

# Poremećaji spektra autizma kod djece rane i predškolske dobi

---

**Bralić, Lidia**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2023**

*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:172:609340>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-12-25**

*Repository / Repozitorij:*

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



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU

FILOZOFSKI FAKULTET

ZAVRŠNI RAD

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

Lidia Bralić

Split, 2023.

SVEUČILIŠTE U SPLITU  
FILOZOFSKI FAKULTET U SPLITU  
ODSJEK ZA RANI I PREDŠKOLSKI ODGOJ I OBRAZOVANJE

**Lidia Bralić**

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

Studentica: Lidia Bralić

Mentorica: Izv. prof. dr. sc. Esmeralda Sunko

Komentorica: Vedrana Vučković, pred.

Split, rujan 2023.

## ZAHVALE

Zahvaljujem se prije svega mentorici izv. prof. dr. sc. Esmeraldi Sunko i komentorici pred. Vedrani Vučković na ukazanom trudu i stručnom vođenju tijekom pisanja završnog rada. Zahvaljujem se i svim mojim profesorima koji su me tijekom prethodne tri godine inspirirali i vlastitim mi radom ukazivali na odgovornost koja dolazi s ulogom odgojitelja.

Lidia Bralić

## Sadržaj

UVOD .....	1
1. PSA KROZ POVIJEST.....	2
2. POREMEĆAJI SPEKTRA AUTIZMA .....	4
3. POKAZATELJI PSA .....	6
3.2. Etiologija .....	9
4. ODGOJNO-OBRAZOVNA PODRŠKA .....	11
4.1. Rana intervencija .....	11
4.2. Bihevioralna terapija .....	12
4.2.2. PECS .....	12
4.2.3. Floortime .....	13
4.3. LOVAAS .....	14
5. ULOGA ODGOJITELJA.....	15
ZAKLJUČAK.....	17
SAŽETAK.....	18
SUMMARY .....	19
LITERATURA .....	20

# UVOD

Predmet ovog završnog rada je poremećaj spektra autizma (PSA) u djece rane i predškolske dobi. U radu prolazimo kroz povijest PSA koji je kao stanje bio potpuno neshvaćen i često svrstavan kao jedan od simptoma šizofrenije. PSA se ranije u literaturi identificirao s terminom autizam, kada ga početkom dvadesetog stoljeća psihijatar Eugen Bleuler imenuje kako bi opisao očitu naklonost samoći šizofrenih pacijenata (Remschmidt, 2009).

PSA se smatra općim razvojnim poremećajem kod kojeg pokazatelji postaju uočljivi u ranoj dječjoj dobi i često stagniraju tijekom djetetova daljnjeg razvoja (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). Znakovi prepoznavanja i dijagnostike su se mijenjali. Danas se znakovi prepoznaju prema DSM V (2014). U radu se govori o metodama odgojno-obrazovne podrške koje su primjenjive u radu s djecom sa PSA.

U samom otkrivanju PSA kod djece važnu ulogu imaju roditelji i odgojitelji djeteta koji s djetetom provode najviše vremena što im pruža bolji uvid u eventualne promjene i odstupanja od normalnog razvoja djeteta, stoga uloga odgojitelja igra ključnu ulogu u prepoznavanju usmjeravanju roditelja i stručnih suradnika ka ranoj intervenciji, kako bi se djetetu olakšalo funkcioniranje u određenim dijelovima života, te integraciji djeteta u odgojno-obrazovnu skupinu u ustanovi u kojoj djeluje.

U ovom ću se radu usmjeriti na opisivanje načina dijagnosticiranja PSA prema petom izdanju *Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje* (DSM V, 2014).

# 1. PSA KROZ POVIJEST

Sancte de Santis 1905. godine definira demenciju prekokismu (*dementia praecocissima*), stanje psihoze kod djece rane dobi koje je obuhvaćalo djetetovo intelektualno i psihičko osiromašenje. Među djecom koju de Santis opisuje kao osobe u stanju psihoze, bila su i djeca sa PSA, koja su se često svrstavala u istu kategoriju kao i djeca sa stanjima intelektualnog oštećenja, te su se u to vrijeme djeca sa PSA smještala u ustanove za mentalno oboljele (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Riječ *autizam* pojavljuje se 1911. godine nakon što ju je švicarski psihijatar Eugen Bleuler izveo iz grčke riječ „autos“ koja znači „ja“, kako bi opisao jedan od osnovnih simptoma šizofrenih pacijenata koji se „povlače u svoj svijet“, te imaju smanjenu želju za socijalnom interakcijom s ljudima u okruženju (Baron-Cohen, 2005; Remschmidt, 2009). Najraniji klinički utemeljeni opisi onoga što bismo sada prepoznali kao PSA napisani su tek mnogo godina kasnije.

Zasluge za prve detaljne opise PSA obično pripisuju američkom dječjem psihijatru Leu Kanneru koji je 1943. kroz proučavanje jedanaestero djece sa zajedničkim smetnjama komunikacije i govora, stanje nazvao "infantilni autizam", zbog ranog pojavljivanja pokazatelja. Kanner je pretpostavio da će djeca sa PSA, u velikom broju situacija izbjegavati bilo kakvu socijalnu interakciju, preferirati rutinsko ponašanje i ne obraćati pozornost na okolinu (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010; Remschmidt, 2009).

Približno u isto vrijeme u kojem je Kanner dolazio do novih saznanja, njemački psihijatar Hans Asperger je vjerovao da je došao do novog sindroma koji je nazvao "autistična psihopatija". Do pojma je došao kroz proučavanje četiri slučaja djece sa zajedničkim obilježjima. Asperger djecu sa „autističnom psihopatijom“ opisuje kao motorički nespretni, socijalno ne prihvaćene, kao djecu koja ne gledaju sugovorniku u oči, ne obaziru se na socijalne zahtjeve okoline, često pokazuju sadistička ponašanja i ne uzimaju u obzir dopuštenja i zabrane koje dobivaju od autoriteta. S druge strane, opisuje ih kao izrazito inovativne u stvaranju prikladnih novih riječi i sposobne raspolaganju znanjima iz područja njihova interesa. No, za razliku od Kanneru koji je PSA svrstavao pod razvojne poremećaje, Asperger je na autizam gledao kao poremećaj osobnosti, te ih povezivao s očevima djece sa PSA koji su pokazivali iste ili slične simptome (Bujas Petković i sur., 2010; Remschmidt, 2009; Rosen, Lord i Volkmar, 2021).

Kao rezultat Kannerovog rada, autizam se 1980. uvrštava u treće izdanje *Američkog dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje* (DSM III, 1980), dok je u

drugom izdanju PSA opisan kao dječja šizofrena reakcija, što u znanstvenim krugovima 1970. počinje izazivati nezadovoljstvo te se uvode promjene (Rosen i sur., 2021).



## 2. POREMEĆAJI SPEKTRA AUTIZMA

Prema *Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje Američke psihijatrijske udruge* (DSM V, 2014) pojam *spektar* nastao je kao odgovor na različite težine autističnog stanja, na različitu kronološku dob i razvojnu razinu osoba sa PSA (DSM V, 2014). „Autistični poremećaj (infantilni autizam, autistični sindrom, autizam) pervazivni je razvojni poremećaj koji započinje u djetinjstvu, većinom u prve tri godine života, zahvaća gotovo sve psihičke funkcije i traje cijeli život“ (Bujas Petković i sur, 2010: 6)

Prevalencija PSA u općoj populaciji je oko jedan posto. Pokazatelji PSA obično su uočljivi u drugoj ili trećoj godini djetetova života, ali u slučaju većih razvojnih kašnjenja pokazatelji se uočavaju i ranije. Osnovna obilježja poremećaja PSA su nepostojanje ili smanjen interes djeteta za socijalnu interakciju s vršnjacima i svojim socijalnim okruženjem, te specifična ponavljajuća repetitivna ponašanja (npr. samoozljeđivanje), koja se svakodnevno ponavljaju i ometaju svakodnevne aktivnosti. Kao rani pokazatelji PSA smatraju se nelagoda pri održavanju kontakta očima i ne odazivanje na vlastito ime. Pokazatelji koji su karakteristični za djecu sa PSA su gubitak prethodno stečenih socijalnih sposobnosti i korištenja jezika u prvim godinama života, smanjen i atipičan kontakt očima, ne razumijevanje neverbalnih znakova raspoloženja i problem sa združenom pažnjom (DSM V, 2014; Morling, O'Connell, Ferdebar, 2018; Martínez-González, Cervin i Piqueras, 2022; Sauer, Stanton, Hans i Grabrucker, 2021, prema Masi i sur., 2017).

DSM V (2014) kao prve simptome PSA navodi zakašnjeni razvoj jezika, odsutnost želje za druženjem s vršnjacima, neobične obrasce igre i komunikacije. Kasnije, tijekom djetetove druge godine pojavljuju se česta repetitivna ponašanja. Također, kod djece predškolske dobi često je odbacivanje od vršnjaka i pasivnost koje rezultira favoriziranjem samostalne igre ili igre s odraslima. Kako navode Lord, Cook, Leventhal i Amaral (2000), ponavljajuća se ponašanja pojavljuju u predškolskim godinama. Tako je, na primjer, dijete normalnog razvoja u stanju održavati kontakt očima s drugim ljudima i izražavati gotovo sve emocije putem izraza lica, što je više nego što mogu starija djeca i odrasli sa PSA.

Dakako, važno je prepoznati da je PSA izrazito kompleksan i da dva djeteta sa PSA mogu imati potpuno različite pokazatelje potrebne razine podrške. Također, sazrijevanjem pokazatelji postaju izraženiji ili se u određenoj mjeri poboljšaju (Bouillet, 2019). Yadav (2020, prema Lukić, Arsić i Gajić, 2023) navodi kako je posljednjih godina broj djece dijagnosticirane

sa PSA u porastu. Nije poznato da li je porast stvaran u općoj populaciji ili je razlog povećanju bolje rano otkrivanje pokazatelja ili oboje.

### 3. POKAZATELJI PSA

Prema Bujas Petković i sur. (2010) dijagnoza PSA postavlja se na osnovu podataka iz anamneze, promatranja djeteta te laboratorijskih podataka. Pritom se koriste danas aktualni klasifikacijski sustavi psihičkih poremećaja MKB-10 i DSM V. Kao što navodi Remschmidt (2009), standardizirani intervjui s roditeljima ili s drugim starateljima pomažu stručnjacima što točnije dijagnosticirati PSA.

U anamnezi roditelji navode teškoće tokom i neposredno nakon trudnoće, komplikacije tijekom porođaja, djetetovo odbijanje dodira, ne odgovaranje na roditeljev smiješak, ne reagiranje na zvukove što je često dovodilo roditelje do zaključka da bi dijete moglo biti gluho. U društvu vršnjaka dijete nema interesa za druge, igra se samo, ima usporen ili potpuno nerazvijen govorni jezik (Remschmidt, 2009).

*Tablica 1 Dijagnostički kriteriji autizma prema petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM V, 2014: 50, 51)*

Dijagnostički kriteriji F84.0
<b>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):</b>
1. deficiti u socijalno-emocionalnoj uzajamnosti u rasponu, na primjer, od abnormalnog socijalnog pristupanja i izostanka normalne izmjene 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 i u sklapanju prijateljstava, do nepostojanja interesa za vršnjake.
<b>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):</b>
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 razvojnem 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 iz 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.**

Glavna dijagnostička obilježja PSA (tablica 1) primjetna su u razvojnom periodu, ali intervencija, kompenzacija i sadašnje podrške mogu pomoći djetetu u određenim aspektima života. Manifestacije poremećaja također se razlikuju po intenzitetu (tablica 2), što ovisi o brojnim faktorima od kojih su neki kronološka dobi i razvojna razina djeteta. Navedeno rezultira spektrom autizma (DSM V, 2014). „Oštećenja u komunikaciji i socijalnoj interakciji određena u Kriteriju A pervazivna su i trajna. Dijagnoza je najvaljanija i najpouzdanija kada se osniva na višestrukim izvorima informacija, uključujući opažanja kliničara, anamnezu od njegovatelja i, kada je moguće, samoopis“ (DSM V, 2014: 53).

*Tablica 2 Razine težine poremećaja iz spektra autizma prema petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje ( DSM V, 2014: 52)*

Razine težine poremećaja iz spektra autizma		
Razina težine	Socijalna komunikacija	Ograničena, repetitivna ponašanja
Razina 3 „zahtjeva vrlo veliku podršku“	Teški deficiti u vještinama verbalne i neverbalne socijalne komunikacije uzrokuju teško oštećenje funkcioniranja, vrlo ograničeno započinjanje socijalnih interakcija i minimalan odgovor na pokušaje socijalnog približavanja drugih osoba. Na primjer, osoba s nekoliko riječi razumljivog govora koja rijetko započinje interakciju, a kada to učini, koristi	Nefleksibilnost ponašanja, izrazita teškoća suočavanja s promjenom ili druga ograničena/repetitivna ponašanja značajno ometaju funkcioniranje u svim područjima. Jaka uznemirenost/teškoća pri promjeni fokusa ili djelovanja.

	neuobičajene pristupe samo radi zadovoljavanja svojih potreba i odgovara samo na vrlo izravan socijalni pristup.	
Razina 2 „zahtjeva veliku podršku“	Naglašeni deficiti u vještinama verbalne i neverbalne socijalne komunikacije, socijalno je oštećenje očito čak i uz prikladne podrške, ograničeno je započinjanje socijalnih interakcija, a oslabljeni su ili abnormalni odgovori na pokušaje socijalnog približavanja drugih osoba. Na primjer, osoba koja govori jednostavne rečenice, čija je interakcija ograničena na uske posebne interese i koja ima naglašeno čudnu neverbalnu komunikaciju.	Nefleksibilnost ponašanja, teškoća suočavanja s promjenom ili druga ograničena/repetitivna ponašanja pojavljuju se dovoljno često da budu očita usputnom opažaču i da ometaju funkcioniranje u različitim kontekstima. Uznemirenost i/ili teškoća pri promjeni fokusa ili djelovanja.
Razina 1 „zahtjeva podršku“	Bez prikladne podrške deficiti socijalne komunikacije uzrokuju zamjetljiva oštećenja. Teškoće u započinjanju socijalnih interakcija i jasni primjeri atipičnih ili neuspješnih odgovora na pokušaje socijalnog približavanja od drugih osoba. Može se činiti da su smanjeno zainteresirani u socijalnim interakcijama. Na primjer, osoba koja je sposobna govoriti potpune rečenice i sudjeluje u komunikaciji, ali čija izmjena u konverzaciji s drugima ne uspijeva i čiji su pokušaji stjecanja prijatelja čudni i tipično neuspješni.	Nefleksibilnost ponašanja uzrokuje značajno ometanje funkcioniranja u jednom ili više konteksta. Teškoća pri izmjenjivanju aktivnosti. Problemi organizacije i planiranja sprečavaju neovisnost.

Prema dijagnostičkim materijalima, tablica (tablica 2) prikazuje razine zahtjevanje podrške, u odnosu na razine težine pokazatelja PSA.

## 3.2. Etiologija

Za pronalaženje uzroka PSA, danas prevladava uvjerenje stručnjaka o multikauzalnosti etiologije, odnosno postojanje velikog broja razloga koji utječu na poremećaj socijalnih interakcija, stereotipije i verbalne i neverbalne komunikacije. Kao mogući uzročnici PSA često se navode razni genetski faktori, oštećenja fetusa u trudnoći, teškoće i komplikacije pri porodu i virusne infekcije u dojenčadi. Kroz prošlost su se spominjale psihološka i organska teorija kao mogući uzroci autističnog poremećaja u dječjoj dobi (Bujas Petković i sur., 2010; Nikolić, 2000). Predstavnik psihološke teorije bio je Kanner koji je kroz proučavanje abnormalnog ponašanja u djece rane dobi došao do zaključka kako je to ponašanje rezultat posljedica disfunkcionalnih odnosa u obiteljima, te dolazi do teorije o „hladnim majkama“ koja kao krivca za ponašanje djece nalazi u nedostatku pružene roditeljske nježnosti i pažnje djetetu. Kasnije je ovaj koncept diskreditiran. Potkraj 20. stoljeća pozornost se usmjerila prema genetici kako bi se objasnilo ovo stanje (Joseph, 2018; Steinman, 2020). „Normalan izgled djece i činjenica da se dijete često u prvoj godini naizgled uredno razvijalo i ponašalo, podupirali su mišljenje o psihološkim uzrocima poremećaja. Organske teorije pretpostavljaju da je posrijedi moždani poremećaj koji uzrokuje razvojni hendikep sa specifičnim simptomima i poremećajima“ (Bujas Petković i sur, 2010: 67).

Primarni autizam uočljiv je u prvim mjesecima djetetova života budući da djeca ne pokazuju interes prema okolini, dok se sekundarni autizam pojavljuje nakon faze normalnog razvoja djeteta. U djece sa PSA primjetni su česti primjeri trudnoća koje su bile problematične ili problemi pri porođaju. Također, veliki broj djece sa PSA ima epileptične napadaje koji potvrđuju organska oštećenja mozga (Bujas Petković i sur., 2010). Remschmidt (2009, prema Mcdonald i sur., 1989), spominje istraživanje provedeno na različitim obiteljima, te je kroz istraživanje utvrđeno da se unutar pojedinih obitelji nalazi značajno povećan broj autističnih osoba, što dovodi do zaključka o mogućem genetskom utjecaju.

„Rutter (1979.) smatra da je za autizam primaran poremećaj jezika i govora te predlaže hipotezu o defektu u razumijevanju i shvaćanju zvukova u djece s autizmom. To oštećenje može biti povezano i s drugim perceptivnim defektima; nemogućnost djeteta da govori, a pogotovo da shvati tuđi govor, uzrok je ostalih simptoma koji su prisutni u djece s autizmom“ (Bujas Petković i sur., 2010: 69).

Česti popratni zdravstveni problemi od kojih osobe sa PSA obolijevaju su sindrom lomljivog kromosoma X, urođena rubeola, urođeni citomegalovirus, herpes encefalitis i poremećaji metabolizma bjelančevina i ugljikohidrata (Baron-Cohen i Bolton, 2000).

Uzroci PSA dalje su tema istraživanja (Bujas Petković i sur., 2010).

## 4. ODGOJNO-OBRAZOVNA PODRŠKA

Remschmidt (2009) navodi da kako bi se autističnoj djeci poboljšala kvaliteta svakodnevnog života, važno ih je usmjeriti na određene zadatke, kako se ne bi prepustili repetitivnim rutinama i navikama. Važno je svaku terapiju prilagoditi pojedinom djetetu te ju primjenjivati na što širem području djetetovog razvoja. Kroz terapije se djecu potiče na govor, smanjuje se samoozljeđivanje, uče se ponašanju za stolom, socijalnom ponašanju i potiču se na ustrajnost. Od presudne važnosti je uključivanje roditelja u terapijske aktivnosti, budući da su oni ti koji s djetetom provode najviše vremena što omogućuje uključivanje terapijskih koraka u dom.

### 4.1. Rana intervencija

„Rano poticanje i rani odgoj polaze od pretpostavke da razvoj djeteta u značajnoj mjeri ovisi i o okolinskim čimbenicima i poticajima. Kako bi se spriječio teški invaliditet, tj. oštećenje smanjilo na najmanju moguću mjeru, autističnu djecu treba rano podvrći odgovarajućim postupcima poticanja“ (Remschmidt, 2009: 72).

„Prema Zakonu o socijalnoj skrbi rana intervencija pruža se djetetu od rođenja do navršene treće godine života, a najdulje do navršene sedme godine, pri čemu se usluga može pružati u obitelji korisnika, odnosno u udomiteljskoj obitelji, te kod pružatelja usluga“ (Zakon o socijalnoj skrbi, NN 157/13, 152/14, 99/15, 52/16, 16/17, 130/17, 2018: Čl. 84, prema Matijaš, Bulić i Kralj, 2019). Rana intervencija je, prema Remschmidt (2009) program poticanja koji se provodi s djecom u specijaliziranim klinikama. Ističe se važnost rane intervencije kako bi se potpomoglo cjelokupno ponašanje i govorna komunikacija u djece sa PSA, te je potrebno na vrijeme postaviti dijagnozu PSA i uključiti dijete u odgovarajuće postupke poticanja razvoja sposobnost.

Remschmidt (2009) navodi najčešće korištene korake ranog poticanja djece sa PSA:

1. Postavljanje dijagnoze
2. Dijalog s osobama koje su bliske djetetu s ciljem utvrđivanja razine poremećaja i detaljnog razgovora o planiranim postupcima.
3. Izrada razvojnog profila autističnog djeteta na osnovu promatranja djeteta u raznim situacijama, psihodijagnostičkog nalaza s objektivnim mjerama inteligencije, neurološkog pregleda, EEG-a i po potrebi laboratorijskih nalaza



4. S roditeljima se razvija nacrt poticanja i terapije u kojem važnu ulogu ima suradnja roditelja i ustanove koja se bavi djetetom (vrtić)

5. Kreira se vremenski plan

Za većinu predškolskih programa rane intervencije napredak postaje uočljiv nakon jedne ili dvije godine intenzivnog rada. Važno je da se postupci prevencije primjenjuju što ranije, između druge i četvrte godine, vremenski moraju biti što intenzivniji, te trajati barem dvije godine (Remschmidt, 2009).

## **4.2. Bihevioralna terapija**

Cilj Bihevioralne terapije kod djece sa PSA je napuštanje socijalno nepoželjnih oblika ponašanja, a usvajanje poželjnih obrazaca ponašanja. Terapija se provodi kroz poticanje socijalne komunikacije, razvoj govornog jezika, redukcija samostimulacije, stereotipije, ispada bijesa, agresije i samoozljeđivanja (Remschmidt, 2009).

### **4.2.1. TEACCH**

Remschmidt (2009) opisuje program TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children) koji intenzivno potiče pojedince na individualno stjecanje znanja. TEACCH program se zasniva na uvjerenju da autistična djeca dobro reaguju na strukturirano učenje.

TEACCH program prilagođen je za ustanove ranog i predškolskog odgoja. Program se temelji na poštivanju osoba sa PSA i naglašava da osobe sa PSA nisu inferiorne u odnosu na osobe koje nemaju PSA. Temeljna karakteristika TEACCH programa je strukturirano i vizualno učenje. Učitelji ili odgajatelji koriste slike kako bi olakšali djeci svakodnevnu komunikaciju, te se koriste različite prostorije za igru, individualne i grupne aktivnosti (Eikeseth i Klintwall, 2014).

### **4.2.2. PECS**

Bondy i Frost (1994, prema Bujas Petković i sur., 2010) navode da je PECS (Picture Exchange Communication System) oblik slikovne komunikacije prikladan za djecu i osobe s komunikacijskim poteškoćama, uključujući one sa PSA. Kroz PECS djeca uzimaju sliku koja ima ilustraciju onoga što oni žele uzeti, napraviti ili izgovoriti i daju ju sugovorniku kako bi dobili ono što žele. Dijete time inicira i zahtjeva komunikaciju s okolinom kako bi ostvarilo

svoje potrebe. „Tijekom nekoliko početnih faza vježbanja zahtijevanje je povezano s opipljivim nagradama koje su, pak, povezane sa socijalnim nagradama (pohvala, itd.). Kada socijalne nagrade postaju učinkovitije i kada ih dijete shvati i prihvati, uvode se nove socijalno utemeljene komunikacijske funkcije“ (Bujas Petković i sur., 2010: 295).

Prema Bujas Petković i sur. (2010) PECS se provodi kroz šest faza. Prva faza je fizička razmjena u kojoj je cilj bez verbalnih poticaja odrediti djetetu najpoželjniju ponuđenu sliku koju dijete daje učitelju. Učitelj bilježi koje slike dijete bira više, a koje manje puta, te ih označava kao „nepoželjne“, „poželjne“ i „vrlo poželjne“. U drugoj fazi, fazi razvijanja samostalnosti cilj je da dijete s veće udaljenosti između njega i ploče sa slikama odnosno njega i učitelja samostalno priđe ploči sa slikama, skine sliku koju želi i odnosi je učitelju. Treća faza je faza razlikovanja slika u kojoj učitelj nakon svakog pokušaja mijenja položaj slika, kako bi dijete svladalo razlikovanje. U četvrtoj fazi, fazi strukture rečenice, dijete traži prisutne i neprisutne objekte koristeći se opširnijim vokabularom te odlaskom do slike na kojoj piše „ja želim“ i uzimanjem slike simbola koji želi i stavljanjem tog simbola na traku s rečenicama, pored slike „ja želim“. Nakon stavljanja simbola onoga što želi, dijete predaje traku za rečenice učitelju. Kada dijete počne govoriti, učitelj samo kaže „ja želim...“ i dopušta djetetu da samostalno imenuje željeni predmet. U petoj fazi odgovara se na pitanje „što želiš?“ u kojoj je cilj da dijete spontano zatraži željene predmete i odgovara na pitanje „što želiš?“. U šestoj fazi dijete nakon prikladne materijalne i socijalne nagrade prikladno odgovara na pitanja „što želiš?“, „što vidiš?“ i slična pitanja. Kroz završnu fazu se postupno uvode novi pojmovi kako bi dijete bilo sposobno koristiti se širokim spektrom pojmova u različitim socijalnim situacijama. Kroz svaku fazu je potrebno djetetu pružiti dovoljno prilika.

Kroz dosljednu primjenu PECS-a u edukaciji djece s teškoćama u komunikaciji, sva djeca pokazuju uspješnost u barem prvom zahtjevu PECS-a, odnosno u zamjeni jedne slike za predmet (Bujas Petković i sur., 2010).

### **4.2.3. Floortime**

Floortime je intervencijska metoda koja za cilj ima da kroz igru s djetetom sa PSA, roditelj sjeda na pod i slijedi djetetove aktivnosti u periodu do 30 minuta, kako bi se razvila recipročna igra i komunikacija. Dijete se potiče da povezuje ponašanja i aktivnosti s pozitivnim emocijama, bez prevelikog vanjskog poticanja i nagrađivanja kada uspješno obavi aktivnost. Floortime intervencijom kod djeteta se potiče socijalna komunikacija, a moguće ju je jednostavno uključiti u svakodnevne aktivnosti (Dionne i Martini, 2011).

Floortime metoda na dijete gleda holistički i pristupa svakom djetetu individualno prema njegovim potrebama (Townsend i Polatajko, 2007, prema Dionne i sur., 2011).

### **4.3. LOVAAS**

Kako navode Smith i Eikeseth (2011) psiholog Ivar Lovaas predvodnik je u primijenjenoj analizi ponašanja (*Applied Behavior Analysis* ili ABA). ABA metoda za cilj ima naučiti dijete sa PSA poželjnom ponašanju, a umanjiti ona neželjena ponašanja, kao što su: žvakanje vlastitih prstiju, udaranje sebe u lice više puta u kratkom vremenskom periodu, udaranje glavom od oštre predmete ili bockanje očiju. Lovaas je vjerovao kako su djeca sa PSA sposobna uz ABA metodu promijeniti trenutno ponašanje i naučiti nove obrasce ponašanja. Kroz svoj rad s djecom koristio je nagrade i kazne, što je bilo kritizirano od njegovih kolega ali se pokazalo kao učinkovito. Veliki broj djece bi kroz njegove metode promijenio ponašanje na duži vremenski period. Također, Lovaas je kroz rad uočio kako bi se djeca koja su u tek u školskoj dobi ili u adolescenciji pristupila ABA intervenciji, vratila na početno stanje.

Upravo iz tog razloga, Lovaas je naglašavao važnost primjene ABA metode još u predškolskom uzrastu, važnost uključivanja članova obitelji te prakticiranje metode u obiteljskom okruženju, a ne u institucionaliziranom kako se to uglavnom provodilo, kako bi rezultati bili što povoljniji. Lovaas u 1987. godini, objavljuje studiju u kojoj opisuje devetoro od 19 djece predškolskog uzrasta koja su do prvog razreda postigla „normalno funkcioniranje“ kao rezultat intenzivne uključenosti (40 sati u tjednu) u Lovaasov program (Smith i sur., 2011).

## 5. ULOGA ODGOJITELJA

U djetetovom ranom djetinjstvu odgojitelj igra iznimno važnu ulogu, iz tog razloga je potrebno da je on kompetentan i usmjeren na djetetovu dobrobit i pravilan razvoj. Od velikog je značaja da odgojiteljeva kompetentnost, da kroz svoj rad stvara inkluzivnu odgojno-obrazovnu klimu i prakticira inkluzivno obrazovanje ustanove kako bi svakom djetetu, pa tako i djetetu sa PSA može pružiti adekvatnu podršku u razvoju. Inkluzivno obrazovanje nastoji poticati razvoj sve djece u skladu s njihovim sposobnostima, osobinama i poteškoćama te osigurati jednake mogućnosti i kvalitetu obrazovanja (Sunko, 2010).

Prema DSM V (2014) pokazatelji PSA najizraženiji su upravo u predškolskoj i ranoj školskoj dobi, nakon čega često stagniraju. Upravo tu odgajatelj ima dužnost pravilno usmjeriti dijete i djetetove roditelje ka pravilnim oblicima podrške i intervencija pri učenju kako bi se ostvarili pomaci u određenim dijelovima djetetova svakodnevnog života. Kako navodi Hudson (2018), kroz rad odgojitelja s djecom sa PSA važno je da odgojitelj bude direktan i jasan u svojoj komunikaciji zato što učenici sa PSA u suprotnom neće razumjeti i pogoditi što se od njih očekuje. Također je važno istaknuti bitne informacije, koristiti kratke i jasne rečenice, ne koristiti sarkazam zbog mogućeg nerazumijevanja kod djeteta i prethodno ih upoznati s mogućim promjenama u skupini budući da djeca sa PSA vole rutinu i promjene im mogu stvoriti neugodu. Kod djece sa PSA često postoji povećana osjetljivost na određene podražaje kao što su svjetlost, bučnost, teksture i mirisi, stoga je važno da odgojitelj prilagodi prostorne uvjete u skupini: prilagoditi rasvjetu, ako postoje uvjeti omogućiti djetetu samostalan rad u tišini, u aktivnostima ne koristiti materijale i teksture koji izazivaju neugodu i izbjegavati jake mirise. Hudson (2018) također navodi potrebu odgajateljevog motrenja dječjih grupnih aktivnosti da bi se prevenirale moguće neljubazne ili nasilne situacije od strane druge djece prema djetetu sa PSA, ali i izbjeglo „diktatorsko“ ponašanje djeteta sa PSA prema ostatku skupine.

Istraživanje koje su provele Sunko, Rogulj i Živković (2019) pokazuje niske procjene vlastitih kompetencija odgojitelja u pristupu djeci s poteškoćama u razvoju, dok ujedno izražavaju visoku svijest o specifičnostima poteškoća koje zahtijevaju suradnju svih sudionika edukacijsko-rehabilitacijskog procesa kako bi se ostvarile inkluzivne vrijednosti odgojno-obrazovne ustanove i djeci sa PSA i drugim posebnim potrebama omogućio kvalitetan razvoj. Također, rezultati istraživanja sugeriraju da je odgajateljevo cjeloživotno učenje i stjecanje kompetencija važno za odgoj i obrazovanje djece sa PSA, ali i stav odgajatelja kako integriranje djeteta sa PSA mijenja skupinu te iziskuje povećan radni napor. Uz do sada navedeno,

istraživanje je također pokazalo mišljenje odgajatelja kako su suradnja i komunikacija između odgajatelja i roditelja nezadovoljavajuće (Sunko, Rogulj i Živković, 2019).

U današnje vrijeme puno tehnoloških promjena, bitno je da su odgajatelji u toku s najnovijom tehnologijom kako bi imali pristup pronalaženja novih informacija potrebnih za cjeloživotno obrazovanje. Potrebno je i da odgajatelji surađuju s roditeljima djece sa PSA, ali i s kolegama profesionalcima u različitim područjima koji djeluju u ustanovi, te rade na uključivanju institucija potrebnih djeci sa PSA i njihovim roditeljima (Sunko i sur. 2019).

Za promoviranje inkluzivne klime u praksi, potrebno je da roditelji i odgojitelji djece s posebnim potrebama, u koje se ubrajaju i djeca sa PSA, zagovaraju zajednički odgoj i obrazovanje djece s teškoćama u razvoju i djece normalnog razvoja (Stevens i Wurf, 2020, prema Sunko, 2021).

## ZAKLJUČAK

Iako se veliki broj znanstvenika bavi temom PSA, o njemu se ni danas ne zna dovoljno. Djeca sa PSA su kroz povijest često bila neshvaćena i odbacivana, a na žalost i danas postoje društva koja manjka znanja o poremećaju često stigmatiziraju takvu djecu i nazivaju ih divljima i povučenima. Upravo iz tog razloga važno je da su odgajatelji spremni na cjeloživotno učenje i napredovanje, na proučavanje relevantne literature iz područja PSA, kako bi stekli kompetencije potrebne za rano uočavanje pokazatelja. Također je važno osposobiti odgajatelje kako bi u svom radu mogli primjenjivati različite oblike odgojno-obrazovne podrške, koje djeci sa PSA olakšavaju svakodnevno funkcioniranje. Ranim uočavanjem i pravovremenom intervencijom djetetu sa PSA se pruža mogućnost kvalitetnijeg života, te se prevenira kasnije pretjerano povlačenje u osamu, promovira socijalna interakcija i reduciraju repetitivna ponašanja.

## SAŽETAK

Pokazatelji poremećaja iz spektra autizma (PSA) najčešće se javljaju u predškolskoj dobi. Kroz povijest djeca sa PSA često su nailazila na nerazumijevanje od svoje okoline, no u posljednjem stoljeću nastupile su promjene u pogledu na djecu s posebnim potrebama. Naime, znanstvenici su počeli pridavati pažnju djeci za koju su smatrali da imaju simptome šizofrenije, poput povlačenja u sebe i favoriziranja samoće, no kasnije su za te simptome dali zaseban naziv *autizam*. Pokazatelji se najčešće prezentiraju u obliku problema u komunikaciji i socijalnoj interakciji s okolinom i repetitivnim ili opsesivnim oblicima ponašanja. Iako uzroci PSA nisu u potpunosti jasni, poznato je da djeca iz spektra autizma imaju različite pokazatelje te je potreban individualan pristup svakom djetetu. Kako bi se to ostvarilo bitno je da su odgajatelji u odgojnim skupinama kvalificirani i sposobni prepoznati pokazatelje i zadovoljiti djetetove individualne potrebe, za što je ključna odgajateljeva spremnost na cjeloživotno usavršavanje. Kroz program rane intervencije djetetu se pruža mogućnost učenje strategija olakšavanja potencijalnih prepreka koje trenutno nailaze, ali ih priprema i za što samostalniji odrasli život putem odgojno-obrazovne podrške.

**Ključne riječi:** *Povijest PSA, etiologija, odgojno-obrazovna podrška, rana intervencija, uloga odgajatelja*

## SUMMARY

Indicators of autism spectrum disorder (ASD) most often occur in children of preschool age. Throughout history, children with ASD have often been misunderstood by society, but in the last century there have been changes in the view of children with special needs. Namely, scientists began to pay attention to children who they considered to have symptoms of schizophrenia, such as withdrawing into themselves and favoring solitude, but later they gave these symptoms a separate name, *autism*. Symptoms are most often presented in the form of problems in communication and social interactions and repetitive or obsessive forms of behavior. Although the causes of ASD are not completely clear, it is known that every child on the autism spectrum has different symptoms, and an individual approach is needed for each child. In order to achieve this, it is essential that kindergarten teachers in preschool are qualified and capable of recognizing symptoms and meeting each child's individual needs, for which the teacher's readiness for lifelong training is key. Through the early intervention program, the child is given the opportunity to learn strategies to alleviate potential obstacles that are currently encountered, but it also prepares them for a more independent adult life with the help of the educational support.

**Key words:** *history of ASD, etiology, educational support, early intervention, role of kindergarten teachers*



# LITERATURA

1. Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap
2. Baron-Cohen, S. (2005). Autism «Autos»: Literally. *The Lost Self: Pathologies of the Brain and Identity: Pathologies of the Brain and Identity*, 166-180.
3. Baron-Cohen, S. i Bolton, P. (2000). *Autizam – činjenice*. Split: Centar za odgoj i obrazovanje „Juraj Bonačić“.
4. Bouillet, D. (2019) *Inkluzivno obrazovanje: odabrane teme*. Zagreb. Učiteljski fakultet, Sveučilište u Zagrebu.
5. Bujas-Petković, Z., Frey-Škrinjar, J. i sur. (2010). *Poremećaji autističnog spektra: značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška*. Zagreb: Školska knjiga.
6. Dionne, M. i Martini, R. (2011). Floor time play with a child with autism: A single-subject study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(3), 196-203.
7. Eikeseth, S. i Klintwall, L. (2014). Educational interventions for young children with autism spectrum disorders. *Comprehensive guide to autism*, 2101-2123.
8. Hudson, D. (2018). *Specifične teškoće u učenju: što učitelji i nastavnici trebaju znati*. Zagreb: Educa.
9. Joseph, J. (2018). Autism aetiology: the journey of discovery from the “refrigerator mother” to the neurodevelopmental hypothesis. *J Child Adolesc Psych*, 2(02), 1-2.
10. Lord, C., Cook, E. H., Leventhal, B. L. i Amaral, D. G. (2000). Autism spectrum disorders. *Neuron*, 28(2), 355-363.
11. Lukić, A., Arsic, B. i Gajic, A. (2023). Characteristics and predictors of auto-stimulatory behavior in children with autism. *International Journal of Educational Innovation and Research*, 2(1), 40-46.
12. Martínez-González, A. E., Cervin, M. i Piqueras, J. A. (2022). Relationships between emotion regulation, social communication and repetitive behaviors in Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(10), 4519-4527.
13. Matijaš, T., Bulić, D. i Kralj, T. (2019). Timski pristup u ranoj intervenciji u djetinjstvu. *Medicina fluminensis*, 55(1).
14. Morling E., O'Connell C. i Ferdebar M. (2018). *Autizam: podrška djeci i učenicima s poremećajem iz spektra autizma*. Zagreb: Educa.
15. Nikolić, S. (2000). *Autistično dijete*. Zagreb: Prosvjeta.

16. Remschmidt, H. (2009). *Autizam, pojavni oblici, uzroci, pomoć*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
17. Rosen, N. E., Lord, C. i Volkmar, F. R. (2021). The diagnosis of autism: from Kanner to DSM-III to DSM-5 and beyond. *Journal of autism and developmental disorders*, 51, 4253-4270.
18. Sauer, A. K., Stanton, J., Hans, S. i Grabrucker, A. (2021). Autism spectrum disorders: etiology and pathology. *Exon Publications*, 1-15.
19. Smith, T. i Eikeseth, S. (2011). O. Ivar Lovaas: Pioneer of applied behavior analysis and intervention for children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 41, 375-378.
20. Steinman, G. (2020). The putative etiology and prevention of autism. *Progress in molecular biology and translational science*, 173, 1-34.
21. Sunko, E. (2010). *Inkluzija djece s autizmom s gledišta odgojitelja*. Školski vjesnik: časopis za pedagoški teoriju i praksu, 59(1.), 113–126.
22. Sunko, E. (2021). *Aporije djece s teškoćama u razvoju: društveni odnosi i odgojno obrazovni modeli*. Split, Filozofski fakultet u Splitu.
23. Sunko, E., Rogulj, E. i Živković, A. (2019). Kompetencija odgajatelja u inkluziji djece s poremećajem iz spektra autizma u dječjim vrtićima. *Croatian Journal of Education*, 21 (Sp.Ed.1), 181-197.

SVEUČILIŠTE U SPLITU  
FILOZOFSKI FAKULTET

**IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI**

kojom ja Lidia Bralić, kao pristupnik/pristupnica za stjecanje zvanja sveučilišne prvostupnice Ranog i predškolskog odgoja, izjavljujem da je ovaj završni rad rezultat isključivo mojega vlastitoga rada, da se temelji na mojim istraživanjima i oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio završnog rada nije napisan na nedopušten način, odnosno da nije prepisan iz necitiranoga rada, pa tako ne krši ničija autorska prava. Također izjavljujem da nijedan dio ovoga završnog rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Split, rujan 2023

Potpis



**Izjava o pohrani završnog/diplomskog/specijalističkog/doktorskog rada (podcrtajte odgovarajuće) u Digitalni repozitorij Filozofskog fakulteta u Splitu**

Student/ica: Lidia Bralić

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

Znanstveno područje i polje: Društvene znanosti, Rani i predškolski odgoj i obrazovanje

Vrsta rada: Završni rad

Mentor/ica rada (ime i prezime, akad. stupanj i zvanje): izv.prof.dr.sc. Esmeralda Sunko

Komentor/ica rada (ime i prezime, akad. stupanj i zvanje): Vedrana Vučković, pred.

Članovi povjerenstva (ime i prezime, akad. stupanj i zvanje):

\_\_\_ izv.prof.dr.sc. Esmeralda Sunko \_\_\_\_\_

\_\_\_ izv.prof.dr.sc. Ivana Visković \_\_\_\_\_

\_\_\_ Vedrana Vučković, pred. \_\_\_\_\_

Ovom izjavom potvrđujem da sam autor/autorica predanog završnog/diplomskog/specijalističkog/doktorskog rada (zaokružite odgovarajuće) i da sadržaj njegove elektroničke inačice u potpunosti odgovara sadržaju obranjenog i nakon obrane uređenog 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) rad u otvorenom pristupu

b) široj javnosti, ali nakon proteka 6 / 12 / 24 mjeseci (zaokružite odgovarajući broj mjeseci).

(zaokružite odgovarajuće)

Split, \_7.9.2023.\_

Potpis studenta/studentice: \_\_\_\_\_



Napomena: U slučaju potrebe ograničavanja pristupa ocjenskom radu sukladno odredbama Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima (111/21), podnosi se obrazloženi zahtjev dekanici Filozofskog fakulteta u Splitu.