajem u autističnom spektru pošto s njim od vrtića do odrasle dobi prolaze sve situacije i životna razdoblja. Za razliku od ostalih, ti su roditelji primorani na bezbrojne interakcije s različitim medicinskim, edukacijsko – rehabilitacijskim i drugim profesionalcima, tako da su već od školskog uzrasta svojeg djeteta s autizmom oni u ambulantama, savjetovalištim, centrima za rehabilitaciju i drugim službama podrške provedu više vremena nego roditelji djece bez teškoća u razvoju (Bujas Petković i sur. 2010). Roditelji su ključna veza između djeteta i odgajatelja, jer iako život provode u neizvjesnosti i zabrinutosti za svoje dijete, najbolje ga poznaju te mogu stručnjacima mnogo toga reći.

Slušajući roditelje, stručnjaci će lakše prilagoditi odgovarajuće postupke u komunikaciji. Svaki roditelj ima tri zadatka - zaštititi svoje dijete, pravilno ga odgojiti te uspostaviti uspješan odnos sa odraslim djetetom, a dijagnoza je prijetnja u ostvarenju bilo kojeg od ta tri cilja. Presudan trenutak za roditelje je suočavanje s dijagnozom, jer se moraju naučiti prilagoditi, preusmjeriti, preispitati i uskladiti. Pošto je već samo prenošenje informacije da je dijete drugačije ostalim članovima obitelji teško, ono postaje još teže ukoliko roditelji naiđu na predbacivanje i nerazumijevanje. Mnoga su istraživanja pokazala da roditelji doživljavaju više frustracija ako njihovu zabrinutost ne dijele i stručnjaci te odgađaju postavljanje dijagnoze ili ako postavljena dijagnoza nije jasna. (Bujas Petković i sur. 2010).

Simon Olshansky 1962. prvi uvodi pojam kronične žalosti koja označava trajno tugovanje roditelja suočenog sa dijagnozom teškog razvojnog poremećaja kod svog djeteta te neostvarenja roditeljskih očekivanja. Iako svaki roditelj različito reagira, prihvaćanje dijagnoze možemo sažeti u 5 faza: odbijanje, depresiju, ljutnju, pregovaranje i prihvaćanje. Stručnjak bi trebao biti upoznat sa svakom fazom kroz koju roditelji prolaze. Mnogi se stručnjaci i roditelji slažu da je proces oplakivanja koji nastaje saznanjem dijagnoze djeteta sličan procesu oplakivanja djeteta koje je preminulo. Dolazi do promjena rutine, posebno za majke (promjena stana, prilagođavanje u skladu s teškoćom..), a često dolazi i do narušavanja odnosa između supružnika. Roditelji djece s teškoćama imaju izuzetno zahtjevne dužnosti što ponekad izazove želju za smrću djeteta izazivajući osjećaj krivnje. Bitno je da roditelji shvate da to nije ništa neprirodno i da potraže stručnu pomoć. Roditelji od stručnjaka ne trebaju žaljenje, već razumijevanje i pomoć, kako bi roditelji znali da kroz takvu tešku situaciju ne prolaze sami. Uvelike je pomoć i druženje sa roditeljima koji također imaju dijete s poteškoćom, ali i s odraslim osobama koje imaju poteškoće kao i njihovo dijete. Kronična žalost nije bolest te ju treba prihvatiti kao nešto normalno, jer je upravo ona proces ka izlječenju. Roditelji su žrtve različitih specijalnosti koje nude brza i efikasna rješenja. Stoga je edukacija roditelja jedini način napretka. Osnovni su ciljevi edukacije roditelja smanjiti štetno ponašanje članova obitelji, poboljšati kvalitetu obiteljskog odnosa i povećati adaptivne funkcije u obitelji. (Bujas Petković i sur. 2010 str. 321). Edukacija ne služi samo kako bi se pomoglo razvoju djeteta, već kako bi se poboljšala i kvaliteta života samih roditelja. Edukacijski pristup treba roditeljima na razumljiv način dati informacije o razvoju djece, prirodi poremećaja, utjecaj poremećaja na razvoj djeteta, te metode i princip podučavanja i učenja. Bihevioralnim pristupom se educira roditelje da u učenju djeteta koriste tehnike instrumentalnog učenja te ublaže probleme u ponašanju. Ovom tehnikom se postavljaju jasna pravila, okviri ponašanja i očekivanja.

Interakcijskim pristupom se radi na odnosu roditelj- dijete, roditelja se uči o ophođenju prema djetetu u igru, kako slijediti dijete u njegovim interesima te kako odrediti pravila, očekivanja i zahtjeve. Kognitivnim pristupom roditelji uče rješavati probleme samoopažanjem, te postavljanjem realnih ciljeva. S roditeljima se može raditi u grupi, individualno, u ustanovi ili u njihovom domu. U grupnom pristupu, stručnjak treba poticati roditeljsku podršku te usmjeriti njezin način rada, a roditelji si međusobno mogu pomoći temeljem vlastitih iskustava.

6. ZAKLJUČAK

Aspergerov sindrom, kao što je već navedeno, pripada u kategoriju neurorazvojnih poremećaja. Kod djece s Aspergerovim sindromom postoje poteškoće u komunikaciji i socijalnim interakcijama, a prisutni su specifični interesi kao i stereotipna ponašanja. Simptomi se različito ispoljavaju kod djece, svako dijete je različito stoga je ključno pristupiti svakom djetetu na individualan način. Klasifikacija se mijenjala tijekom godina, a u posljednjoj reviziji DSM-5, termin "Aspergerov sindrom" je uklonjen kao dijagnostički pojam i sada se obuhvaća unutar dijagnoze poremećaja autističnog spektra. Dijagnostika Aspergerovog sindroma i poremećaja autističnog spektra obično uključuje multidisciplinarni pristup i temelji se na procjeni različitih aspekata djetetovog razvoja. Različite interpretacije stručnjaka u vezi s dijagnostičkim kriterijima za Aspergerov sindrom dovode do neslaganja što je ponekad izuzetno zbunjujuće za roditelje djece s poremećajem u spektru autizma. Postoje više metoda intervencija i terapijskih postupaka koji pomažu pojedincu s Aspergerovim sindromom da bude uspješniji u svakodnevnom životu i razvoju svojih socijalnih, komunikacijskih i adaptacijskih vještina. Neke od tih metoda su primijenjena analiza ponašanja, TEACCH program PECS – sustav komunikacije razmjennom slika, model RIO – floortime te socijalne priče (Social Stories), a primjenjive su u odgojno-obrazovnom radu. Stjecanje socijalnih vještina i njihova ispravna primjena za osobe s poremećajem autističnog spektra predstavljaju dugotrajan, složen i zahtjevan proces koji traje tijekom cijelog života. Za svaku osobu je nužno prilagoditi metode i strategije učenja jer se na taj način najvjerojatnije mogu uspješno suočiti s izazovima svakodnevnog života. Edukacija roditelja o Aspergerovom sindromu važna je jer im pomaže da bolje razumiju svoju djecu, pruže im podršku i surađuju s profesionalcima. Također pomaže u smanjenju nerazumijevanja i stigmatizacije te omogućava planiranje budućnosti djeteta.

6. LITERATURA:

1. Američka psihijatrijska udruga (1996): *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje IV*. Jastrebarsko: Naklada Slap
2. Američka psihijatrijska udruga (2014): *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje 5* Jastrebarsko: Naklada Slap
3. Arbanas G. (2020) *Novosti u MKB 11 u području seksualnog zdravlja*, Liječnički vjesnik, 414 - 419 https://lijecnicki-vjesnik.hlz.hr/pdf/11-12-2020/09_arbanas.pdf (Pristupljeno: 02.09.2023.)
4. Attwood, T. (2010) *Aspergerov sindrom- vodič za roditelje i stručnjake*. Jastrebarsko: Naklada Slap
5. Barahona-Corrêa, J. B., & Filipe, C. N. (2016). A Concise History of Asperger Syndrome: The Short Reign of a Troublesome Diagnosis. *Frontiers in Psychology*, 6 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02024> (Pristupljeno 07. kolovoza, 2023.)
6. Blakemore, S.-J., Tavassoli, T., Calò, S., Thomas, R. M., Catmur, C., Frith, U., & Haggard, P. (2006). *Tactile sensitivity in Asperger syndrome*. *Brain and Cognition*, 61(1), 5–13 - <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2005.12.013> (Pristupljeno 26.08.2023.)
7. Bouillet D. (2019) *Inkluzivno obrazovanje, odabrane teme*, Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet
8. Bujas Petković, Z., Frey Škrinjar, J. (2010) *Poremećaji autističnog spektra*. Zagreb: Školska knjiga
9. Burić H, Posokhova I. (2005) *Uloga odgajatelja i roditelja u RIO modelu* Dijete, vrtić, obitelj : Časopis za odgoj i naobrazbu predškolske djece namijenjen stručnjacima i roditeljima, Vol. 11 No. 42, 2005. (Pristupljeno: 08.09.2023.)
10. Harvard Medical School (2014) *Aspergers syndrome* https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/aspergers-syndrome (Pristupljeno 07. kolovoza, 2023.)
11. Hosseini S. A., Molla M. *Asperger syndrome*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557548/> (Pristupljeno 07. kolovoza, 2023.)
12. Khosrowabadi R., Faridi F. (2017.) *Behavioral, Cognitive and Neural Markers of Asperger Syndrome* - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5691167/> (Pristupljeno 21.08.2023.)
13. Klin A., Volkmar F.R., Sparrow S.S. (2000) *Asperger syndrome* - <http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/76260/1/25.pdf> (Pristupljeno 26.08.2023.)

14. Krmpotić M. (2015) *Motorički razvoj djece predškolske dobi*, Sveučilište u Zagrebu, Kineziološki fakultet
<https://repozitorij.kif.unizg.hr/islandora/object/kif%3A49/datastream/PDF/view>
(Pristupljeno 26.08.2023.)
15. Lešković K. (2016) *Socijalne priče kod poremećaja iz spektra autizma*, Sveučilište u Zagrebu Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet
<https://repozitorij.erf.unizg.hr/islandora/object/erf%3A50/datastream/PDF/view>
(Pristupljeno: 02.09.2023.)
16. Linčić P. (2022) *Prikaz primijenjene analize ponašanja (metode ABA) za rad s djecom i mladima s poremećajima iz spektra autizma*, Sveučilište u Rijeci, Učiteljski fakultet
<https://zir.nsk.hr/islandora/object/ufri:1057/datastream/PDF/view>
(Pristupljeno: 02.09.2023.)
17. Miloš, I., Vrbić, V. (2015). *Stavovi odgajatelja prema inkluziji*. *Dijete, vrtić, obitelj*, 20 (77/78), 60 - 63. <https://hrcak.srce.hr/file/250763> (Pristupljeno 29.08.2023.)
18. Pihler B. N. (2023) *PECS – sustav komunikacije razmjenom slika* Varaždinski učitelj-digitalni stručni časopis za odgoj i obrazovanje <https://hrcak.srce.hr/file/437750>
(Pristupljeno: 02.09.2023.)
19. Popičević K., Pavliša J.I., Šimleša S. (2015) *Razvojna procjena i podrška djeci s poremećajima iz autističnog spektra*, 19-32 Naklada Slap
<https://hrcak.srce.hr/file/250226> (Pristupljeno 26.08.2023.)
20. Prlić. N. (1997) *Zdravstvena njega*, Školska knjiga, Zagreb
21. Ružičasti oblak (2019) *Određenje komunikacijskih teškoća*,
<http://ruzicastioblak.hr/odredenje-komunikacijskih-teskoca/>
(Pristupljeno 07. kolovoza, 2023.)
22. Sindik J. (2010.) *Povezanost emocionalne kompetencije te mašte i empatije odgojitelja sa stavovima* - <https://hrcak.srce.hr/file/94856>
(Pristupljeno 21.08.2023.)
23. Sirovica B. (2020) *Metode vizualne podrške djeci s poremećajima iz spektra autizma*
file:///C:/Users/Korisnik/Downloads/zavrzni_rad_barbara_sirovica.pdf
(Pristupljeno 29.08.2023.)

24. Smith, O. & Jones, S. (2020). 'Coming Out' with Autism: Identity in People with an Asperger's Diagnosis After DSM-5. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 50 <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-019-04294-5> (Pristupljeno: 02.09.2023.)
25. Stevanović D. (2021) *Neurorazvojni poremećaji u međunarodnoj klasifikaciji bolesti, 11 izdanje (MKB – 11) Klinika za neurologiju i psihijatriju za decu i omladinu*, Beograd, Srbija - <https://aseestant.ceon.rs/index.php/engrami/article/view/32939/18614> (Pristupljeno: 02.09.2023.)
26. Šimleša, S., Ljubešić.,M. (2009). Aspergerov sindrom u dječjoj dobi, <https://hrcak.srce.hr/82962> (Pristupljeno 07. kolovoza, 2023.)
27. Tomasović S., Predojević M. (2015) *Neurorazvojni poremećaji i mogućnost njihovog prenatalnog probira*, *Acta Med Croatica*, 415-420 <https://hrcak.srce.hr/file/227211> (Pristupljeno: 02.09.2023.)
28. Vlašić-Cicvarić, I.,Modrušan-Mozetić, Z.(2004). Pervazivni razvojni poremećaji. *Medicina*. <https://repository.medri.uniri.hr/islandora/object/medri%3A2251> (Pristupljeno 07. kolovoza, 2023.)
29. Zahtila N., (2015) *Motorički razvoj djece predškolske dobi*, Sveučilište Jurja Dobrile u Puli file:///C:/Users/Korisnik/Downloads/zahtila_natasa_unipu_2015_zavrs_struc.pdf (Pristupljeno 26.08.2023.)
30. Zrilić, S. (2013) *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole*. Zadar: Sveučilište u Zadru (89-98)
31. Weiss S.(2010.) *Posebnosti socijalnog razvoja dječaka s Aspergerovim sindromom – studija slučaj* <https://hrcak.srce.hr/file/123086> (Pristupljeno 26.08.2023.)