

Poremećaji spektra autizma kod djece rane i predškolske dobi

Jurjević, Tesa

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Split / Sveučilište u Splitu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:172:438960>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-26**

Repository / Repozitorij:

[Repository of Faculty of humanities and social sciences](#)



**SVEUČILIŠTE U SPLITU
FILOZOFSKI FAKULTET**

ZAVRŠNI RAD

**POREMEĆAJI SPEKTRA AUTIZMA KOD DJECE RANE I
PREDŠKOLSKE DOBI**

TESA JURJEVIĆ

Split, 2021.

Odsjek za rani i predškolski odgoj i obrazovanje

Preddiplomski sveučilišni studij

Predmet: Razvojna psihologija

POREMEĆAJI SPEKTRA AUTIZMA KOD DJECE RANE I PREDŠKOLSKE DOBI

Student:

Tesa Jurjević

Mentor:

izv. prof. dr. sc. Darko Hren

Komentor:

mag. psych. Bruno Barać

Split, srpanj 2021.

Sadržaj:

1. Uvod.....	1
2. Povijest autizma.....	2
2.1. DSM i MKB.....	4
3. Dijagnostički kriteriji.....	5
3.1. Obilježja PAS-a	9
3.2. Teorija uma i izvršne funkcije	11
3.3. Komorbiditet	12
4. Prevencije i metode intervencije	13
4.1. ABA pristup	14
4.2. TEACCH pristup.....	16
4.3. Greenspanov model/ Floor-time	18
4.4. Metoda Son Rise.....	20
4.5. Program ravnoteže mozga	21
5. Inkluzija djece s PAS- om u vrtićku skupinu.....	22
6. Zaključak.....	25
7. Literatura.....	26
Sažetak.....	30
Abstract	31

1. Uvod

Tematsko područje Poremećaja spektra autizma je u današnje vrijeme vrlo široko i opširno. Definicija autizma mijenjala se kroz povijest, krenuvši od dijagnostičkih kriterija kada se autizam spominje kao shizofrena reakcija prije početka puberteta, kasnije kao dječji tip shizofrenije, zatim kao dječji autizam, kao autistični poremećaj te jedan od pervazivnih razvojnih poremećaja. Danas se klasificira u jedinstvenu cjelinu nazvanu Poremećaji iz autističnog spektra. Još od spominjanja autizma kao oblika shizofrenije govori se o simptomima koji su i dan danas prihvaćeni a to su odvajanje od društva i povlačenje u svoj „svijet“. Ostali simptomi koji upućuju na poremećaj iz spektra autizma su deficiti u socijalnoj komunikaciji i interakciji te ograničeni i repetitivni oblici ponašanja, interesa i aktivnosti. Danas su poremećaji iz spektra autizma najčešći razvojni poremećaji koji se javljaju u prvim godinama djetetova života i traju cijeli život (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

U ovom radu opisan je povijesni pogled na poremećaje iz autističnog spektra, te značajne promjene koje su nastupile javljanjem dijagnostičkih priručnika, MKB (Međunarodna klasifikacija psihičkih poremećaja) i DSM (Dijagnostički i statički priručnik za duševne poremećaje). Ove značajne promjene uključuju promjene u dijagnostičkim kriterijima i obilježjima Poremećaja iz spektra autizma. Spomenuti su poremećaji koji su u komorbiditetu s Poremećajima iz spektra autizma kao i važnost rane intervencije te preventivskih metoda i programa. Konačno, dio ovog rada je usmjeren i na temu inkluzije djeteta s poremećajem autističnog spektra u vrtićku skupinu.

2. Povijest autizma

Smatra se da je prvi slučaj autizma, prikazan u znanstvenoj literaturi bio „divlji dječak“ Viktor iz Aveyrona (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). Dječak je pronađen 1799. godine u Francuskoj, u šumi pokraj rijeke Aveyron i pretpostavlja se da je bio dobi od oko jedanaest do dvanaest godina te je bio potpuno gol i zapušten. Kada je pronađen, Viktor nije mogao govoriti niti razumjeti jezik, odnosno nije prepoznavao svrhu jezika kao oblika komunikacije, niti je pokazivao ikakve oblike društvenog, civiliziranog ponašanja. Hodao je poput životinje, na sve četiri noge, a u prostoriji je bio kao da je u kavezu, krećući se stalno naprijed- nazad te je režao i grizao osobe koje su mu donosile za jesti. Bio je nesposoban usredotočiti svoju pažnju na bilo što, njegov pogled konstantno je bježao od jednog predmeta i osobe do drugog (Nikolić, 1992). Slušno nije bio osjetljiv na niske tonove, ali je bio pretjerano osjetljiv na tihe šumove, te je imao česte promjene raspoloženja. Sve to zajedno navelo je francuskog liječnika H. Pinela da dječaku dijagnosticira slaboumnost. Drugi francuski liječnik H. Itard nije se slagao s time te je smatrao da se radi o edukacijskoj zapuštenosti. Maksimum koji je Itard postignuo s Viktorom nakon pet godina bila je komunikacija pomoću gesta i taktilno razlikovanje površina. Međutim Viktor nikako nije mogao naučiti govoriti (Grgin, 1997).

Pojam autizam se prvi put spominje 1911. godine kada ga švicarski psihijatar Eugen Bleuler koristi kako bi opisao jedan od osnovnih simptoma shizofrenije (Remschmidt, 2009). Bleuler je baš pod pojmom autizam opisao ponašanje shizofreničara koji se povlače u svoj svijet, zatvaraju od vanjskog svijeta, imaju smanjene socijalne interakcije s ljudima u njihovom okruženju i prepuštaju se „fantastičnim mislima“ (Remschmidt, 2009).

Austro-američki psihijatar Leo Kanner prvi je spomenuo ovaj pojam u kontekstu sličnom današnjem 1943. godine kada je opisao jedanaest slučajeva djece (8 dječaka i 3 djevojčice) koja su imala neka zajednička obilježja. Opisao ih je pod naslovom „Autistični poremećaji afektivnih veza“, a autizam je definirao kao „od rođenja postojeću nemogućnost uspostavljanja odnosa s osobama i situacijama“ (Kanner, 1943; prema Remschmidt, 2009; str. 9). Također, navodi da roditelji tu djecu opisuju kao da su sama sebi dovoljna, najsretnija su kad ih se ostavi na miru, ponašaju se kao da nitko nije prisutan, žive kao u nekoj školjci, ponašaju se kao da su hipnotizirana i sl. Međutim, Kanner (1943; prema Remschmidt, 2009) smatra da ta

nemogućnost uspostavljanja odnosa s osobama i situacijama predstavlja samo određeni deficit kao što je to kod druge djece koja imaju neka druga urođena oštećenja. Također, Kanner (1943; prema Remschmidt, 2009) navodi da dijete od početka isključuje, ignorira i ne percipira vanjske faktore koji na njega djeluju te se radi o „autističnom biti sam“, za razliku od shizofrene djece i odraslih koji se povlače iz bilo kakvih oblika komunikacije.

Silberman (2015) navodi kako Kanner koristi pojam „rani infantilni autizam“ koji zahvaća samo djecu te je uzrokovan lošim roditeljstvom, ne razmišljajući o odraslim autistima. Autorica Bujas Petković i sur. (2010) navode da je Kannerova teza o emocionalno hladnim i odbijajućim držanjem majke prema djetetu kao uzrok autizma danas u potpunosti odbačena. Prema Davison i Neale (1999), Bruno Bettelheim i Charles Ferster također navode kako uloga majke, odnosno roditelja znatno utječe na etiologiju autizma. Prema Bettelheimu (Davison i Neale, 1999) dijete koje od malena nije prihvaćeno od svojih roditelja, može percipirati negativne emocije svojih roditelja, a kako bi se zaštitilo od njihove pasivnosti i razočaranja ne ulazi u vanjski svijet već u sebi gradi „svoj svijet“. Prema Bujas Petković i sur. (2010), Bettelheim je autizam kod djece pokušavao liječiti tako što ih je odvajao od roditelja (jer su oni glavni uzročnici poremećaja) međutim, rezultati tih provedenih terapija nisu potvrdili njegovo stajalište. Time se teorija „emocionalno hladnih majki“ kao uzočnika autizma odbacuje.

Također, Silberman (2015) navodi da je Kanner svojim selektivnim dijagnosticiranjima zaključio da je autizam izuzetno rijedak, npr. djeci koja boluju od epilepsije nije preporučivao dati dijagnozu iako danas znamo da epilepsija često prisutna uz autizam. Silberman (2015) također navodi da je Kanner primjećivao iznadprosječne sposobnosti djece, ali ih nije prihvaćao, mislio je da djeca samo imitiraju svoje roditelje misleći da su postigli nešto veće od svojih mogućnosti. Kao posljedica Kannerovog pristupa, autizam je u to vrijeme za obitelji predstavljao sram, a njihova djeca smještena su u institucije, ne čuvši više za njih, smatrali su da je na taj način dobro i djeci, ali i roditeljima (Silberman, 2015). Teorije Lea Kanner, iako su značajne kako bi se bolje razumio povijesni tijek opisivanja autizma su u današnje vrijeme odbačene zbog nedostatka znanstvenih dokaza o postojanosti takvih obilježja autizma.

Prema Remschmidt (2009), paralelno sa radom Lea Kanner, Hans Asperger je 1944. godine također opisao slučajeve djece pod naslovom „Autistična psihopatija u

dječjoj dobi“. Međutim, Asperger tada nije znao za Kannerov rad koji je objavljen godinu dana ranije. Asperger je opisivao tu djecu kao inteligentnu, ali motorički nespretnu, kao djecu koja izbjegavaju poglede, ograničena su u stvaranju odnosa, ne pokazuju empatiju, nemaju smisla za humor te imaju posebne interese. Zapravo, Asperger je smatrao da se radi o poremećaju ličnosti (prema Šimleša i Ljubešić, 2009). Dok se Asperger bavio s djecom kao „autističnim psihopatima“, nazivao ih je svojim „malim profesorima“ koji govore o svojim zanimanjima, ali imaju teškoće s pravilima komunikacije i neverbalnom komunikacijom (Bujas Petković i sur., 2010). Asperger je tu djecu promatrao kao vrijedne ljude te je značajno da je on zajedno sa „malim profesorima“ istraživao metode koje će im pomoći (Silberman, 2015).

2.1. DSM i MKB

U većini zemalja u svijetu su opće prihvaćena i najčešće korištena dva dijagnostička i statistička priručnika za duševne poremećaje. Od 1893. godine Svjetska zdravstvena organizacija izdaje MKB (Međunarodna klasifikacija psihičkih poremećaja), tada pod nazivom Međunarodni popis uzroka smrti (Arbanas, 2020), a od 1952. godine Američka psihijatrijska udruga izdaje Dijagnostički i statički priručnik za duševne poremećaje (DSM).

U prvom izdanju DSM-a se autizam spominje pod klasifikacijom shizofrenih reakcija kod djece prije početka puberteta: „Psihotične reakcije kod djece, koje prvenstveno manifestiraju autizam“ (APA, 1952; str. 28). U DSM- II (1968), autizam se nalazi u kategoriji dječjeg tipa shizofrenije (259.8) te se navodi kao: „Slučaj u kojem se pojavljuju shizofreni simptomi prije puberteta, a stanje se može očitovati autističnim, atipičnim i povučenim ponašanjem“ (APA, 1968; str. 35).

Tek u trećem izdanju DSM- a autizam se više ne opisuje kao dio shizofrenije već se smatra zasebnom kategorijom, nazvanom dječji autizam. Prema DSM-u III, iako su simptomi ranog autizma slični simptomima shizofrenije, to su dva odvojena poremećaja (APA, 1980). Razni su autori istraživali razlike u pojavi shizofrenije u ranoj dobi i autizma te su došli do zaključka da, iako socijalno povlačenje i reakcije djeteta mogu biti pokazatelji i shizofrenije i autizma, autistična djeca nemaju halucinacije i difuzije te u odrasloj dobi ne postaju shizofrenična (Wing i Attwood, 1987; prema Davison i Neale, 1999). Da bi se te dvije kategorije odvojile u DSM-u III je uveden pojam pervazivni razvojni poremećaji, koji je zadržan i u reviziji ovog priručnika (Davison i Neale, 1999). Prema MKB- 10 pervazivni razvojni poremećaj se

opisuje kao: „Skupina poremećaja karakterizirana kvalitativnim nenormalnostima uzajamnih socijalnih odnosa i modela komunikacije, te ograničenim, stereotipnim, ponavljanim aktivnostima i interesima“ (WHO, 2012; str. 324).

DSM- IV (1994) zadržava kategoriju autistični poremećaj, ali ga svrstava u skupinu pervazivnih razvojnih poremećaja uz Rettov poremećaj (stereotipno ponašanje, često bez razvoja govora), dječji dezintegrativni poremećaj (gubitak govora i motoričkih vještina prije desete godine), Aspergerov poremećaj (stereotipno ponašanje uz djeomičnu sposobnost komuniciranja) te neodređeni tip pervazivnog razvojnog poremećaja(NO) (APA, 1994; prema Davison i Neale, 1999).

Prateći DSM- IV, u MKB- 10 (WHO, 2012) se također koristi pojam pervazivni razvojni poremećaji te u podkategorije ubraja 8 vrsta poremećaja: Autizam u djetinjstvu (nazvan i Dječjim autizmom ili Kannerovim sindromom), Atipični autizam, Rettov sindrom, drugi dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu, poremećaj hiperaktivnosti povezan s mentalnom zaostalošću i stereotipnim kretnjama, Aspergerov sindrom, ostali pervazivni razvojni poremećaji i pervazivni razvojni poremećaji, nespecificirani.

DSM- V najnovije je izdanje dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (2014). Svi dosadašnji poremećaji koji su se povezivali s autizmom prema DSM- V spadaju u jednu cjelinu, a to je Poremećaj iz spektra autizma (u daljnjem tekstu PAS).

3. Dijagnostički kriteriji

Dijagnosticiranje poremećaja iz spektra autizma postavlja se na osnovi anamneze djeteta, što uključuje teškoće u trudnoći i tijekom porođaja, razvoj djeteta u prvim mjesecima nakon rođenja, promatranje djetetova ponašanja u različitim situacijama te dijagnostički postupak (Remschmidt, 2009). Pri dijagnosticiranju koriste se dijagnostički kriteriji najrecentnijih klasifikacijskih sustava, a to su trenutno MKB-10 (WHO, 2012) i DSM-V (APA, 2014). Iako se u MKB-10 autistični poremećaj navodi kao jedan od pervazivnih razvojnih poremećaja, u petom izdanju DSM-a koristi se relevantniji pojam „Poremećaj iz spektra autizma“ (F84.0) te predstavlja jedinstvenu kategoriju samo jednog poremećaja (APA, 2014). Radna verzija novog izdanja MKB-a dostupna je na internetskim stranicama Svjetske zdravstvene organizacije te se predviđa da će baš kao i DSM- V biti spojeno više poremećaja u jednu kategoriju

„Poremećaj iz spektra autizma“ ili „Poremećaj autističnog spektra“ , uz potkategorije vezane uz moguće pridružene teškoće (primjerice, prisutnost ili odsutnost teškoća) (Cepanec, Šimleša, Stošić, 2015). Pod pojmom spektra autizma podrazumijevaju se različiti načini i različite mjere kojima su djeca s PAS-om pogođena.

Prema Davison i Neale (1999) autizam započinje već u ranom djetinjstvu i može biti vidljiv u prvim tjednima djetetova života. Kao rano obilježje autizma prema DSM- V navodi se oštećena združena pažnja koja se može manifestirati kroz neuspjeh u praćenju pogleda drugih, u nedostatku pokazivanja rukom i prstima ili pomanjkanje u donošenju predmeta radi podjele interesa s drugima (APA, 2014). Autorice Cepanec, Šimleša i Stošić (2015) tvrde da je postavljanje dijagnoze PAS-a u prvoj godini djetetova života veoma otežano jer ne postoje jasne smjernice za takve postupke, a djetetovo odstupanje od socijalnih interakcija može biti vidljivo tek nakon dvanaest mjeseci života. Autorice također navode da se postavljanje dijagnoze PAS-a ne preporuča kod djece mlađe od osamnaest mjeseci, s time da simptomi i nekakve karakteristike mogu biti viđene i primjećene u ranijoj dobi. Roditelji, ali i odgojitelji sigurno će primjetiti neka razvojna odstupanja kod djeteta u dobi do dvije godine. Općenito PAS podrazumijeva odstupanja u socijalnoj interakciji i komunikaciji što sa sobom vuče i slabu senzornu obradu, te ograničene, atipične i repetitivne oblike ponašanja. Prema DSM-V postoji pet kriterija prema kojima se djetetu može dijagnosticirati PAS (tablica 1). U DSM-V postoje razine težine PAS-a kroz kriterije socijalne komunikacije i ograničenih repetitivnih ponašanja: razina 1 koja za dijete zahtjeva podršku, razina 2 koja zahtjeva veliku podršku i razina 3 koja zahtjeva vrlo veliku podršku (APA, 2014).

Prema DSM- V temeljna dijagnostička obilježja postaju očitija sa razvojem djeteta, a manifestacije poremećaja razlikuju se ovisno o težini autističnog stanja, razvojnoj razini i kronološkoj dobi. Važno je znati da je spektar autizma veoma širok te da dijete može imati samo neke ili pak sve karakteristike PAS-a. Deficite u uspostavljanju, održavanju i razumijevanju odnosa treba procijeniti s obzirom na djetetovu dob, rod i kulturu (APA, 2014). „Dijagnoza je najvaljanija i najpouzdanija kada se osniva na višestrukim izvorima informacija, uključujući opažanja kliničara, anamnezu od njegovatelja i, kada je moguće, samoopis“ (APA, 2014; str. 53). Također treba naglasiti da je svako dijete individua i kao takvo, svako dijete s dijagnozom PAS- a ima jedinstvene oblike ponašanja.

Tablica 1 Dijagnostički kriteriji za poremećaj iz spektra autizma (F84.0) prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, peto izdanje (APA,2014).

Poremećaj iz spektra autizma (F84.0)
A. Perzistentni deficiti u socijalnoj komunikaciji i socijalnoj interakciji u višestrukim kontekstima koji se očituju u sljedećim obilježjima, sada ili prema anamnezi (primjeri su ilustrativni, a ne iscrpni, vidi tekst):
<ol style="list-style-type: none">1. deficiti u socijalno-emocionalnoj uzajamnosti u rasponu, na primjer, od abnormalnog socijalnog pristupanja i izostanka normalne razmjene u konverzaciji do oskudne podjele interesa, osjećaja ili afekta, ili do izostanka započinjanja socijalnih interakcija ili odgovora na njih.2. deficiti u neverbalnom komunikacijskom ponašanju upotrijebljenom za socijalne interakcije u rasponu, na primjer, od slabo integrirane verbalne i neverbalne komunikacije do abnormalnosti u kontaktu očima i govoru tijela ili deficita u razumijevanju i korištenju gesta, ili do potpunog pomanjkanja facijalnih izražavanja i neverbalne komunikacije.3. deficiti u uspostavljanju, održavanju i razumijevanju odnosa u rasponu, na primjer, od teškoća prilagođavanja ponašanja kako bi bilo usklađeno s različitim socijalnim kontekstima do teškoća u podjeli imaginativne igre ili u sklapanju prijateljstava, ili do nepostojanja interesa za vršnjake.
B. Ograničeni, repetitivni obrasci ponašanja, interesa i aktivnosti, koji se manifestiraju s najmanje dva od sljedećeg, sada ili prema anamnezi (primjeri su ilustrativni, nisu iscrpni, vidi tekst):
<ol style="list-style-type: none">1. stereotipni ili repetitivni motorički pokreti, korištenje predmeta ili govora (jednostavne motoričke stereotipije, redanje igrački ili lupkanje predmeta, eholalija, idiosinkratičke fraze).2. inzistiranje na istovjetnosti, nefleksibilno priklanjanje rutinama ili ritualizirani obrasci verbalnog ili neverbalnog ponašanja (npr. krajnja uznemirenost na male promjene, teškoće s izmjenama, rigidni obrasci mišljenja, rituali pozdravljanja, potreba da se ide

istim putem ili jede ista hrana svaki dan).

3. jako ograničeni, kruti interesi koji su abnormalni po intenzitetu ili fokusu (npr. snažna privrženost neobičnim predmetima ili preokupiranost njima, pretjerano suženi ili perseverativni interesi).

4. hiperreaktivnost ili hiporeaktivnost na senzoričke podražaje ili neobičan interes za senzoričke aspekte okoline (npr. očita indiferentnost na bol/temperaturu, neugodna reakcija na specifične zvukove ili konzistenciju, pretjerano njušenje ili diranje predmeta, vidna fascinacija svjetlima ili pokretom).

C. Simptomi moraju biti prisutni u ranom razvojnom periodu (ali ne moraju postati potpuno očiti sve dok socijalni zahtjevi ne nadmaše ograničene sposobnosti ili mogu biti prikriveni naučenim strategijama u kasnijem životu).

D. Simptomi uzrokuju klinički značajno oštećenje u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima sadašnjeg funkcioniranja.

E. Ove smetnje se ne mogu bolje objasniti intelektualnom onesposobljenošću (intelektualnim razvojnim poremećajem) ili općim razvojnim zaostajanjem. Intelektualna onesposobljenost i poremećaj spektra autizma često se pojavljuju zajedno, a da bi se postavile komorbidne dijagnoze poremećaja iz spektra autizma i intelektualne onesposobljenosti, socijalna komunikacija mora biti ispod očekivane za opću razvojnu razinu.

Napomena: *Osobama s dobro utvrđenom DSM-IV dijagnozom autističnog poremećaja, Aspergerovog poremećaja ili pervazivnog razvojnog poremećaja, neodređenog, treba dati dijagnozu poremećaja iz spektra autizma. Za osobe koje imaju istaknute deficite u socijalnoj komunikaciji, ali čiji simptomi inače ne ispunjavaju kriterije za poremećaj iz spektra autizma treba ispitati mogućnost socijalnog (pragmatičnog) komunikacijskog poremećaja.*

Prema MKB- 10 (WHO, 2012) pet je dijagnostičkih kriterija prema kojima se može dijagnosticirati autistični poremećaj ili kako se još naziva, Kannerov sindrom. To su: kvalitativno oštećene uzajamne socijalne aktivnosti, kvalitativno oštećena komunikacija, ograničeni interesi i stereotipski obrasci ponašanja, nespecifični

problemi kao što su fobije, poremećaji spavanja i hranjenja, ispadi bijesa, agresije i samoozljeđivanja te naglasak na tome da se simptomi manifestiraju prije 3. godine života. Kao najuočljivija tri simptoma, odnosno oblika ponašanja navodi: ekstremno zatvaranje od vanjskog svijeta, grčevita povezanost s poznatim (strah od promjene) te posebno osebujan govorni jezik (WHO, 2012).

Klasifikaciju i dijagnosticiranje poremećaja obavlja tim stručnjaka, a tijekom dijagnostičkog postupka bitno je korištenje mjernog instrumenta koji je specifičan za dijagnosticiranje PAS-a te procjena vještina, sposobnosti i razvojnog područja djeteta. Opservacijski protokol koji predstavlja „zlatni standard“ u postupku dijagnostike poremećaja iz spektra autizma je ADOS-2 (The Autism Diagnostic Observation Schedule 2nd Edition) i namijenjen je širokom dobnom rasponu sudionika (od 12 mjeseci do odrasle dobi). Instrument omogućava standardiziranu procjenu komunikacijskih vještina, interakcije, igre i sveukupnog općeg ponašanja pojedinaca, te strukturirano kodiranje istih¹.

3.1. Obilježja PAS-a

Donedavno, osobe sa simptomima autizma koje su imale normalnu inteligenciju i jezični razvoj bile su svrstane u posebnu kategoriju koja se naziva Aspergerovim sindromom (Hudson, 2018). Kako su taj pojam kolokvijalno koristili roditelji, liječnici i drugi stručnjaci vjerojatno će se koristiti još neko vrijeme, ali u bliskoj budućnosti i prema DSM- V dijagnosticirat će se kao umjeren stupanj (1. stupanj) PAS- a (Hudson, 2018). U daljnjem radu koristit će se pojam PAS- a, za opisivanje obilježja, koji uključuje sve poremećaje koji su prema DSM- IV podjeljeni kao pervazivni razvojni poremećaji.

Još je Asperger 1944. godine naveo karakteristike PAS-a koje se i dan danas prihvaćaju kao simptomi. Prema Remschmidt (2009; str. 10-11) „Djeca izbjegavaju pogled oči u oči, ne koriste se mimikama i gestama kako bi uspostavili kontakt, neprirodni su u jezičnom izražavanju te se ne obraćaju sugovorniku. Djeca često svrhovito i prikladno koriste nove riječi i često raspolažu nizom drugih sposobnosti kako bi nadoknadili svoje nedostatke, ali motorički su nespretna. Ograničena su u stvaranju odnosa s okruženjem te idu samo prema svojim vlastitim interesima ne osvrćući se na druge, nemaju smisla za humor te često ne razumiju šale. Obično

¹ <https://www.nakladaslap.com/edukacije/pregled/3f3be730b6c44df393e32da50923f408> (15.5.2021.)

imaju posebne interese i skloni su sakupljanju raznih predmeta i nedostaje im socijalne prihvaćenosti.“

Dijete s PAS-om u društvu i okolini se najprije može primjetiti ako ono ima neka neobična ponašanja i socijalno je izolirano. Kod djece s PAS- om mogu se razlučiti neuobičajnosti u komunikaciji, imaju poteškoća s razvojem ekspresivnog govora koji uključuje vokalizaciju i artikulaciju, a prepoznatljiv je po monotonom govoru bez modulacije (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010; Hudson, 2018). Osim ekspresivnog govora prisutne su i poteškoće u receptivnom govoru koji uključuje slušanje, razumijevanje i prepoznavanje riječi kao simbola te odnos i značenje tih simbola (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). S obzirom na to, dijete s PAS- om ima poteškoće i s neverbalnom komunikacijom, ne razumije mimike i geste, ne razumije informacije koje su implicitne, doslovno tumači određene riječi i rečenice te ga zbunjuju fraze u slučaju da nisu objašnjene (Hudson, 2018). Također, često koristi komplicirane i duge riječi, ponavlja zadnje riječi ili slogove, voli diskutirati (nerijetko samo s odraslima) ne obraćajući pozornost na druge te govori o temama koje samo njega zanimaju (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010; Hudson, 2018). Djece s PAS-om ne može odrediti vrijeme kada početi, a kada prestati pričati te često započinje monolog (Hudson, 2018). Prema DSM- V (APA, 2014; str. 50) deficiti u neverbalnoj komunikaciji variraju “od slabo integrirane verbalne i neverbalne komunikacije do abnormalnosti u kontaktu očima i govoru tijela, ili deficita u razumijevanju i korištenju gesta, ili do potpunog pomanjkanja facijalnih izražavanja i neverbalne komunikacije“. Na razini socijalnih interakcija djeca s PAS- om teško razumiju socijalna pravila i nepisane oblike ponašanja (Hudson, 2018). Kod djece s PAS- om dolazi do poremećaja u vještinama povezanim sa združenom pažnjom što uključuje deficite u praćenju pogledom i formalnom pokazivanju (Dawson i sur., 2004; Swanson i Siller, 2014; prema Škrobo i sur., 2016). Upravo zbog poteškoća u vještinama združene pažnje i poteškoćama i neobičnostima u komuniciranju, djeca s PAS- om imaju teškoće u socijalnim interakcijama. Nerijetko ulaze u osobni prostor drugih ili se pak drže previše udaljeno te ne podnose mjesta gdje su gužve i tada mogu imati neobične i neodgovarajuće reakcije. Također imaju nefleksibilne stavove i mišljenja, skloni su svađi i skoro uvijek su u potpunosti iskreni pa na taj način mogu uvrijediti druge, ali su veoma su odani i nikada ne varaju (Hudson, 2018). Djeca s PAS- om ne pokazuju socijalnu imitaciju te imaju smanjenu sposobnost iste, stoga je njihova igra

nekreativna i stereotipna i često se vezuju za određene stvari i stalno ih nose sa sobom (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Prema Remschmidt (2009) kod neke djece su uočene prisilne radnje, preferiraju određenu vrstu hranu, agresivni su prema sebi i drugima te nemaju strah od realnih opasnosti. Opsesivno- kompulzivni poremećaj često se javlja s PAS- om stoga kod djeteta može biti uočeno da voli red, pravilan raspored i vlastite rutine koje mu daju osjećaj sigurnosti, ne voli iznenadne promjene, organizira predmete na detaljan i „svoj“ način, ne voli dijeliti svoje stvari, ima repetitivne oblike ponašanja, te tikove koji su izraženi u stresnim situacijama. Dijete s PAS- om često ima neuobičajen hod, probleme s motoričkom koordinacijom i krupnom motorikom te može biti pretjerano osjetljivo (hipersenzibilno) ili ne osjetljivo (hiposenzibilno) na određene poticaje iz okoline koji utječu na njegova osjetila (Hudson, 2018).

3.2. Teorija uma i izvršne funkcije

„Izrazom *teorija uma* Premack i Woodruff 1978. godine, eksperimentirajući s čimpanzama, opisali su sposobnost pripisivanja misli, osjećaja, ideja i namjera drugih u svrhu predviđanja tuđeg ponašanja“ (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010; str. 170). Teorija uma predstavlja temeljni simptom osoba s PAS- om, a prvo istraživanje teorije uma koje je provedeno s djecom s autizmom napravio je Simon Baron- Cohen 1985. godine (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). Zadatak koji je Baron- Cohen (1985) osmislio opisuje interakciju dvije djevojčice, Sally i Anne. Zadatak počinje igrom Sally i Anne sa loptom u jednom prostoriji. Nakon određenog vremena Sally sprema loptu u košaru i napušta prostoriju. Nakon što je napustila prostoriju, ulazi djevojčica Ann te premješta loptu u kutiju. Nakon toga slijedi pitanje za dijete koje se ispituje, a to je: „Gdje će Sally tražiti igračku?“ Djeca s PAS- om imaju poteškoća u rješavanju ovog zadatka jer ne shvaćaju kako drugi razmišljaju te ne razumiju uzročno- posljedične veze njihovog ponašanja (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). Istraživanja su pokazala da je mašta važan čimbenik za razvoj teorije uma te da djeca s PAS- om nemaju razvijenu kreativnost te nisu u mogućnosti smišljati neke nestvarne događaje, crtati nestvarne predmete, bića i sl., a imaju poteškoća i sa pričanjem priča. Socijalizacija i komunikacija također su povezane s teorijom uma, naime dijete izbjegava socijalne odnose jer ne može shvatiti što ljudi misle, žele ili osjećaju te na taj način nemaju uspjeha ni u komunikaciji. Autorica Leslie (1987; prema Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010) navodi da razvoj teorije uma počinje

između 18. i 24. mjeseca kada se razvija i imaginativna igra, a u slučaju da ne dođe do razvijanja imaginacije možemo sumnjati na buduće teškoće u teoriji uma. Prema novijim istraživanjima teorija uma se pojavljuje u kasnoj dojenačkoj dobi te se razvija i proteže i nakon predškolske dobi (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Kod djece s PAS-om dolazi do poremećaja određenih izvršnih funkcija, međutim one nisu specifične za PAS jer se pojavljuju i kod drugih poremećaja (ADHD, shizofrenija, Tourettov sindrom i dr.) (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). Autorice Šimleša i Cepanec (2008) navode kako se teorije o izvršnim funkcijama razlikuju od autora do autora, ali svi se oko jednog slažu, a to je da obuhvaćaju vještine koje podrazumijevaju svrhovite aktivnosti koje su usmjerene prema određenom cilju. Prema Zoltan (1996) to su samoregulirajuće i kontrolne funkcije koje usmjeravaju i organiziraju određena ponašanja. Izvršne funkcije služe svakom čovjeku u izvršavanju svakodnevnih aktivnosti. Prema Šimleša (2011) procesi koji pripadaju domeni izvršnih funkcija, a disfunkcionalni su kod osoba s PAS-om su: planiranje, kognitivna fleksibilnost, inhibicija, radno pamćenje, generativnost i samomotrenje. Hipoteze o teškoćama u izvršnim funkcijama kod PAS-a objašnjavaju djetetova repetitivna ponašanja i perservacije (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Slabije razvijena teorija uma može biti povezana i sa poteškoćama u socijalnim interakcijama, komunikaciji i imaginativnoj igri, što su simptomi PAS-a. Simptomi kao što su repetitivna ponašanja i perservacije povezani su s deficitom u izvršnim funkcijama. Još je jedan kognitivni deficit u djece s PAS-om kojeg Uta Frith (prema Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010) naziva centralna povezanost. Centralna povezanost podrazumijeva prikupljanje informacija na temelju detalja u svrhu postizanja znanja (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). To bi značilo da djeca s PAS-om nisu u mogućnosti doživjeti predmete u cijelosti već percipiraju samo dijelove. To ipak nije u potpunosti točno za osobe s PAS-om jer oni ipak uspijevaju doživjeti predmet u cjelini, ali ne uspijevaju u potpunosti iskoristiti kontekst što je zapravo blaža verzija centralne koherencije (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

3.3. Komorbiditet

Prema DSM- V (APA, 2014), PAS je često povezan s intelektualnim oštećenjima i poremećajima razumijevanja i stvaranja gramatički točnih rečenica. Također, prema DSM- V (APA, 2014), većina osoba s dijagnosticiranim PAS-om uz to mogu imati dijagnosticiran jedan komorbidni psihički poremećaj (70% slučajeva), a u 40%

slučajeva su to dva ili više psihičkih poremećaja. Remschmidt (2009) navodi da se Rettov sindrom, kao i tikovi koji se pojavljuju kod Rettovog sindroma, smatraju komorbidnim s PAS-om, dok je u DSM- V (APA, 2014) navodeno da se dijagnostički kriteriji Rettova sindroma mogu poklapati s kriterijima PAS-a do djetetove regresivne faze. Prema Remschmidt (2009) Rettov sindrom pretežno se javlja kod djevojčica, a nakon te regresivne faze se poboljšavaju vještine socijalne komunikacije i tada se više ne obraća pozornost na autistična obilježja (APA, 2014). Prema DSM- V (APA, 2014), PAS se često javlja uz deficit pažnje/ hiperaktivni poremećaj (ADHD) i tada je potrebno dijagnosticirati oba poremećaja. Također, princip dijagnosticiranja oba poremećaja se koristi kada se zadovoljeni dijagnostički kriteriji za PAS javljaju uz kriterije razvojnog koordinacijskog poremećaja (dispraksije), anksioznog poremećaja, depresivnog poremećaja i drugim povezanim dijagnozama (APA, 2014). Hudson (2018) navodi da se opsesivno- kompulzivni poremećaj kao anksiozni poremećaj često javlja kod osoba s dijagnosticiranim PAS-om. Također, ista autorica navodi da su kod djece s dijagnosticiranim PAS-om česte specifične teškoće u učenju kao što su disleksija, disgrafija, diskalkulija i već spomenuta dispraksija. Zdravstvena stanja koja su povezana s PAS-om treba posebno naznačiti, a to su: epilepsija, problemi sa spavanjem, opstipacija i izbjegavajući- restriktivni poremećaj uzimanja hrane koji može postati pretjerana i sužena preferencija za hranu (APA, 2014).

4. Prevencije i metode intervencije

Dijete kojem je dijagnosticiran PAS iza treće godine, nije tada dobilo poremećaj već je s određenom predispozicijom za razvoj poremećaja rođeno, a simptomi su prepoznati tek u kasnijoj dobi. Stoga je bitno što prije prepoznati simptome i neobične oblike ponašanja. Uspješna intervencija uključuje usmjerenost na područja u komunikaciji i socijalnoj interakciji obuhvaćajući razvojne aktivnosti u ranoj dobi (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). Rana intervencija kod djece sastoji se od raznih načina i usluga koje se pružaju djeci s poteškoćama kako bi se unaprijedilo njihovo zdravlje, ojačao razvoj vještina, smanjila mogućnost nastanka novih razvojnih teškoća te kako bi se prevenirala disfunkcionalna ponašanja (Shonkoff i Meisels, 2000). Uz sve to koriste se i razni oblici poticanja i savjetovanja usmjerenih prema roditeljima i obiteljima kako bi se unaprijedilo njihovo funkcioniranje i djelovanje (Shonkoff i Meisels, 2000). Obiteljska kultura, način vođenja interakcija i

svakodnevnne rutine koje uključuju djetetovu cijelu okolinu u kojoj živi izravno utječu na njegov razvoj, stoga je bitno da obitelj sudjeluje u programima rane intervencije (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). Također, prema Remschmidt (2009), svaka terapija mora biti prilagodljiva individualnosti obilježjima svakog pojedinca te je zbog toga različita od osobe do osobe i mora uključivati program poticanja svih razvojnih područja djeteta i usvajanja njegovih funkcionalnih vještina.

Autorica Ajduković (2006; prema Bašić, 2009) pod pojmom intervencije podrazumijeva namjerne postupke koji su namjenjeni pomaganju i/ ili podupiranju korisnika da savladaju određene teškoće i postignu svoje ciljeve koji su povezani s razvojem potrebnih znanja, vrijednosti, vještina ili mijenjaju stanja akcijama. „Neke su preventivne intervencije usmjerene na podupiranje pozitivnog razvoja, a druge na preusmjeravanje njihova (potencijalno negativnog ili negativnog) razvoja prema pozitivnim ishodima“ (Bašić, 2009; str. 276).

Prema Blažević, Škrinjar, Cvetko i Ružić (2006) mnoge su se terapije pokazale učinkovite za primjenu u radu s djecom s PAS-om, a neke od tih terapija, jesu ABA (primjenjena analiza ponašanja), TEACCH (programi s vizualno okolinskom podrškom) te senzorička integracija. Međutim spominju se i druge metode koje koriste kao prevencija PAS-a, a to su Greenspanov model floor- time, program ravnoteže mozga te metoda Son- Rise.

4.1. ABA pristup

ABA (Applied Behaviour Analysis) metoda, prema Barbera i Rasmussen (2007) predstavlja primjenjenu analizu ponašanja s naglaskom na tome da dijete koristi svoje ponašanje kao oblik komunikacije. Autori također navode da je ABA znanost o promjeni ponašanja koja mijenja okruženje kako bi promijenila i ponašanje, a koristi se kao oblik prevencije za djecu s PAS-om i drugim poremećajima u ponašanju i razvoju.

ABA pristup zasniva se na bihevioralnoj teoriji koja je temeljena na potkrepljivanju i prema kojoj će se ponašanje koje je potkrepljeno i nagrađivano javljat ponovno i češće za razliku od ponašanja koje nije potkrepljeno ili je kažnjeno. Ova metoda se često koristi i u svakodnevnom životu, a funkcija toga je da bi se nešto dobilo, da bi se nešto izbjeglo ili da bi se dobilo potreban senzorni poticaj (Barbera i Rasmussen, 2007). To je teorija američkog psihologa Edwarda Leea Thorndikea koji je istraživanjima dokazao da podražaj koji se javio nakon nekog ponašanja utječe na

ponašanje koje slijedi. Taj pristup nazvan je instrumentalnim uvjetovanjem, odnosno određeno ponašanje predstavlja svrhovito sredstvo za postizanje nekog cilja, a istodobno to ponašanje zadovoljava zahtjeve okoline (Vizek Vidović i sur., 2003). ABA je temeljena na točnoj interpretaciji interakcije prethodnog podražaja i posljedične reakcije te korištenja dobivenih informacija kako bi mogli planirati sustavno učenje i program promjene ponašanja (Stošić, 2008).

Barbera i Rasmussen (2007) navode da prije nego se započnu koristiti strategije koje će promijeniti djetetovo ponašanje, treba naučiti njihov jezik (u ovom slučaju ponašanje) kako bi oni mogli razumjeti i koristiti naše. Zbog toga je jako bitno razumijeti djetetovu funkciju ponašanja, odnosno razlog zbog kojeg se tako ponaša i što ono pokušava reći. Funkcionalna analiza ponašanja može se koristiti kod bilo kakvog ponašanja kojem su potrebne određene modifikacije, a svaka analiza započinje bilježenjem kako bi se mogla razumjeti funkcija ponašanja te kako bi se mogle uključiti strategije za promjene ponašanja (Barbera i Rasmussen, 2007). Također, važno je da se prati i procjenjuje napredak kako bi u svakom trenutku mogli promijeniti cilj učenja kako bi dijete i dalje imalo motivaciju. Svako ponašanje sastoji od tri dijela, a prepoznamo ih kroz ABC (Antecedent, Behaviour, Consequence) model ponašanja. Antecedent predstavlja podražaj koji se javlja prije određenog ponašanja, Behaviour je ponašanje koje je uslijedilo nakon podražaja, a Consequence je posljedica djetetovog ponašanja odnosno zadovoljavanje svog cilja (Barbera i Rasmussen, 2007). ABC model pojasnit će se na primjeru djeteta koje je zamoljeno da skine svoje cipele (prethodni podražaj), nakon toga dijete odbija molbu te počinje vrištati i neprikladno se ponašati (ponašanje koje je uslijedilo), djetetu se skidaju cipele (posljedica ponašanja), a dijete je ostvarilo svoj cilj, odnosno nije samo skinulo cipele. Primjereno ponašanje bilo bi da dijete na prethodni podražaj odgovara prikladno i da skine svoje cipele dok bi posljedica ponašanja bila zadovoljavanje podražaja.

Prema Zuckerman (2016) tijekom ABA metode zadatak se raščlanjuje na najmanje dijelove, dijete ima mogućnosti ponavljanja, njegovi točni odgovori se nagrađuju te se prati napredak i procjenjuje ispunjenje cilja programa. Prema autorima Blažević, Škrinjar, Cvetko i Ružić (2006) ABA pristup naglašava važnost roditelja kao edukacijskog partnera kao i potrebu za generaliziranjem vještina koje je dijete naučilo. Kroz ABA pristup razvile su se razne strategije i metode koje stavljaju određena, različita ponašanja u fokus, ali se temelje na istom bihevioralnom

znanstvenom pristupu. Najzastupljenija strategija ABA- e, koja se često i poistovjećuje s ABA- om je podučavanje diskriminativnim nalogima (PDN) koja polazi od toga da se zakoni teorije učenja mogu kvalitetno primjeniti kod edukacije djece s PAS- om. Ta strategija nastoji djeci s PAS- om predstaviti informacije na razumljiv, sažet, dosljedan i strukturiran način kako bi ono moglo izvući ključne djelove iz situacije učenja. PDN strategija temeljena je na instrumentalnom uvjetovanju, a sastoji se od tri dijela: predhodni ili diskriminativni podražaj (određena uputa najmjenjena djetetu), djetetovo ponašanje i posljedica koju daje terapeut (pozitivna i negativna potkrepljenja ili ponovno postavljanje zadatka i pružanje podrške) (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Jedna od najpoznatijih metoda danas je metoda potpomognute komunikacije odnosno PECS (Picture Exchange Communication System), koja je temeljena na ABA pristupu. Prema Zuckerman (2016) PECS je sustav koji pomaže djeci s PAS-om u učenju komunikacijskih vještina „izmjenom slika“, djeci koja imaju slabo razvijen govor ili koja nemaju uopće razvijen govor. Koristeći PECS dijete prilazi i predaje sličicu komunikacijskom partneru u zamjenu za predmet na slici i na taj način nesvjesno dolazi do komunikacije (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). Međutim takav način komunikacije ne sprječava djetetov spontani razvoj govora (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). Prema Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010) prvi komunikacijski cilj je da dijete nauči zahtijevati. Također navodi da djeca rane dobi s dijagnosticiranim PAS- om ne razumiju socijalne nagrade (pohvala, veselje, zagrljaj i sl.) koje slijede nakon svakog djetetovog zahtjevanja, pa se njihovo učenje zahtjevanja pohvaljuje opipljivim (materijalnim) nagradama. PECS se provodi u fazama kroz koje dijete slaže sličice onoga što želi, ima, vidi i sl. na svoju „komunikacijsku ploču“ i na taj način uči zahtijevati i komunicirati s drugima (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

4.2. TEACCH pristup

TEACCH (Tretman and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children) je pristup koji teži ujedinjavanju pedagoških i bihevioralno-terapijskih postupaka za poticanje komunikacijskih vještina kod djece s PAS-om, ali i kod ostalih poremećaja koji karakteriziraju komunikacijske teškoće (Remschmidt, 2009). Prema Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010), program se temelji na vizualno posredovanoj podršci koja dolazi izvana, a temeljni principi su stroga struktura,

dosljednost i univerzalnost primjene. Prema Kiš- Novak i Špehar (2018) principi programa jesu individualizacija, odnosno usmjerenost na dijete s teškoćama te funkcionalnost poučavanja koja uključuje povezanost ponašanja sa situacijom i kontekstom u kojem se određeno ponašanje odvija. Sva djeca koja dijele dijagnozu PAS- a imaju razlike u ponašanju, stilovima učenja, problemima u učenju, temperamentu, socijalnoj privrženosti, korištenju osjetila i sl., stoga je potrebna individualna procjena kao i individualni program (Mesibov i sur., 2006). Metoda se temelji na najvećoj razini prilagođavanja, odnosno vizualizaciji uputa kako bi dijete s PAS- om predvidjelo određene događaje, kako bi se lakše snalazilo u svakodnevnim aktivnostima i konačno, kako bi poboljšalo svoje funkcionalne kompetencije (Frey Škrinjar i Župan Galić, 2012). „Program je u potpunosti prilagođen kognitivnom stilu osoba s PAS- om, omogućuje razumijevanje slijeda događaja i anticipiranje, poštuje potrebu za rutinom (jaka struktura) i osigurava uspješnost (nemoguće je pogriješiti), a „prazan hod“ ne postoji“ (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010; str. 287). Autori Scholper i sur. (1995; prema Panerai i sur. 2009) navode četiri glavne komponente TEACCH programa: fizička organizacija (oblikovanje prostora), vizualni rasporedi, sistem rada (koji informira dijete što i koliko aktivnosti mora obaviti) te organizacija zadataka. Ciljevi koji proizlaze iz programa su: ostvarivanje komunikacije (putem komunikcijske ploče, sustavom slikovnih kartica, karticama sa riječima i pojmovima te rijetko govor putem znakova), poticanje socijalnih odnosa te učenje društvenih pravila i normi, prevencija i ublažavanje nepoželjnih oblika ponašanja (agresija, autoagresija, stereotipije, ritualizam, hiperaktivnost) koje se ostvaruje zbog prilagođavanja okoline djetetu, kvalitetno provođenje slobodnog vremena kroz razvijanje socijalnih vještina i aktivnost te razvijanje primjerenih radnih vještina (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Organizacija prostora je važna stavka tijekom provođenja programa. Koristeći vizualne znakove omogućuje se djetetu da razumije gdje treba biti, kako do negdje doći i što raditi, također ga usmjerava na zadatak stoga dijete koristi potpunu pažnju na aktivnost. U svakoj prostoriji jasno su određene zone prema sadržajima i namjeni, ograđeni pregradama i slikovnim instrukcijama za orijentaciju u prostoru, također su ponuđeni samo materijali koji dijete zanimaju kako mu drugi ne bi odvrćali pozornost. Prostorije djece rane i predškolske dobi s dijagnozom PAS- a moraju imati prostor za individualni rad, samostalan rad, grupni rad, igru, užinu i odmor. Kako se

dijete osamostaljuje tako se ublažavaju granice među prostorima (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

U prostorijama se obično nalaze dvije vrste rasporeda, opći (dnevni, tjedni i plan zaduženja) i individualni (posebno orjentirani za svako dijete) koji im omogućuju da planiraju i slijede dnevne i tjedne događaje te im pomažu pri samostalnom prelasku s jedne aktivnosti na drugu i potiče dijete da završi s teškom aktivnosti ako iza nje slijedi zanimljivija aktivnost. Rasporedi se prikazuju pomoći sličica i crteža, uz odgovarajuću riječ, koji prikazuju aktivnost. Materijali su složeni prema funkciji i moraju biti dostupni za jednostavno korištenje u svakom trenutku, a djeca ga samostalno uzimaju s istog mjesta, koriste i vraćaju nazad. Didaktički se materijali pripremaju u skladu s rasporedom, a karakteristika programa je da se proces učenja ne prekida traženjem, pospremanjem i drugim radnjama kako ne bi odvučlo djetetovu pozornost (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). Individualiziranim programom rada dijete se uči rješavanju zadataka metodom slijeva nadesno, odnosno materijal i zadatak postavljen mu je s lijeve strane, a kad završi sa zadatkom materijal odlaže na desnu stranu. Terapeutov govor treba biti primjenjen.

4.3. Greenspanov model/ Floor-time

Prevenijski model kojeg je razradio dr.med. Stanley I. Greenspan nazvan je RIO. Skraćenica RIO (eng. DIR/ Developmental, Individual difference, Relationship-based model) odnosi se na razvoj djeteta (eng. D), individualne razlike (I) te odnos s primarnim skrbnicima (eng. R) (Greenspan i Wieder, 2003). Prema Greenspan i Wieder (2003) floor- time pristup temelj je RIO modela u kojem dijete prolazi kroz šest razvojnih faza koje su sastavljene od šest oblika emocionalnih interakcija. Autori Greenspan i Wieder (2003) te razvojne razine nazivaju miljokazima:

Miljokaz 1: Samoregulacija i zanimanje za okolinu

Miljokaz 2: Intimnost

Miljokaz 3: Dvosmjerna komunikacija

Miljokaz 4: Složena komunikacija

Miljokaz 5: Emocionalne ideje

Miljokaz 6: Emocionalno razmišljanje.

Floor-time je sustavni način rada temeljen na razvojnom pristupu koji djetetu s PAS-om pomaže da savladava razvojne razine (Greenspan i Wieder, 2003). Autori Greenspan i Wieder (2003) navode da se dijete uvijek vraća prvom miljokazu ukoliko je neka faza razvoja propuštena te opet kreće od početka i savladava stepenicu po stepenicu te vještine koje ne posjeduje. Od tih šest miljokaza nekoliko ih se preklapa, stoga su razvijena samo četiri cilja koja trebaju biti zadovoljena tijekom Floor-timea :

1. Poticanje pažnje i intimnosti (1. i 2. miljokaz),
2. Dvosmjerna komunikacija (3. i 4. miljokaz),
3. Poticanje izražavanja i upotrebe osjećaja i ideja (5. miljokaz),
4. Logička misao (6. miljokaz) (Greenspan i Wieder, 2003).

Floor-time metodu provode logopedi i ostali stručnjaci putem specijaliziranih metoda i načela, ali isto tako to je metoda koju provode i djetetovi primarni skrbnici te je naglasak na individualnom radu (Greenspan i Wieder, 2003). Vrijednosti koje zagovara Floor-time pristup jesu da se dijete promatra holistički, ali i kao jedinstvenu individuu (Townsend & Polatajko, 2007; prema Dionne i Martini, 2011). Floor-time, kao što i sam naziv govori, je vrijeme koje se provodi na podu, odnosno to je 20-30 minuta koje se provode s djetetom sjedeći na podu, družeći se i igrajući (Greenspan i Wieder, 2003). Prema Greenspan i Wieder (2003) svladavanje miljokaza nalazi se u prirodi interakcija koje potiču djetetov rast.

Greenspan i Wieder (2003) navode da je floor-time poželjno provoditi više puta dnevno (šest do deset puta) kako bi imalo pozitivan ishod te je moguće da ga provode svi članovi djetetove obitelji kao i ostale bliske osobe, a to su i odgojitelji. Olshansky i sur. (2006; prema Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010) navode da je terapiju poželjno provoditi u manjim skupinama (dvoje do četvero djece na jednog odraslog) ili interakcijom jedan na jedan. Opće je poznato da se dijete najbolje razvija i uči kroz igru, stoga je bitno da roditelji rade na sebi, svojim reakcijama i postupcima kako bi dijete uz njih moglo izgraditi društvene, emocionalne i intelektualne vještine. Dok dijete sjedi na podu bitno je da je osoba pored njega aktivan partner u njegovoj igri te da slijedi dijete i njegove želje za igrom, ali na način da ga se potiče na interakcije (Greenspan i Wieder, 2003). Dok se sjedi s djetetom važno je da partner odabere pravo vrijeme kada će se moći posvetiti djetetu bez prekida, da je strpljiv i opušten, da suosjeća s emocijama djeteta, da kontrolira geste i ton glasa, da se uskladi s razvojnim stupnjevima djeteta, da slijedi dijete i njegove potrebe te da mu se u potpunosti prilagodi (Greenspan i Wieder, 2003). Mnogo je pravila kojih se treba pridržavati tijekom floor-timea, a prema Greenspan i Wieder (2003) jedino pravilo

koje dijete mora poštovati je da su udaranje, razbijanje i ozljeđivanje strogo zabranjeni, a ukoliko se to dogodi potrebno je dijete smiriti i tek onda nastaviti dalje.

4.4. Metoda Son Rise

Raun Kaufman čovjek je kojem je u ranoj dobi dijagnosticiran težak oblik autizma i koji se uspio oporaviti zahvaljujući svojim roditeljima koji su osmislili program „kućnog liječenja“ nazvanim *Son Rise* (Kaufman, 2019). Njegov otac zapisivao je metode te je objavljena knjiga metoda nazvana *Autizam: revolucionarno otkriće*, a Kaufman (2019) navodi kako autizam nije poremećaj ponašanja već socijalno- relacijski poremećaj. Također, tvrdi da se metode kojima se stručnjaci koriste često bave promjenom ponašanja, kako iskorijeniti nepoželjno ponašanje i naučiti dijete da prihvati ono drugo, poželjno ponašanje.

Djeca s PAS- om ponašaju se drukčije, ali njihovo ponašanje nije uzrok već je to simptom, svako autistično ponašanje samo je simptom (Kaufman, 2019). Problem nastaje kada ponajprije roditelji, odgojitelji i svi u djetetovoj okolini nastoje otkloniti simptome djetetova ponašanja, a time ne rješavaju autizam već gube povjerenje od djeteta. Autor Kaufman (2019) tvrdi da je upravo to povjerenje i odnos s djetetom najvažnija karakteristika djetetova napretka. Iako teškoće djeteta s dijagnosticiranim PAS- om variraju, postoji i zajednički cijeli niz osnovnih problema, a to su poteškoće u komuniciranju, uspostavljanju kontakta očima, razumijevanju neverbalnih poruka, nošenju s ljudima i društvenim situacijama, podnošenju osjetilnih stimulacija te prilagođavanju promjenama i željama drugih (Kaufman, 2019). Jordan i Powell (1993; prema) smatraju da nekoliko pojmova čini osnovu metode, a to su da: osjećaji proizlaze iz vlastitih uvjerenja, može se odabrati promjena ponašanja, ispitivanja i dijalozi jesu načini za postizanje tih promjena te da potrebe nisu isto što i želje. Također autori smatraju da su to elementi koji više utječu na osobni stav i promjene u percepciji nego na emocionalne i socijalne veze koje program potiče.

Temelj programa *Son Rise* je u tome da se ulazi u djetetov svijet, ono ga pokazuje, ostali ga nastoje razumijeti kako bi mu se što više moglo pomoći, a tek onda djeca upoznaju realni svijet. Povezanost s djetetom se gradi na način da mu se roditelji, ali i ostale osobe, pridružuju u autističnom ponašanju, ali ne na način da potiču to ponašanje. Pridruživanje je temeljni element programa koji ga uz mogućnost provođenja kod kuće razlikuje od ostalih programa (Davis, 2006). Dokazano je da djeca u takvim situacijama više gledaju druge osobe koje se ponašaju isto kao i oni,

poklanjaju im više pažnje, uključuju ih i isto tako sve više s njima žele komunicirati (Kaufman, 2019). Kod Son- Rise programa primjenjuju se pozitivna potkrepljenja za poželjna ponašanja djece, međutim to nisu opipljivi predmeti već su to osjećaji radosti, povezanosti i postignuća (Jordan i Powell, 1993; prema Davis, 2006). Cijela knjiga navodi mnoge strategije koje će pomoći djetetu da se oporavi od autizma, a polazi se od toga da se dijete socijalizira te da se snalazi u društvenim i međuljudskim odnosima. Osnovna načela programa jesu: kontakt očima i neverbalna komunikacija, verbalna komunikacija, raspon interaktivne pažnje te prilagodljivost (Kaufman, 2019). William i Wishart (2003; prema Davis, 2006) su kroz istraživanje obiteljskih iskustava Son- Rise programa došli do zaključka da roditelji provode kvalitetno vrijeme s djetetom dok je nedostatak u tome što provode manje društvenog vremena s ostalim članovima obitelji.

4.5. Program ravnoteže mozga

Autor knjige *Isključena djeca*, dr. Robert Melillo opisao je cjeloviti program prevencije neuroloških poremećaja nazvan *Programom ravnoteže mozga*. Melillo (2016) smatra da poremećaji u učenju ili poremećaji u ponašanju ne zahvaćaju samo područje ponašanja već je svaki poremećaj specifičan i kompliciran te utječe na sve sustave u tijelu. Odnosno, autor je primjetio da je kod poremećaja zahvaćeno cijelo tijelo, a ne samo mozak. Poremećaji kao što su ADHD, disleksija, autizam i sl. manifestiraju se različitim simptomima, međutim uzrok im je jednak, a to je neravnoteža u mozgu ili kako se još naziva, sindrom funkcionalne razjedinjenosti (SFR) (Melillo, 2016). „To znači da postoji električni disbalans ili nedostatak sinkronizacije između dviju polutki mozga te taj disbalans ometa polutke u uspješnoj komunikaciji i integraciji informacija pa mozak ne funkcionira kao jedinstven sustav“ (Melillo, 2016; str. 13). Prema Melillo (2016) kod djece to možemo uočiti kada imaju normalne ili iznadprosječne vještine koje su povezane s dobrim funkcioniranjem jedne polutke mozga, a s druge strane imaju poteškoća u nekim stvarima koje su povezane s neaktivnijim dijelom mozga. Njegov program temelji se na usklađivanju funkcioniranja obje polutke mozga te smatra da kada dođe do tog balansa, nestaju simptomi, a kasnije i poremećaj. Prema Jackson i Wilde (2021) program ravnoteže mozga ima cilj integrirati senzorni unos i ojačati motoričke vještine redovitim i učestalim trajanjem multimodalnih aktivnosti koje su usmjerene na senzoričke funkcije, motoričke vještine i vježbe za rješavanje

primitivnih refleksa zajedno s akademskim i nutritivnim angažmanom te prikladnim kućnim vježbama.

Program je formuliran na način da ga roditelji i laici mogu koristiti kod kuće kako bi pomogli djeci s autizmom i drugim neurološkim smetnjama. Kroz program su prikazane različite metode i vježbe koje pozitivno utječu na djetetov razvoj, a fokusirane su na funkcioniranje lijeve i desne hemisfere mozga kroz sedam razvojnih područja: motorički razvoj (tonus mišića, koordinacija, snaga), senzorna obrada (povezanost svih osjetila), emocionalni razvoj (kontrola i iskazivanje osjećaja), ponašanje (društveno prihvatljiva ponašanja i socijalne interakcije), akademske sposobnosti (sposobnosti učenja i pamćenja), procjena imunološkog sustava (sklonosti alergijama i kroničnim bolestima) i autoimune funkcije (samoregulacija tjelesnih funkcija) (Melillo, 2016). Prema istraživanju Jackson i Wilde (2021) otkriveno je da su sudionici programa pokazali značajna poboljšanja na određenim testovima pamćenja, rasuđivanja, verbalne sposobnosti i koncentracije.

5. Inkluzija djece s PAS- om u vrtićku skupinu

Autorica Sunko (2010) navodi da je inkluzija sustavni proces u kojem se udružuju djeca s poteškoćama sa svojim vršnjacima urednog razvoja te u istom prirodnom okruženju uče, žive i igraju se. Inkluzivno obrazovanje je koncept koji je proizašao iz stava o potrebi uključivanja sve djece u redovni odgojno-obrazovni sustav, a koji je utvrđen na UNESCO-voj Svjetskoj konferenciji o posebnim obrazovnim potrebama 1994. godine (Cerić, 2004; prema Miloš i Vrbić, 2015). Autorica Boulett (2019) navodi kako je inkluzivno obrazovanje primjereno potrebama, sposobnostima i interesima sve djece, bez obzira na njihove biološke, psihološke i socijalne karakteristike. Prema Okviru za poticanje i prilagodbu iskustava učenja te vrednovanje postignuća djece i učenika s teškoćama izdanom 2016. godine, inkluzija uključuje stvaranje djetetova okruženja koje će mu omogućiti razvoj svih potencijala. Prema Državnom pedagoškom standardu predškolskog odgoja i naobrazbe izdanom 2008. godine, ako je u odgojno-obrazovnu skupinu uključeno dijete s težim teškoćama (prema članku 4, stavka 4, autizam spada u oblik težih teškoća), prema procjeni stručnog tima u vrtićkoj skupini može raditi još jedan odgojitelj ili stručnjak edukacijsko-rehabilitacijskog profila. Okvir izdan 2016. godine nalaže osiguravanje resursa potpore (pomoćnici u nastavi, mobilni timovi potpore, stručni komunikacijski

prevoditelji), suradnju ustanova i stručnjaka, partnerstvo s obitelji i participaciju djece/učenika s teškoćom. Prema Trnka i Skočić Mihić (2012) odgajatelji su dužni obavještavati jednom tjedno obitelj, odnosno roditelje o djetetovom napretku te jednom mjesečno obavještavati i voditi razgovore sa stručnim timom. U Hrvatskoj dijete s PAS-om ima mogućnost predškolskog odgoja i obrazovanja u vrtićkoj skupini u redovnoj ili posebnoj skupini, po prilagođenom ili posebnom programu te u posebnoj ustanovi po prilagođenom ili posebnom programu, a sve to ovisi o stupnju teškoće, koji prije uključivanja u bilo kakav program mora biti naznačen dijagnostičkim postupkom (Skočić Mihić, 2011). S obzirom na te mogućnosti upitno je postojanje potpune inkluzije u Republici Hrvatskoj jer su i dalje djeca s PAS-om kao i ostalim teškoćama odvojena u Centre za odgoj i obrazovanje, kao što su Centar za odgoj i obrazovanje „Slava Raškaj“, Centar za odgoj i obrazovanje „Juraj Bonačić“, Centar za odgoj i obrazovanje „Tomislav Špoljar“ i sl. Tada se može govoriti samo o nepotpunoj inkluziji jer neka djeca imaju mogućnost boravka i u redovnim vrtićima kao i boravak u Centrima za odgoj i obrazovanje uz adekvatan i stručni tim edukacijskih rehabilitatora.

Prema Okviru izdanom 2016. godine odgojitelji kao važne osobe u djetetovom životu na razne se načine mogu prilagoditi djetetu s PAS-om: upotrebljavati vizualni raspored (npr. prikaz dnevne rutine), uvažavati i rabiti metodu potpomognute komunikacije (npr. učenik komunicira razmjenom slika), uvoditi vizualnu podršku koja prati sadržaj, organizirati potporu vršnjaka, aktivnosti/zadatke razdijeliti u manje dijelove, koristiti se materijalima za učenje koji prate interese učenika, omogućiti zamjenske aktivnosti, strukturirati prostor u kojem se odvija učenje, osigurati pomoćnika. Poželjno je da odgajatelji, ali i ostala djeca komuniciraju sa djecom s PAS-om kroz razgovor lice u lice jer će na taj način potaknuti interakciju i kontakt s očima. Također, odgajatelj kao promatrač mora pratiti djetetove interese i pozitivno ih iskoristiti u zajedničkom učenju i ostvarivanju motivacije. Kako bi komunikacija bila uspješnija potrebno je da se odgajatelj prije započete komunikacije obrati djetetu s njegovim imenom kako bi ono obratilo pozornost na rečeno, a rečenice moraju biti kratke i jednostavne i sporo izgovorene kako bi dijete imalo vremena obraditi informacije. Poželjno je izbjegavati riječi kao što su „ovo, ono, tamo...“, a koristiti konkretna imena i označavanje predmeta. Djetetu treba davati upute što da radi, a ne što da ne radi, a isto tako tijekom postavljanja pitanja potrebno je ponuditi dva izbora, a ne općenito pitanje, npr. „Želiš li jabuku ili krušku?“, umjesto „Želiš li voće?“

(Morling i O'Connell, 2018). Socijalne priče također su jedan od načina koji se inače koriste uz druge intervencijske postupke, a moguće ih je provoditi u vrtiću. „Socijalne priče opisuju konkretnu situaciju tumačeći relevantne društvene signale, perspektivu drugih, a često predlažu i odgovarajući odgovor na ponašanje u određenoj situaciji „ (Reynhout i Carter, 2007; prema Jančec i sur., 2016). Socijalnu priču dijete može samo stalno čitati, a može mu je čitati i odgajatelj ili druga bliska osoba, a isto tako može biti i prikazana audio ili video snimkom. Svaka socijalna priča ima jasnu strukturu i daje odgovore na pitanja: „Što?, Tko?, Gdje?, Zašto?“ i na taj način djetetu pomaže u razvoju teorije uma odnosno razumijevanju tuđih emocija, želja, potreba, ponašanja i sl. (Jančec i sur, 2016). Popčević (2015), prema Skočić Mihić (2006), navodi kako najveći problem pri ostvarivanju inkluzije, stvara upravo nedostatak znanja, osposobljavanja i usavršavanja odgojitelja prema razumijevanju potreba djece s teškoćama. Stoga je moguće zaključiti da će veća zainteresiranost odgajatelja za stručnim usavršavanjem i osposobljavanjem dovesti do produktivne i pozitivne inkluzije.

6. Zaključak

Kroz povijest i definicije, klasifikacije poremećaja znatno su se promijenile, počevši od toga da je autizam definiran kao oblik shizofrenije pa sve do danas kada se definira kao zaseban poremećaj odnosno PAS. Danas se prema DSM- V težina poremećaja određuje kroz tri razine odnosno tri stupnja te je kod dijagnosticiranja potreban stručni tim sastavljen od psihijatra, psihologa i edukacijskog rehabilitatora. Uz PAS često javljaju i drugi poremećaji i teškoće kao što su ADHD, Tourettov poremećaj, anksiozni poremećaj, depresivni poremećaj, epilepsija, problemi sa spavanjem, opstipacija i izbjegavajući- restriktivni poremećaj uzimanja hrane koji može postati pretjerana i sužena preferencija za hranu, disleksija, disgrafija, diskalkulija, dispraksija i dr. U Hrvatskoj ne postoji jedinstvena metoda niti program za prevenciju PAS-a. U svijetu se koriste mnoge metode od kojih su najpoznatije ABA, Teacch i RIO. Svako dijete je individua za sebe i kao takvome mu se treba prilagoditi na svim područjima. Na UNESCO- voj Svjetskoj konferenciji 1994. godine donešena je odluka za inkluzivno obrazovanje djece s teškoćama u što se uključuju i djeca s PAS-om. Tijekom inkluzije djeteta s PAS- om u vrtićku skupinu moguće je uključivanje još jednog odgajatelja ili stručnog pomoćnika koji će biti uz dijete. Također dijete ima mogućnost boravka i u centrima za odgoj i obrazovanje paralelno s vrtićem što ne daje dojam potpune inkluzije. Nastoji se poboljšati i usavršiti znanje odgojitelja prema potrebama djece s PAS- om jer je upravo to najveća prepreka uključivanja te djece u vrtićke skupine. Odgajatelji moraju biti upoznati s razvojnim fazama djeteta i imati kompetencije prilagođene potrebama djeteta s PAS-om.

7. Literatura

American Psychiatric Associations (1952). *DSM-I: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Associations (1968). *DSM-II: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Associations (1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Associations (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Associations (2014). *DSM-V: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.

Arbanas, G. (2020). Novosti u MKB-11 u području seksualnog zdravlja. *Liječnički vjesnik*, 142 (11-12), 414-419. Preuzeto <https://doi.org/10.26800/LV-142-11-12-62>

Bašić, J. (2009). *Teorije prevencije: prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih*. Zagreb: Školska knjiga.

Blažević, K., Škrinjar, J., Cvetko, J. i Ružić, L. (2006). Posebnosti odabira tjelesne aktivnosti i posebnosti prehrane kod djece s autizmom. *Hrvatski športskomedicinski vjesnik*, 21 (2), 70-82. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/8357>

Bouillet, D. (2019). *Inkluzivno obrazovanje, odabrane teme*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet.

Barbera, M. L., & Rasmussen, T. (2007). *The verbal behavior approach: How to teach children with autism and related disorders*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Bujas-Petković, Z., Frey-Škrinjar, J. i sur. (2010). *Poremećaji autističnog spektra: značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška*. Zagreb: Školska knjiga.

Cepanec, M., Šimleša, S. i Stošić, J. (2015). Rana dijagnostika poremećaja iz autističnog spektra - Teorija, istraživanja i praksa. *Klinička psihologija*, 8 (2), 203-224. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/169751>

Davis, P. S. (2006). The Son-Rise Program: A Case Study of a Family Living with Autism. *Ann Arbor*, 1001, 48106-1346.

Davison, G. C., Neale J. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Slap.

Dionne, M., i Martini, R. (2011). Floor Time Play with a child with autism: A single-subject study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78, 196– 203

Frey Škrinjar, J. i Župan Galić, M. (2012). Analiza utjecaja TEACCH programa poučavanja na razlike u strategijama svladavanja profesionalnog sagorijevanja edukacijskih rehabilitatora. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 48 (2), 13-22. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/87792>

Greenspan, S. I. (2003). *Dijete s posebnim potrebama : poticanje intelektualnog i emocionalnog razvoja*. Lekenik: Ostvarenje.

Grgin, T. (1997). *Edukacijska psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Hudson, D. (2018). *Specifične teškoće u učenju : što učitelji i nastavnici trebaju znati*. Zagreb: Educa.

Jackson, R., & Wild, C. J. (2021). Effect of the Brain Balance Program® on Cognitive Performance in Children and Adolescents with Developmental and Attentional Issues. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, 27-41.

Jančec, M., Šimleša, S. i Frey Škrinjar, J. (2016). Poticanje socijalne interakcije putem socijalnih priča u dječaka s poremećajem iz spektra autizma. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 52 (1), 87-99. <https://doi.org/10.31299/hrri.52.1.8>

Kaufman, R. K. (2019). *Autizam : revolucionarno otkriće : inovativna metoda Son Rise® koja je pomogla obiteljima u cijelom svijetu*. Zagreb: V.B.Z.

Kaplan, H. I., Sadock B. (1998). *Priručnik kliničke psihijatrije*. Jastrebarsko: Slap.

Kiš-Novak, D. i Špehar, A. (2018). Strategije obrazovanja i aktivno učenje u razrednoj nastavi kod učenika s autizmom na primjeru prirodoslovne teme (studija slučaja). *Educatio biologiae*, (4.), 87-97. <https://doi.org/10.32633/eb.4.6>

Melillo, R. (2016). *Isključena djeca : revolucionarni program koji pomaže dovesti mozak u ravnotežu kod djece s autizmom, disleksijom, ADHD-om i drugim neurološkim smetnjama*. Split: Harfa.

Mesibov, G. B., Shea, V., & Schopler, E. (2006). *The TEACCH approach to autism spectrum disorders*. New York: Springer

Morling, E., O'Connell C., Ferdebar M. (2018). *Autizam : podrška djeci i učenicima s poremećajem iz spektra autizma*. Zagreb: Educa.

Miloš, I. i Vrbić, V. (2015). Stavovi odgajatelja prema inkluziji. *Dijete, vrtić, obitelj*, 20 (77/78), 60-63. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/169984>

Nacionalni dokument (2016). Okvir za poticanje i prilagodbu iskustava učenja te vrednovanje postignuća djece i učenika s teškoćama.

Nikolić, S. (1992). *Autistično dijete*. Zagreb: Prosvjeta.

Panerai, S., Zingale, M., Trubia, G., Finocchiaro, M., Zuccarello, R., Ferri, R., & Elia, M. (2009). Special education versus inclusive education: the role of the TEACCH program. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(6), 874–882. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0696-5>

Popčević, K., Ivšac Pavlića, J. i Šimleša, S. (2015). Razvojna procjena i podrška djeci s poremećajima iz autističnog spektra. *Klinička psihologija*, 8 (1), 19-31. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/169583>

Remschmidt, H. (2009). *Autizam, pojavni oblici, uzroci, pomoć*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Shonkoff, JP, i Meisels, SJ. (2000.). *Priručnik za intervencije u ranom djetinjstvu* (2. izd.). Cambridge University Press.

Stošić, J. (2008). Bihevioralni pristup u sprečavanju i uklanjanju nepoželjnih oblika ponašanja i podučavanju djece s autizmom predškolske dobi. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 44 (2), 99-110. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/30722>

Skočić Mihić, S. (2011). Spremnost odgajatelja i faktori podrške za uspješno uključivanje djece s teškoćama u rani i predškolski odgoj i obrazovanje. Doktorska disertacija. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Zagreb.

Silberman, S. (2015). *NeuroTribes: The Legacy of Autism and the Future of Neurodiversity*. New York City: Avery.

Svjetska zdravstvena organizacija (2012). *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema*. MKB10. Zagreb: Medicinska naklada.

Šimleša, S. i Ljubešić, M. (2009). Aspergerov sindrom u dječjoj dobi. *Suvremena psihologija*, 12 (2), 373-389. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/82962>

Šimleša, S. i Capanec, M. (2008). Razvoj izvršnih funkcija i njihovih neuroloških korelata. *Suvremena psihologija*, 11 (1), 55-72. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/81398>

Šimleša, S. (2011). Izvršne funkcije i teorija uma kod osoba s poremećajem iz autističnoga spektra. *Psihologijske teme*, 20 (1), 91-113. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/68725>

Škrobo, M., Šimleša, S. i Ivšac Pavliša, J. (2016). Obilježja socijalne kognicije kod osoba s poremećajem iz spektra autizma, posebnim jezičnim teškoćama i intelektualnim teškoćama. *Logopedija*, 6 (1), 6-13. <https://doi.org/10.31299/log.6.1.2>

Trnka, V. i Skočić Mihić, S. (2012). Odgajatelj u radu s djetetom s poremećajima iz autističnog spektra- prikaz slučaja iz perspektive studenta. *Magistra ladertina*, 7 (1), 189-202. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/99902>

Vizek Vidović, V., Rijavec, M., Vlahović-Štetić, V. & Miljković, D. (2003) *Psihologija obrazovanja*. Zagreb. IEP ; VERN.

Zoltan B. (1996). *Vision, perception and cognition: A manual for the evaluation and treatment of the neurologically impaired adult*. 3. izd. Thorofare. NJ: SLACK.

Zuckerman I. Z. (2016). *Summa pedagogica : inkluzivno obrazovanje učenika s razvojnim teškoćama*. Velika Gorica: Naklada Benedikta.

Sažetak

Prvi slučaj autizma zabilježen u literaturi bio je divlji dječak Viktor iz Aveyrona (1799. godine) koji se ponašao poput životinje te nije pokazivao nikakve oblike civiliziranog ponašanja. Pojam autizam prvi je spomenuo Eugen Bleuer 1911. godine kako bi opisao jedan od glavnih simptoma shizofrenije. Kanner je 1943. godine upotrijebio pojam „Autistični poremećaj afektivnih veza“ i opisao obilježja jedanaestero djece, nad kojima je proveo istraživanje, koja od rođenja imaju nemogućnost uspostavljanja kontakta s ljudima. Ne znajući za Kannerov rad, Hans Asperger 1944. godine opisao je slučajeve djece pod naslovom „Autistična psihopatija u dječjoj dobi“. On je smatrao da su ta djeca ograničena u stvaranju odnosa, motorički nespretna, ali ipak inteligentna, odnosno smatrao je da imaju poremećaj ličnosti. Klasifikaciju i dijagnosticiranje poremećaja obavlja tim stručnjaka koristeći se dvaju, trenutno najrelevantnija dijagnostička i statička priručnika za klasifikaciju duševnih poremećaja, a to su MKB- 10 (Međunarodna klasifikacija psihičkih poremećaja, deseto izdanje) i DSM- V (Dijagnostički i statički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje). Prateći DSM- IV, u MKB- 10 koristi se pojam pervazivni razvojni poremećaji koji ima osam vrsta poremećaja u podkategoriji. Svi dosadašnji poremećaji koji su se povezivali s autizmom prema DSM- V spadaju u jednu cjelinu, a to je Poremećaj iz spektra autizma. Kao glavna obilježja PAS- a mogu se izdvojiti deficiti u socijalnoj komunikaciji, socijalnim interakcijama te stereotipne radnje. Kod djece s PAS- om dolazi do poremećaja u teoriji uma kao i poremećaja u izvršnim funkcijama. PAS je poremećaj koji je u komorbiditetu mnogim poremećajima kao što su: Rettov poremećaj, ADHD, dispraksija, specifične teškoće u učenju, epilepsija i dr. Jako je važno prepoznati simptome poremećaja kako bi se na vrijeme mogle primjeniti metode, usluge i načini intervencije. Jedne od tih metoda su: ABA, TEACCH, floor- time te program ravnoteže mozga i program Son- Rise. Djeca s PAS- om imaju mogućnost inkluzivnog obrazovanja i uključivanja u vrtićku skupinu kako bi se cjelovito razvijali i kako bi razvijali sve svoje potencijale. Uključivanjem djeteta u vrtićku skupinu, moguće je da radi još jedan odgojitelj ili stručnjak edukacijsko-rehabilitacijskog profila, a uloga odgajatelja je ključna.

Ključne riječi: PAS, komunikacija, socijalne interakcije, repetitivna ponašanja, komorbiditet, intervencije, inkluzija.

Abstract

Victor, The Wild Boy of Aveyron, was the first recorded case of autism in literature (1799). He behaved like a wild animal, lacking any traits of civilised behaviour. The term autism was first used by psychiatrist Eugen Bleuler in 1908 in order to describe a schizophrenic patient who had withdrawn into his own world. Leo Kanner described eleven children he had studied in a 1943 paper entitled "Autistic Disturbances of Affective Contact". All of them had had the inability to make contact with other people. Not knowing about his research, Hans Asperger published his 1944 paper entitled "Autistic Psychopathy in Childhood". He believed the deficits autistic children have prevent normal social intercourse, such children are clumsy but still intelligent, they, namely, have a mental disorder. A team of experts does the classification and the diagnose of disorders using two most relevant diagnostic and statistical manuals of mental disorders, ICD-10 (The international classification of mental diseases, edition 10) and DSM-V (Diagnostic and statistical manual of mental diseases, edition 5). Relying on DSM-IV, ICD-10 uses the term pervasive developmental disorder that refers to eight separate disorders. All previous disorders that have to do with autism are, according to DSM-V, put in one group called autism spectrum disorder. It is characterised by socially and emotionally inappropriate behaviour, difficulty interacting with peers and the repetitive patterns of behaviour. Within such children there is a disorder in the theory of mind as well as the disorder of executive functions. ASD is in co-morbidity with other disorders such as Rett Syndrome, ADHD, dyspraxia, specific learning difficulties, epilepsy and others. It is very important to diagnose the symptoms of disorders in order to secure proper treatment options. Such therapies are ABA, TEACCH, floor-time, brain balance program and Son-Rise program. Children with ASD are educated in mainstream kindergarten classrooms in order to achieve full development. In such a group there can be one more educator or an education-rehabilitation expert, but it is the educator herself/himself that has the major role.

Keywords: ASD, communication, social interactions, stereotypical doings, interventions, inclusion.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

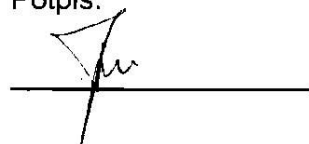
FILOZOFSKI FAKULTET

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

kojom ja Tesa Jurjević, kao pristupnica za stjecanje zvanja sveučilišne prvostupnice ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja, izjavljujem da je ovaj završni rad rezultat isključivo mogega rada, da se temelji na mojim istraživanjima i oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i literatura. Izjavljujem da ni jedan dio završnoga rada nije napisan na nedopušten način, odnosno da nije prepisan iz necitiranoga rada, stoga ne krši ničija autorska prava. Također izjavljujem da nijedan dio ovoga završnoga rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Split, 12. srpnja 2021.

Potpis:



**IZJAVA O POHRANI ZAVRŠNOGA/DIPLOMSKOGA RADA U DIGITALNI
REPOZITORIJ FILOZOFSKOGA FAKULTETA U SPLITU**

Studentica: Tesa Jurjević

Naslov rada: Poremećaji spektra autizma kod djece rane i predškolske dobi

Znanstveno područje: društvene znanosti

Znanstveno polje: Psihologija

Vrsta rada: Završni rad

Mentor rada (akad. stupanj i zvanje, ime i prezime): izv. prof. dr. sc. Darko Hren

Sumentor rada (akad. stupanj i zvanje, ime i prezime): mag. psych. Bruno Barać

Članovi Povjerenstva (akad. stupanj i zvanje, ime i prezime): mag. psych. Bruno Barać, izv. prof. dr. sc. Darko Hren, dr. sc. Toni Maglica

Ovom izjavom potvrđujem da sam autorica predanoga završnoga rada i da sadržaj njegove elektroničke inačice potpuno odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada. Slažem se da taj rad, koji će biti trajno pohranjen u Digitalnom repozitoriju Filozofskoga fakulteta Sveučilišta u Splitu 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, 131/17), bude:

a) u otvorenom pristupu

b) dostupan studentima i djelatnicima FFST-a

c) dostupan široj javnosti, ali nakon proteka 6 mjeseci / 12 mjeseci / 24 mjeseca

U slučaju potrebe (dodatnoga) ograničavanja pristupa Vašemu ocjenskomu radu, podnosi se obrazloženi zahtjev nadležnomu tijelu u ustanovi.

Mjesto, nadnevak: Split, 12. srpnja 2021.

Potpis studenta/studentice:

