

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA ODGOJNE I OBRAZOVNE ZNANOSTI

Ivana Neznanović

POREMEĆAJ IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA

DIPLOMSKI RAD

Osijek, 2018.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA ODGOJNE I OBRAZOVNE ZNANOSTI

Sveučilišni diplomski studij Ranoga i predškolskog odgoja i obrazovanja

POREMEĆAJ IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA

DIPLOMSKI RAD

Predmet: Psihologija odstupajućih doživljavanja i ponašanja u djetinjstvu i adolescenciji

Mentorica: doc. dr. sc. Lara Cakić

Studentica: Ivana Nežnanović

Matični broj:3320

Modul: Smjer B – ekologija i nacionalna baština

Osijek
lipanj, 2018

Sažetak

Pojam autizam prvi se puta spominje oko 1911. godine, a njime je švicarski psihijatar Eugen Bleuer opisao jedan od osnovnih simptoma shizofrenije. Taj su pojam prihvatili i Leo Kanner (1943) i Hans Asperger (1944) te su opisali autistični poremećaj kod djece. Poremećaj iz autističnoga spektra (PAS) danas se opisuje kao složeni neurorazvojni poremećaj koji zahvaća sve aspekte dječje osobnosti. Za njega su karakteristične teškoće u razvoju komunikacije i socijalnih vještina, odnosno socijalnoj komunikaciji, te ograničeni i ponavljajući obrasci ponašanja, interesa i aktivnosti. Činjenica je da je usmjerenost socijalnom svijetu temelj za razvoj komunikacije i socijalnog učenja, a upravo je poremećaj govora i jezika jedan od najčešćih i najstalnijih obilježja PAS-a. Od samoga rođenja pa do progovaranja prve smislene riječi dijete razvija svoju predverbalnu komunikaciju. Uredan razvoj predverbalne komunikacije važan je preduvjet za kasniji govorno-jezični razvoj djeteta. Kako je razvoj komunikacije kod male djece dosta brz, roditelji već prije prve djetetove godine mogu vidjeti razvija li se njegova komunikacija u smjeru socijalne i verbalne. Većina djece s PAS-om ima velike teškoće u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji te su oštećena u svim dijelovima komunikacije od razumijevanja do izražavanja. S obzirom na to da se još uvijek ne zna uzrok poremećaja iz autističnog spektra, danas postoji velik broj tretmana kojima se nastoje ukloniti ili ublažiti simptomi PAS-a.

Ključne riječi: autizam, teškoće u komunikaciji, socijalna interakcija, govor

Summary

The concept of autism is mentioned for the first time in 1911 when the Swiss psychiatrist, Eugen Bleuer, described one of the basic symptoms of schizophrenia. This concept was also accepted by Leo Kanner (1943) and Hans Asperger (1944). They described the autistic disorder of children. Autistic Spectrum Disorder (ASD) is today described as a complex neurodevelopmental disorder that affects all aspects of the child's personality. ASD is characterized by difficulties in the development of communication and social skills and limited and recurring patterns of behavior, interests and activities. The fact is that the focus on the social world is the foundation for the development of communication and social learning, yet the speech and language disorder is one of the most common features of ASD. From birth to the first meaningful word spoken, the child develops his pre-verbal communication. Proper development of pre-verbal communication is an important precondition for later language development of the child. Considering that small children rapidly develop communication skills, parents can notice if children's communication is developing in the social and verbal direction in the first year. Most children with ASD have difficulties in verbal and non-verbal communication and are damaged in all aspects of communication, from understanding to expression. As cause of ASD is still unknown, there are many treatments that seek to eliminate or alleviate the symptoms of ASD.

Key words: autism, communication disorders, social interaction, speaking

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Pojam i povijest poremećaja iz autističnog spektra	2
3. Poremećaj iz autističnog spektra.....	4
1.1. Prevalencija	4
1.2. Uzrok	5
1.3. Dijagnostički kriteriji i postupak	6
1.4. Mjerni instrumenti	7
4. Obilježja poremećaja iz autističnog spektra.....	9
4.1. Socijalna interakcija	9
4.2. Govor.....	10
4.3. Restriktivno i repetitivno ponašanje	10
4.4. Neurološki poremećaji.....	11
4.5. Psihomotorni razvoj.....	12
5. Posebne sposobnosti osoba s poremećajem iz autističnog spektra.....	13
6. Kako prepoznati poremećaj iz autističnog spektra kod djece predškolske dobi.....	14
7. Razvoj dječjega govora.....	16
8. Obilježja komunikacije male djece s poremećajem iz autističnog spektra.....	18
8.1. Rana komunikacija	18
8.2. Združena pažnja kao pretpostavka usvajanja jezika	19
9. Teškoće u komunikaciji djece s poremećajem iz autističnog spektra.....	21
9.1. Teškoće u verbalnoj komunikaciji.....	21
9.2. Teškoće u neverbalnoj komunikaciji	22
10. Poticanje komunikacije u radu s djecom s poremećajem iz autističnog spektra.....	23
10.1. Poticanje združene pažnje i komunikacije	23
10.2. Intervencijski pristupi za poticanje komunikacije	24
11. Tretmani poremećaja iz autističnog spektra.....	26
11.1. TEACCH program	26
11.2. Metoda Marte Meo	27
11.3. Edukacijsko – rehabilitacijski pristup	27
11.4. Terapija lijekovima	28
11.5. Sustav komuniciranja razmjenom slika (PECS)	28
11.6. Glazbena terapija.....	28

11.7.	Likovna terapija	29
11.8.	Terapija igrom.....	29
11.9.	Kineziterapija	30
11.10.	Terapijsko jahanje	30
11.11.	Terapijsko plivanje.....	30
11.12.	<i> Holding</i> terapija	31
11.13.	Dnevna životna terapija	31
11.14.	Potpomognuta komunikacija.....	31
11.15.	Socijalne priče.....	32
11.16.	Terapija senzoričke integracije	32
11.17.	DIR model – <i>flooritme</i>	32
12.	Zaključak	34
13.	Literatura	35

1. UVOD

Istraživanja poremećaja iz autističnoga spektra (PAS) od 2000. godine imaju najvišu godišnju stopu rasta među istraživanjima neurorazvojnih poremećaja. Pretpostavlja se da su tome doprinijele velike promjene u prevalenciji koje se sustavno bilježe posljednjih desetljeća. Razlog takvom porastu nije nužno povećanje broja djece s PAS-om, već bi se porast prevalencije mogao opravdati i promjenama u dijagnostičkim kriterijima, te činjenici da se dijagnoza postavlja sve ranije. Stručnjaci i šira javnost informiraniji su i osvješteniji o postojanju poremećaja, ali i bolje upoznati s njegovim obilježjima. Također, moguća su i druga objašnjenja kao što su okolinske promjene ili socijalne promjene s biološkom aplikacijama. Budući da su jezične i komunikacijske teškoće bitna i trajna obilježja PAS-a, detaljnije će se opisati rana obilježja komunikacijskoga razvoja te združena pažnja čije odsustvo uvelike određuje obilježja komunikacije djece. Priroda poremećaja čiji je uzrok i dalje nepoznat dovela je do razvoja i osmišljavanja velikog broja tretmana kojima se nastoje ukloniti ili ublažiti simptomi PAS-a.

2. POJAM I POVIJEST POREMEĆAJA IZ AUTISTIČNOGA SPEKTRA

Prema Remschmidt (2009) pojam autizam spominje se po prvi puta oko 1911. godine. Tim je pojmom švicarski psihijatar Eugen Bleuer opisao jedan od osnovnih simptoma shizofrenije. Pojam autizam opisivao je osobe koje se misaono povlače u vlastiti svijet, postupno smanjuju socijalne interakcije s ljudima u okruženju i prepuštaju se fantastičnim mislima i zatvaraju od svijeta. Taj su pojam prihvatili i austro-američki psihijatar Leo Kanner (1943) i austrijski pedijatar Hans Asperger (1944) te su opisali autistični poremećaj kod djece. Opis koji je izvorno dao Bleuer za dvojicu znanstvenika nije bio prikladan jer su shvatili da se autistična djeca ne povlače aktivno u svijet fantazija, već od rođenja teže uspostavljaju socijalne kontakte, no zadržali su pojam jer je do tada već bio prihvaćen u cijelome svijetu.

Bujas Petković (1995) navodi da je u Aveyronu 1799. godine u šumi pronađen „divlji“ dječak Victor, koji je potom doveden u civilizaciju. On se smatra prvim poznatim slučajem autizma. Nikolić (1996) navodi da je dječaka Victora pronašla francuska žandarmerija u šumi oko grada Rodeza blizu rijeke Aveyron. Smješten je kod liječnika Itarda, tada najpoznatijeg psihijatra Francuske. Dječak je opisan kao nemiran, u stalnom pokretu te je navedeno da je pretraživao sve kutove u Itardovoj kući. Itard je shvatio da Victor ne zna ocijeniti razliku između toplog i hladnog te da ne pokazuje nikakve znakove civiliziranog ili društvenog ponašanja, te je pretpostavio da se radi o disharmoničnom razvitku osjetilnih organa. Smatrao je da bi se korektivnom stimulacijom okoline mogla osposobiti dječakova osjetila. Viktor je naučio nekoliko riječi, stekao sposobnost rasuđivanja, komunikacije kao i mogućnost adekvatnog izražavanja svojih emocija i razumijevanja značenja socijalnih situacija, te je umro otprilike u dobi od četrdeset godina.

Kanner (1943; prema Remschmidt 2009) u svome je radu „Autistični poremećaji afektivnih veza“ opisao jedanaest slučajeva djece koja su izgledala tjelesno zdrava, no imala su specifične simptome pa im je pronašao zajednička obilježja: „Izraziti osnovni patognomični poremećaj jest od rođenja postojeća nemogućnost uspostavljanja odnosa s osobama i situacijama. Roditelji predstavljaju tu djecu i opisuju da su ‘sama sebi dovoljna’, ‘žive kao u nekoj školjci’, ‘najsretnija su kad ih se ostavi na miru’, ‘ponašaju se kao da nitko nije prisutan’, ‘ne obraćaju pažnju na okruženje’, ‘pružaju dojam tihe mudrosti’, ‘nisu u mogućnosti pokazati uobičajenu razinu socijalne osjetljivosti’, ‘ponašaju se kao da su hipnotizirana’. Pritom se ne radi kao kod shizofrene djece ili odraslih o povlačenju iz

postojećih veza ili prije postojeće komunikacije. Štoviše, radi se od početka o *autističnom biti sam* koje sve što izvana djeluje na dijete, ono ne opaža, ignorira i isključuje.” (Remschmidt 2009, str. 9). Na temelju svojih istraživanja, Kanner pretpostavlja da su se autistična djeca rodila s teškoćama socijalne komunikacije, te da imaju deficite iste kao i djeca kojima su urođena tjelesna ili intelektualna oštećenja. S obzirom na to da je Kanner prvi opisao autistični poremećaj, *Kannerov sindrom* nazvan je po njemu (Remschmidt 2009).

Hans Asperger (1944; prema Remschmidt 2009) također izlaže rezultate svojih istraživanja dobivene iz proučavanja četiri slučaja, koje objavljuje u djelu „‘autistični psihopati’ dječje dobi“. Shvatio je da se kod sva četiri slučaja pojavljuju obilježja koja se podudaraju pa ih je sažeo u šest točaka. Pod prvom točkom – tjelesna obilježja i izražajnost objašnjava da autistična djeca izbjegavaju pogled očima, nemaju razvijene geste i mimiku, da nisu prirodna u jezičnom izražavanju i pritom se ne obraćaju sugovorniku te da su motorički nespretna. Kao drugu točku navodi autističnu inteligenciju. Naime, primjećuje da su autistična djeca okrenuta prema sebi, ili kako sam navodi „odvrćena iznutra“, opisuje da lako stvaraju neke nove riječi te da raspolazu posebnim sposobnostima. Slijedi ponašanje u zajednici misleći na slijedenje vlastitih impulsa, osobnih interesa, kao i ne obaziranje na zahtjeve okoline što dovodi do ograničenih odnosa s okolinom. Četvrta točka opisuje nagone i čuvstvena ponašanja. Smatra da se njihovo seksualno ponašanje proteže od nečije nezainteresiranosti za seksualnost do neprimjerenog masturbiranja. Uočava njihovo egocentrično ponašanje te neimanje smisla za humor i nerazumijevanje šala. Asperger je, također, shvatio da je autizam povezan sa nasljeđivanjem pa pod jednu točku navodi genetiku. Kao posljednju točku navodi socijalno vrednovanje i tijek koji se mijenja s obzirom na izraženost mentalne retardacije odnosno intelektualnu iznadprosječnost. Sindrom koji je Asperger opisao nazvan je *Aspergerov sindrom*, a taj je naziv prvi puta upotrijebila engleska psihijatrica Lorna Wing (Remschmidt, 2009).

3. POREMEĆAJ IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA

Poremećaj iz autističnog spektra vrlo je složen neurorazvojni poremećaji koji zahvaća sve aspekte dječje osobnosti. Za njega su karakteristične teškoće u razvoju komunikacije i socijalnih vještina, odnosno socijalnoj komunikaciji, te ograničeni i ponavljajući obrasci ponašanja, interesa i aktivnosti (Gajić, 2015). PAS se može pronaći i pod nazivom *pervazivni razvojni poremećaji*. Riječ pervazivni dolazi iz latinskoga jezika u kojemu glagol *pervadere* znači *prožimati*. Taj je termin opravdan jer PAS, za razliku od drugih razvojnih poremećaja koji izolirano utječu na neku domenu razvoja, istovremeno prožima veći broj razvojnih područja. Uzevši to u obzir, možemo zaključiti da PAS može na različite načine i u različitoj mjeri utjecati na razvojna područja što dovodi do velikog broja razvojnih profila i ishoda poremećaja (Cepanec i sur., 2015).

1.1. Prevalencija

Danas PAS izaziva veliko zanimanje znanstvene, stručne, ali i šire javnosti. Provodi se velik broj istraživanja i ulaže se velika količina novca, a i objavljuju brojni radovi. Analiza Dorothy Bishop pokazuje da istraživanja PAS-a od 2000. imaju najvišu godišnju stopu rasta među istraživanjima neurorazvojnih poremećaja (Bishop, 2010; prema Cepanec i sur., 2015). Takva se velika pozornost pridaje ovim poremećajima zbog velikih promjena u prevalenciji PAS-a koje se sustavno bilježe posljednjih desetljeća, a posebice posljednjih nekoliko godina.

Tablica 1 Tablica iz Izvješća o osobama s invaliditetom u RH 2007. godine

Vrsta oštećenja	Broj osoba	%
Oštećenje lokomotornog sustava	192704	31,8
Oštećenje drugih organa i organskih sustava	126563	20,9
Oštećenje središnjeg živčanog sustava	121892	20,1
Duševni poremećaji	97639	16
Mentalne retardacije	17724	2,8
Oštećenje vida	13489	2,1
Oštećenje glasovno govorne komunikacije	12906	2
Oštećenje perifernog živčanog sustava	11306	1,7
Oštećenje sluha	10633	1,6
Pervazivni razvojni poremećaj	543	1
UKUPNO OŠTEĆENJA	605399	100

Tablica 2 Tablica iz Izvješća o osobama s invaliditetom u RH 2016. godine

Vrsta oštećenja	Ukupan broj	% od ukupnog broja osoba s invaliditetom	Prevalencija/1000 stanovnika
Oštećenje lokomotornog sustava	150990	29,5	35
Duševni poremećaji	129289	25,3	30
Oštećenje drugih organa	118161	23,1	28
Oštećenje središnjeg živčanog sustava	93290	18,2	22
Intelektualna oštećenja	24669	4,8	6
Oštećenje glasovno govorne komunikacije	22725	4,4	5
Oštećenje vida	17377	3,4	4
Oštećenje sluha	13461	2,6	3
Oštećenje perifernog živčanog sustava	12361	2,4	3
Prirodne anomalije i kromosopatije	10143	2	2
Autizam	1925	0,4	0,4
Višestruka oštećenja	151517	29,6	35

Iako se ranije smatralo da je poremećaj iz autističnog spektra jedan od rjeđih poremećaja, novije procjene prevalencije pokazuju drugačije. Prema Izvješću o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj u 2007. godini (slika 1) možemo vidjeti da je te godine u Hrvatskoj bilo 1% osoba s poremećajima autističnog spektra, dok je taj broj dosegao 4% za samo deset godina (slika 2). Takvi rezultati ne znače nužno da se broj djece s PAS-om naglo povećao, već bi se razlozi porasta prevalencije mogli objasniti i promjenama u dijagnostičkim kriterijima, te činjenici da se dijagnoza postavlja sve ranije, ali su i stručnjaci i šira javnost informiraniji i osvješteniji o postojanju poremećaja, te bolje upoznati s njegovim obilježjima. No, moguća su i druga objašnjenja kao što su okolinske promjene ili socijalne promjene s biološkom aplikacijama kao što je roditeljstvo u sve kasnijoj dobi (Cepanec i sur., 2015).

1.2. Uzrok

Uzrok poremećaja autističnog spektra još je uvijek nepoznat. U počecima proučavanja PAS-a smatralo se da su uzrok poremećaja emocionalno hladni roditelji, te da nastaje kao posljedica neodgovarajućeg odgoja. Danas se sa sigurnošću može reći da je poremećaj u osnovi biološki, te da je uzrok multikauzalan. Poznato je još da je mnogo češći kod dječaka nego kod djevojčica (u prosjeku će se od petero djece pojaviti kod jedne djevojčice). Kod

osoba s PAS-om također je uočen i neurokemijski i strukturalno promijenjen mozak, stoga su se znanstvenici složili da se radi o utjecaju višestrukih i kompleksnih organskih oštećenja pa su odbacili teoriju o emocionalno hladnim roditeljima (IPA publikacija).

1.3. Dijagnostički kriteriji i postupak

Dijagnostička kategorija poremećaja autističnog spektra u Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM III (1987); *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*) ušla je kao zasebna dijagnostička kategorija tek 1980-ih. Do tada su se obilježja PAS-a svrstavala u dječje oblike shizofrenije. Od tada do danas ta je dijagnostička kategorija, ali i sami kriteriji za postavljanje dijagnoze, doživjela mnoštvo izmjena. Tako je u DSM-IV (1994) bila skupina neurorazvojnih poremećaja koja je obuhvaćala autistični poremećaj, pervazivni razvojni poremećaj koji nije drugačije specificiran, Aspergerov poremećaj, dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu i Rettov poremećaj. U DSM-5 (2013) svi se navedeni poremećaji navode kao jedna kategorija – poremećaj iz autističnog spektra (Cepanec, 2015).

Da bi se postavila dijagnoza PAS-a potrebno je zadovoljiti pet skupina dijagnostičkih kriterija koji se navode u DSM-5 (2013) (kriteriji A-E):

Kriteriji A: Dijagnostički kriteriji u domeni socijalne komunikacije.

Kriteriji B: Dijagnostički kriteriji u domeni ponašanja (ograničeni, repetitivni obrasci ponašanja, interesa ili aktivnosti)..

Kriterij C: Simptomi PAS-a moraju biti prisutni u ranom razvojnog razdoblju.

Kriterij D: Simptomi uzrokuju klinički značajne poteškoće na društvenom, profesionalnom i/ili drugim važnim područjima funkcioniranja

Kriterij E: Aspekt socijalne komunikacije je ispod očekivanog za razinu generalnog razvoja.

Prema DSM-5 (2013) razlikuju se 3 razine poremećaja s obzirom na stupanj u kojemu ometaju svakodnevno funkcioniranje osobe. Takvu klasifikaciju možemo pronaći i u glavnom instrumentu za dijagnozu autizma, a to je ADOS II (*Autism Diagnostic Observation Schedule II/ standardizirani obrazac promatranja ponašanja*). Kada je djetetu dijagnosticirana Razina 1 poremećaja autističnoga spektra to znači da dijete zahtjeva potporu jer bez podrške, njegove teškoće u socijalnoj komunikaciji uzrokuju uočljiva odstupanja, a njegova nefleksibilnost u ponašanju značajno ometa funkcioniranje u jednom ili više konteksta. Razina 2 označava da dijete zahtjeva znatnu potporu. Njegovo socijalno odudaranje vidljivo je čak i kada je prisutna potpora te su uočljive teškoće s verbalnim i neverbalnim socijalnim komunikacijskim

vještinama. Također, vidljiva je nefleksibilnost u ponašanju i poteškoće u prihvaćanju promjena te repetitivni obrasci ponašanja koji se pojavljuju dovoljno često da su vidljivi i slučajnom promatraču. U razinu 3 PAS-a svrstavaju se djeca koja zahtijevaju veoma značajnu potporu jer imaju ozbiljne teškoće s verbalnim i neverbalnim socijalnim komunikacijskim vještinama koje uzrokuju ozbiljne poremećaje u funkcioniranju. Njihova nefleksibilnost u ponašanju uzrokuje izrazito teško prihvaćanje promjena, te repetitivna ponašanja koja utječu na funkcioniranje u svim drugim aspektima života (Gajić, 2015).

Tijekom prve godine života teško je postaviti dijagnozu PAS-a iako se već tada mogu uočiti neka odstupanja i različitosti koja su karakteristična za PAS. Relativno pouzdana dijagnoza PAS-a može se dati tijekom druge godine života i te dijagnoze ostaju prilično stabilne tijekom vremena. „Stabilnost dijagnoze ovisi o obilježjima učinjene procjene, dobi postavljanja dijagnoze, kognitivnom statusu djeteta i uključenosti u interventne programe.“ (Woolfenden i sur., 2012; prema Capanec i sur. 2015, str. 207). U praksi se dijagnoza postavlja poslije djetetove treće godine života. Dijagnosticiranje je dugotrajan proces pa tako između prve procjene djeteta i postavljanja dijagnoze prođe oko 13 mjeseci, no treba uzeti u obzir i vrijeme koje prođe od pojave zabrinutosti roditelja do obavljanja prve procjene.

1.4. Mjerni instrumenti

U cijelome je svijetu u posljednjem desetljeću došlo do razvoja velikog broja mjernih instrumenata koji služe u svrhu dijagnosticiranja PAS-a. Capanec i sur. (2015) analizom literature izdvajaju one instrumente koji imaju provjerenu i dobru valjanost i pouzdanost i koji su postali standardom preporučenih mjernih instrumenata u okviru temeljne procjene PAS-a te koji se upotrebljavaju u velikom broju država. Izdvojeni instrumenti mjere specifičnu dijagnostiku autizma izravnim promatranjem i roditeljskim izvještavanjem, kognitivne sposobnosti, komunikacijske sposobnosti, jezične i adaptivne sposobnosti. „Suvremena istraživanja upućuju na činjenicu da “zlatni standard” u dijagnostici autizma uključuje kombinaciju mjernih instrumenata Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R; Rutter i sur., 2003) i Autism Diagnostic Observation Schedule-2 (ADOS-2; Lord i sur., 2002; 2012), te da prikupljanje podataka od roditelja i opažanje ponašanja djeteta povećava dosljednost u primjeni dijagnostičkih kriterija.“ (Capanec i sur., 2015, str. 211). Kod uporabe instrumenata ADI-R i ADOS-2 zbog razlike je u osjetljivosti instrumenata važno dijagnozu donositi, osim intervjua s roditeljima/skrbnicima, i na temelju izravnog strukturiranog promatranja ponašanja djeteta. Uz instrumente koji su specifični za dijagnozu PAS-a obavezno je primijeniti i instrumente za procjenu kognitivnih, komunikacijskih, jezičnih i adaptivnih vještina.

Najprimjereniji instrumenti za korištenje u ranoj dijagnostici su BSID (*The Bayley Scales of Infant Development*; Bayley, 2006), MSEL (*Mullen Scales of Early Learning*; Mullen, 1995) i GMDS (*The Griffiths Mental Development Scales*; Luiz i sur., 2006) jer se mogu koristiti i s djecom u dobi od 2 godine koja već u toj dobi izražavaju značajna odstupanja u razvoju. Skala MSEL obuhvaća dosta širok dobni raspon pa je stoga najprimjereniji instrument za evaluaciju učinaka programa rane intervencije kroz cijelu predškolsku dob (Klinger i sur., 2009; prema Cepanec i sur., 2015). Instrumenti za procjenu kognitivnih sposobnosti i adaptivnih vještina ujedno omogućuju i procjenu receptivne i ekspresivne komunikacije, no korisno je prikupiti detaljnije informacije o djetetovoj komunikaciji i govorno-jezičnom razvoju (Steiner i sur., 2012; prema Cepanec i sur., 2015). Procjena komunikacijskog profila jako je bitna i za izradu kvalitetnog intervencijskog programa jer su teškoće u komunikaciji jedan od izraženijih simptoma PAS-a. S obzirom na to da takva procjena zahtijeva analizu velikog broja suptilnih komunikacijskih ponašanja ona je vrlo zahtjevna. Najčešće se stoga procjenjuju učestalost komunikacijskih radnji, uloge tih radnji, sredstva za postizanje komunikacijskih ciljeva i stupanj odgovorljivosti na komunikacijske radnje drugih osoba (Klinger i sur., 2009; prema Cepanec i sur., 2015).

4. OBILJEŽJA POREMEĆAJA IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA

Američka je dječja psihijatrica Laurette Bender (1953; prema Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010) dala jednu od prvih definicija autizma koja se i danas koristi: „Autizam je karakteristično promijenjeno ponašanje u svim područjima središnjeg živčanog sustava: motoričkom, perceptivnom, intelektualnom, emotivnom i socijalnom.“ (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010, str. 6). Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010) uzimaju u obzir da je autizam pervazivni razvojni poremećaj, stoga navode definiciju: „Autizam je pervazivni razvojni poremećaj koji počinje u djetinjstvu, većinom u prve tri godine života, zahvaća gotovo sve psihičke funkcije i traje cijeli život.“ (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010, str. 6).

Do svih teškoća osoba s PAS-om dolazi zbog unutarnjih *kočnica* koje priječe uspostavljanje socijalne interakcije, verbalne ili neverbalne komunikacije, mogućnosti imaginacije te senzorne integracije. Zbog slabo razvijenih vještina uspostavljanja socijalne komunikacije osobe s PAS-om djeluju nezainteresirano i kao da nemaju interesa za igru ili druženje s drugima. Teškoće u verbalnoj ili neverbalnoj komunikaciji manifestiraju se kao izostanak govora ili zaostajanje u govoru, te doslovno shvaćanje i drugačije razumijevanje. Osobe s PAS-om imaju sužene interese, bave se neobičnim aktivnostima i imaju drugačije ponašanje kao što su ponavljajuće i stereotipne radnje. Oni, dakle vide i čuju što se oko njih događa, ali im je teško sve te podražaje sklopiti u jednu cjelinu koja ima smisla. Zbog navedenih manjkavosti, osobama je s PAS-om teško izraziti osjećaje, želje, potrebe, sposobnosti i probleme, što pokazuju svojim ponašanjem (Savez udruga za autizam Hrvatske).

4.1. Socijalna interakcija

Za većinu je ljudi socijalna interakcija dio svakodnevnoga života i većina ih je u stanju kontaktirati s drugima bez nekih problema. Kako bi se dalo značenje komunikaciji, ljudi čitaju govor tijela te uspostavljaju kontakte očima. Takvo ponašanje daje značenje informacijama koje se razmjenjuju (Thompson, 2016). Za osobe s PAS-om karakteristično je da se zatvaraju u sebe. Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010) navode četiri podskupine u koje se mogu podijeliti simptomi poremećenih socijalnih interakcija: 1. oštećenje neverbalnih načina ponašanja kao što su pogled oči u oči, izraz lica, držanje tijela, geste; 2. ne razvijaju se odnosi s vršnjacima primjereni dobi; 3. nedostatak interesa i suosjećanja s drugim osobama; 4. nedostatak socijalne ili emocionalne uzajamnosti. Zrilić (2013) osobe s PAS-om svrstava u četiri grupe. Prva je grupa osamljenih u koju pripadaju osobe koje ne iniciraju i ne reagiraju na socijalnu interakciju. Druga je grupa pasivnih, u koju svrstava osobe koje odgovaraju na

socijalnu interakciju, ali ne iniciraju kontakt. Slijedi grupa aktivnih, ali osebnih (individualista) koji postižu kontakt, ali mu nedostaje uzajamnost (jednosmjerna interakcija). Posljednja je grupa krutih, gdje svrstava osobe koje iniciraju i održavaju kontakt, ali je on formalan i rigidan.

Remschmidt (2009) navodi da se djeca s PAS-om gotovo uopće ne povezuju s roditeljima, nemaju reakciju smješka te pogleda oči u oči. Njihova se povezanost s roditeljima ne razlikuje uveliko od povezanosti s drugim osobama, no pokazuju snažnu povezanost s predmetima. Također, uočava izostanak kooperativne igre i stvaranja prijateljskih veza s drugom djecom.

Bujas Petković i sur. (2010) smatraju da su igre djeteta s PAS-om stereotipne i nemaštovite zbog smanjene sposobnosti imitacije te da u igri ne imitiraju životne situacije što je uobičajeno kod djece.

4.2. Govor

Prema Remschmidt (2009) kod djeteta s PAS-om dolazi do usporenog razvoja govornog jezika, sklonosti tvorbi novih riječi i eholaliji. Razdoblje postavljanja pitanja neka djeca ne dosegnu, a neka to razviju jako kasno i tada stereotipno postavljaju ista pitanja na koja već znaju odgovor. Većinom ponavljaju samo zadnje riječi u rečenici, a ako ponavlja cijele rečenice, izgovara ih u istom obliku kako ih je ranije čulo i takve rečenice nemaju svrhu komunikacije nego su izgovorene izvan konteksta. U skladu s doslovnim ponavljanjem rečenica, sebe oslovljavaju zamjenicom „ti“ ili „on“, a druge zamjenicom „ja“. (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). Djeca s PAS-om koja nauče govoriti, jezik koriste mehanički bez komunikacijske svrhe, on obiluje pogrešnim izgovorima i gramatičkim pogreškama, a poneka djeca i izmišljaju riječi (neologizme) koje njima imaju značenje. Njihovu glasu, također, nedostaje melodičnost, često pogrešno naglašavaju dijelove riječi ili rečenice, te im je ritam govora isprekidan, a glasnoća nepromjenjiva (Remschmidt, 2009).

4.3. Restriktivno i repetitivno ponašanje

Restriktivno i repetitivno ponašanje (RRP) jedan je od kriterija za dijagnozu PAS-a i uključuje različito ponašanje kao što su privrženost ritualima i rutini, motorne stereotipije i neuobičajene preokupacije. Mnogi se istraživači slažu u tome da postoje različite klase ili kategorije restriktivnog i repetitivnog ponašanja (Bishop i sur., 2006; Bishop i sur., 2013; prema Gajić, 2015). Bishop i sur. (2013) potvrdili su da postoje dvije potkategorije RRP: 1.

repetitivno senzomotorno i 2. insistiranje na istovjetnosti, odnosno jednoličnosti (Bishop i sur., 2013; prema Gajić, 2015).

Iako se RRP može uočiti i kod djece koja nemaju PAS, a urednoga su razvoja (2 – 4 godine) ili s intelektualnim disabilitetom, ili kod djece s opsesivno – kompulzivnim poremećajem, Matson i sur. (2009; prema Gajić, 2015) navode da se jasno vidi razlika u učestalosti RRP kod djece s PAS-om i kod djece bez dijagnoze ali pod rizikom za dobivanje iste. Razlika koja se javlja između djece s PAS-om i djece urednoga razvoja može se vidjeti u tome da se djeca s PAS-om više ljuljaju, okreću, rolaju, i trljaju predmete, dok djeca urednoga razvoja više tresu predmete, redaju ih u linije i skupljaju. Neki autori navode da je za djecu s PAS-om karakteristično fokusiranje na detalje (Chen, Rodgers, i McConachie, 2008; prema Gajić, 2015). Uz navedeni kognitivni stil, za RRP usko vezemo i anksioznost. Istraživanja su dokazala da djeca s višom razinom anksioznosti inzistiraju na istovjetnosti, dok djeca s nižom razinom anksioznosti više pažnje posvećuju repetitivnim pokretima (Rodgers i sur., 2012; prema Gajić 2015).

4.4. Neurološki poremećaji

Poremećaji koji se pojavljuju uz autistični spektar su brojni, ali najveći se naglasak stavlja na motoričke poremećaje, poremećaje spavanja i epilepsiju.

Prema Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010) u ranom djetinjstvu kod većine djece s PAS-om nisu zabilježeni neurološki ispadi, no velik ih broj djece ima nakon puberteta. Oko 30% djece s PAS-om u pubertetu i adolescenciji doživljava epileptičke napade, a velik broj djece rane dobi ima blaže neurološke ispađe poput smetnji u motorici te smetnje koordinacije. Bujas Petković (1995) navodi kako su kod djece nižeg intelektualnog funkcioniranja neurološki ispadi češći.

Kod djece s PAS-om primjećuju se razne motoričke teškoće, no samo je repetitivno ponašanje uključeno u dijagnostiku. Spurling Jeste (2011) smatra da se istraživanjem i praćenjem motoričkih poremećaja kod djece može ranije dijagnosticirati PAS. Izazov kod te pretpostavke je razvijanje i određivanje standardiziranih mjernih ljestvica kojima bi se kvantificirali i karakterizirali motorički poremećaji te tako primijetio PAS kod mlađe djece i novorođenčadi. Ozonoff i sur. (2008) otkrili su kako djeca s PAS-om kasnije počinju sjediti i hodati (Ozonoff i sur., 2008; prema Spurling Jeste, 2011).

Poremećaji spavanja češći su kod poremećaja iz spektra autizma nego kod drugih poremećaja kao što su ADHD ili anksioznost. Najčešći poremećaj spavanja kod PAS-a je nesanica (Spurling Jeste, 2011).

4.5. Psihomotorni razvoj

Neka djeca s PAS-om zaostaju u psihomotornom razvoju, što se može primijetiti kao „mlitavost“ u dojenačkoj dobi ili po tome što kasnije prohodaju (Bujas Petković, 1995). No, Nikolić i sur. (1992) navode da su djeca s PAS-om izuzetno spretna naročito u gruboj motorici. Prohodaju u prosjeku ili čak ranije od prosjeka, te da su brzi i okretni. Međutim, slabije su im razvijene fina motorika i grafomotorika, a to može biti prouzrokovano slabijom koncentracijom i zanimanjem djeteta, pa čak i odbijanjem aktivnosti. Djeca s PAS-om često hodaju na prstima i pritom izvode čudne pokrete rukama i nogama. Također, za autistični su poremećaj karakteristični stereotipni pokreti, kao što su pljeskanje rukama ili kucanje prstima po predmetima.

5. POSEBNE SPOSOBNOSTI OSOBA S POREMEĆAJEM IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA

Prema Bujas Petković (2000) među osobama s PAS-om 9,8% je talentiranih. Osobe s PAS-om kojima je neka sposobnost razvijena iznad razine koja je očekivana za osobe bez teškoća nazivamo *autistic-savant*. Talentiranost se odnosi na mnoga područja kao što su pamćenje, glazba, matematika, umjetnost, mehaničke sposobnosti i dr. Bujas Petković (1995) smatra da autistična djeca nose genetsku predispoziciju za talent jer njihova braća, sestre i roditelji također pokazuju slične sposobnosti. Visoke se sposobnosti u određenim područjima primijete vrlo rano, u drugoj, najkasnije u trećoj godini. A već nakon jedne ili dvije godine dosegnu vrhunac koji u većini slučajeva nije povezan uz vanjske simulacije. Kako se razvija socijalizacija i druge sposobnosti, talenti gube svoj intenzitet.

Baković (2015) navodi nekoliko *autistic-savanta*. Tim Baley poznati je glazbenik s PAS-om, koji je imao i fragilni X (kromosomska aberacija), bio je odličan pijanist, a njegova je majka o njemu napisala knjigu, zatim Richard Wawroa, škotski crtač, čiji su crteži bili vrlo cijenjeni i skupocjeni. Wawro je uz autizam imao i intelektualno oštećenje, govoriti je naučio tek sa 11 godina, a rano je dobio i kataraktu zbog čega je bio praktički slijep. Tijekom života njegovi su radovi predstavljeni na više od 100 izložbi diljem svijeta. Profesorica sa Sveučilišta Colorado Temple Grandin (visoko inteligentna osoba sa autizmom) svoja je autistična iskustva opisala u nekoliko knjiga i na taj način i drugima pomogla da shvate poteškoće osoba sa autizmom, naročito poteškoće percepcije.

Za sada nisu utvrđeni razlozi pojavljivanja posebnih sposobnosti kod osoba s PAS-om. Pretpostavlja se da je dominantna lijeva polutka genetski oštećena i da zbog toga osobe s PAS-om imaju teškoće s usmjeravanjem pozornosti i ograničene interese. Subdominantna desna polutka mozga stoga preuzima mnoge funkcije, no one su vrlo ograničene, ali se kod nekih osoba jedna ili više njih razvije u talent (Bujas Petković, 1995).

6. KAKO PREPOZNATI POREMEĆAJ IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA KOD DJECE PREDŠKOLSKE DOBI

Poremećaj iz autističnog spektra često je povezan s intelektualnim teškoćama, teškoćama u motoričkoj koordinaciji i pozornosti, te fizičkim zdravstvenim problemima, kao što su spavanje i gastrointestinalni poremećaji. Dijete s PAS-om najčešće se prepoznaje po teškoćama u socijalnim interakcijama, te teškoćama u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji. Osim komunikacije primijetiti ćemo i neuobičajeno ponašanje, kao što su repetitivni obrasci ponašanja, ograničene aktivnosti i interesi te razne stereotipije.

Postoji mnoštvo simptoma PAS-a, a neki su vidljivi već u dojenačkoj dobi. Kod dojenčeta roditelji mogu uočiti znakove koji im trebaju biti upozorenje da kod djeteta postoji odstupanje u razvoju. Neki od znakova su: poremećaj prehrane (dijete odbija dojkicu ili bočicu), ako dijete ima nemirne nesanice s autoagresivnim pokretima ili mirne nesanice bez plača uz otvorene oči, dijete već u ranoj dobi pokazuje znakove anksioznosti (iracionalna plašljivost), emocionalno je hladno i odbija tjelesni kontakt, ima smanjen interes za igračke, a naglašen interes za igre rukama ispred očiju koje ponekad traju satima.

Simptomi koji upućuju na autizam kod djece do 2. godine su: izbjegavanje kontakta očima, dijete ne prati izraze lica majke ili bliskih osoba, ne odgovara mimikom lica i ne inicira maženje s bliskim osobama, ne privija se uz majku i druge bliske osobe, ne koristi predmete u posrednoj komunikaciji, djeluje kao da ne čuje ili se ne odaziva na svoje ime (ali zato reagira na neki drugi zvuk istog intenziteta), kod neke djece prisutna je također i odbojnost prema plišanim igračkama, ne vole dodir igračke s kožom, igra se repetitivno, komadićima vrpce, autićem ili kockicama, uvijek na isti način te ne razvija simboličku igru i čini se emocionalno nezainteresirano za drugu djecu (SUZAH, 2018).

Osobe s PAS-om ne mogu razumjeti vlastito mentalno stanje, niti mentalno stanje drugih ljudi, što znači da nemaju razvijenu teoriju uma. Iz tog im je razloga jako teško predvidjeti ponašanja drugih ljudi, stoga je uočljiva manjkavost u području socijalizacije, komunikacije, empatije, emocionalne ekspresije i sl. Oni svako ponašanje interpretiraju doslovno, ne shvaćajući šale, sarkazam ili ironiju. S obzirom na to da ne mogu dobro shvatiti mentalna stanja, ne mogu niti suosjećati ili prikladno reagirati na emocionalna i psihološka stanja drugih ljudi. Isto tako, osobe s PAS-om na drugačiji način obrađuju informacije. Usredotočujući se na detalje, ignoriraju kontekst i smisao cjeline, stoga im je teško stvoriti predložak ponašanja za neku situaciju jer zbog mnoštva detalja koje uočavaju ne mogu određene situacije prepoznati kao slične. Teškoće su isto tako uočljive i kod višestrukih radnji

pa im je teško istovremeno slušati i gledati u jednom osobu, a usto joj nešto i govoriti (IPA publikacija).

Dakle, na PAS ćemo posumnjati ako dijete ne pokazuje nikakve znakove povezivanja s bliskim osobama, odnosno ne ulaže nikakav napor da privuče pažnju skrbnika te ako nakon drugog mjeseca života ne počinje uspostavljati kontakt očima i uzvraćati osmijeh i smijanje. Isto tako pažnju treba obratiti i na razvoj govora, što znači da dijete do šestog mjeseca života treba početi gugutati te se odazivati na svoje ime. Neki od znakova autizma još su i hodanje na prstima te nedostatak imitacije odraslih. Nadalje, ako se dijete ne boji nepoznatih osoba niti nakon prve godine života, ne buni se nakon odlaska skrbnika iz prostorije, ne služi se simbolikom tijekom igre, ako ima izljeve bijesa bez nekog jasnog razloga, ako se veže za dnevne rutine i jako teško prihvaća promjene.

7. RAZVOJ DJEČJEGA GOVORA

Najučinkovitije razdoblje za razvoj govora je faza „ranog djetinjstva“, odnosno od prve do treće godine života. Iako dijete prvu riječ izgovara oko prve godine, to nije početak. Prije prve riječi dijete je prošlo kroz složeno pripremno razdoblje tijekom kojega je ostvarivalo temelj za razvoj govora.

Od samoga rođenja pa do progovaranja prve smislene riječi dijete razvija svoju predverbalnu komunikaciju. Uredan razvoj predverbalne komunikacije važan je preduvjet za kasniji govorno-jezični razvoj djeteta. Posokhova (2008) navodi četiri faze predverbalne komunikacije kroz koje dijete prolazi od rođenja do kraja 1. godine. Prva dva mjeseca života, od rođenja do 8. tjedna, dijete se nalazi u fazi fiziološkog krika i refleksnog glasanja. U toj prvoj fazi predverbalne komunikacije dijete uzdiše, kiše, kašlje, plače kada je gladno ili kada osjeća nelagodu, a time nesvjesno pokreće govorne organe (jezik, usnice, donju vilicu i glasnice). U krik dominiraju zvukovi koji sličje samoglasnicima, dok je glas blago nazalan. Kod zdravog novorođenčeta krik je bistar, glasan, čist, s kratkim uzdahom i produljenim uzdahom, dok je kod mogućeg razvojnog poremećaja krik prodoran ili vrlo tih, može se sastojati od kratkih naglih vriskova ili tihog jednoličnog stenjanja ili ako dijete plače nekoliko dana za redom bez da ga išta boli ili smeta. Iako se faza fiziološkog krika i refleksnog glasanja ne čini toliko važnom, taj proces čini temelj za ostvarivanje svjesnoga razvoja govora. U toj fazi dijete postupno uči kontrolirati izgovor glasova i slušanje, te se stvaraju prve, za govor važne, senzomotoričke veze u živčanom sustavu. Također, u prvoj fazi dolazi do uspostavljanja kontrole nad intenzitetom glasa, zatim kontrole visine glasa, a nakon toga i kontrole različitih pokreta govornim organima u usnoj šupljini. Dijete postaje sve osjetljivije na glasove ljudskoga govora i tako razvija slušanje, između 6. i 8. tjedna pojavljuje se i prvi društveni osmijeh. Od 2. do 5. mjeseca (8. – 20. tjedna) dijete se nalazi u drugoj fazi razvoja govora koju obilježava kvalitetna promjena krika, pojava smijeha i gukanja. Od 3. mjeseca djetetova života možemo primijetiti promjenu krika ovisno o njegovu stanju što znači da počinje ovladavati intonacijom. Dijete svojoj majci na razne načine daje glasovne signale ako je mokro, gladno ili ako ga nešto boli ili smeta. Također, vlastitim glasovnim reakcijama reagira na govor roditelja tako što izgovara kratke glasove oponašajući intonaciju odraslih. Te se reakcije kasnije produljuju, postaju ritmičnije te intonacijski složenije. Najvažnija uloga druge faze razvoja govora je da se ostvari prijelaz iz refleksivnog spontanog glasanja u komunikativno glasanje. Tijekom 4. se mjeseca života djeteta pojavljuju počeci oponašanja i aktivno smijanje kao reakcija na emotivno komuniciranje s odraslima. Glasovi gukanja

počinju se javljati na izdisaju što je početak ovladavanja govornog disanja. Ako se primijeti odsutnost intonacijske izražajnosti krika i gukanja, ako je gukanje jednolično, monotono, tiho i usporeno, te ako se primijeti odsutnost smijeha i dominacija nazalnih glasova u kriku to mogu biti simptomi rizika poremećaja u govoru. Slijedi faza u kojoj se pojavljuju glasovne igre i brbljanje, počinje između 16. i 20., a traje do 30. tjedna. Kako je dijete naraslo i ima više mjesta u usnoj šupljini za složenija kretanja jezikom, lakše stvara i oblikuje suglasnike. Javlja se slogovno glasanje koje prelazi u slogovno brbljanje te se ostvaruje spajanje odvojenih glasova u glasovne sekvence na temelju kojih se gradi govor. Četvrta faza, koju prati aktivno slogovno brbljanje, počinje između 20. i 25., a traje do 50. tjedna. Glasovi dječjega brbljanja u ovoj fazi počinju podsjećati na prave glasove materinskog jezika. Dijete aktivno brblja u igranju s odraslima, pokušava privući pozornost odrasle osobe, pažljivo sluša govor i time brbljanje postaje socijalno. Ako je dijete urednoga razvoja, slogovno brbljanje postaje samostalna komunikativna aktivnost. U isto se vrijeme intenzivno razvija i razumijevanje ljudskoga govora. Pred kraj razdoblja predverbalne komunikacije dijete reagira na vlastito ime ili na jednostavan nalog te može usmjeriti pogled ka imenovanim osobama ili predmetima. U četvrtoj je fazi jako važno ostvarivati predmetnu komunikaciju s djetetom jer nedostatak takve komunikacije s odraslima i rano odvajanje od roditelja može priječiti razvoju govora. Simptomi rizika pojave poremećaja govora tijekom posljednje su dvije faze odsutnost ili ukočenost slogovnog brbljanja, jednolično usporeno brbljanje koje nije povezano s komunikacijom, nerazumijevanje jednostavnijih naloga te odsutnost govornog oponašanja.

Nakon što je dijete izgovorilo svoju prvu riječ, razvoj se govora prati prema broju riječi koje dijete upotrebljava. Dvogodišnjak urednoga razvoja govora u svome fondu ima 200 do 300 riječi, dok trogodišnjak barata s oko 1500 do 2000 riječi. Možemo reći da svaka osoba ima pasivan i aktivan fond riječi. U pasivan se fond, dakle, ubrajaju one riječi koje dijete (ili odrasla osoba) razumije, ali ih ne upotrebljava tijekom vlastitog govora. No, za procjenu mentalnoga razvoja djeteta važan je broj riječi koje dijete stvarno koristi u svome govoru te potpuno razumije njihovo značenje. U drugoj polovici druge godine dijete počinje spajati dvije riječi i tako nastaju njegove prve rečenice. Kada navršši dvije godine počinje upotrebljavati rečenice sastavljene od 2 do 3 riječi. Razvoj njegova razumijevanja intenzivno se nastavlja pa tako dvogodišnjak razumije puno više od onoga što samostalno može izraziti. No, izgovor je većine glasova još uvijek nejasan, a značenje pojedine riječi dosta je široko. Djeca tijekom razdoblja ranoga i predškolskog djetinjstva stvaraju temelj za daljnje ovladavanje govorno-jezičnim vještinama, a to su čitanje i pisanje (Posokhova, 2008).

8. OBILJEŽJA KOMUNIKACIJE MALE DJECE S POREMEĆAJEM IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA

Dijete je prosocijalno biće od samoga rođenja, ono već kao novorođenče radije sluša govor nego druge zvukove i više voli promatrati lica nego neke druge vidne podražaje. Usmjerenost socijalnom svijetu, kao biološka osnova, temelj je za razvoj komunikacije i socijalnog učenja. Iako su tijekom razvoja djeteta isprepleteni, važno je razlikovati razvoj komunikacije, usvajanje jezika i razvoj govora. Komunikacija je ono što čovjeka kao socijalno biće povezuje s bićima koja ga okružuju. Dok dijete ne nauči komunicirati s namjerom, odnosno za ciljeve koji odgovaraju njegovim potrebama, ono se nalazi u predjezičnoj fazi rane komunikacije (Ljubešić i Cepnaec, 2012) .

Jedni od najčešćih i najstalnijih obilježja PAS-a su poremećaji govora i jezika. Kako je razvoj komunikacije kod male djece dosta brz, roditelji već prije prve djetetove godine mogu vidjeti razvija li se njegova komunikacija u smjeru socijalne i verbalne. Netipična su predjezična obilježja komunikacije stoga vrlo primjetni roditeljima, primjerice ako dijete ne reagira na ljudski glas, ne razumije niti koristi geste i sl. Kod djece s PAS-om općenito kasni usvajanje govora u odnosu na vršnjake, a određeni broj djece s PAS-om nikada niti ne usvoji govor. Ljudska komunikacija u cjeloživotnom procesu ima tri široke funkcije, a to su: funkcija razvoja mentalnih procesa, funkcija prilagodbe okolini i funkcija manipulacije okolinom. Iz toga proizlazi da djeca netipičnoga razvoja govora imaju negativne posljedice na razvoj mentalnih procesa, socijalno prihvatljivih oblika ponašanja i načina utjecanja na okolinu (King, 1979; prema Ljubešić, 2005). Djeca koja do 3. godine usvoje prve riječi, kasnije lakše ovladaju ponekim socijalnim vještinama (npr. higijenske navike ili smanjena frustracija na neugodu).

8.1. Rana komunikacija

Istraživači su tijekom posljednjih desetak godina pronašli velik broj znakova upozorenja koja se javljaju u ranoj životnoj dobi djeteta, a pomažu ranoj dijagnostici PAS-a. Većina znakova uočena je u komunikaciji djeteta, te u načinu na koji se dijete igra. Informacije o ranoj komunikaciji djece s PAS-om istraživači su dobivali iz podataka koje su davali roditelji na temelju sjećanja, na temelju analize obiteljskih videozapisa djece koja su u kasnijoj dobi dobila dijagnozu autizma, te ranim metodama probira na autistični poremećaj. Tako dobiveni podaci nisu se slagali jer neki roditelji izjavljuju da su već od prve godine života imala teškoće u njezi djeteta, te da su teže ostvarivali interakciju, dok drugi izjavljuju da je rani razvoj bio uredan te da su se mogli igrati kao i sa svojom ostalom djecom. No, kako

je PAS kao razvojni poremećaj u stalnoj interakciji s razvojem, sam razvoj može promijeniti način na koji se autizam manifestira. Tako se u prvoj godini, ako ćemo gledati uredni razvoj djeteta, još uvijek ne javljaju ona ponašanja koja autizam najviše pogađa, a to su interakcijska komunikacija, simbolička igra te socijalna interakcija. PAS ne mora nužno djelovati na onaj oblik komunikacije koji je tipičan za prvu godinu života djeteta (dijadička komunikacija - dijete je u izravnoj razmjeni s komunikacijskim partnerom s kojim razmjenjuje osjećaje), tako neka djeca s kasnijom dijagnozom PAS-a imaju period urednoga ranog razvoja kao što je pojava prvih riječi. Prve se riječi s vremenom gube i kod djeteta se počinje primjećivati izostanak pomaka iz predsimboličke u simboličku komunikaciju. Kod trijadičke komunikacije, komunikacijski partneri uključuju još i ono o čemu komuniciraju. Da bi se takva komunikacija ostvarila, tj. da bi se moglo o nečemu komunicirati, komunikacijski partneri trebaju imati razvijene vještine združene pažnje. To znači da se gestom i mimikom ili kontaktom očima koordinira vlastita pažnja s pažnjom druge osobe kako bi se podijelilo iskustvo s obzirom na neki predmet ili događaj o kojem se komunicira (Ljubešić, 2005). Rade (2015, str. 19) navodi: „Ključni problem djece s komunikacijskim teškoćama su teškoće u koordinaciji vlastite pažnje s pažnjom druge osobe kako bi se uskladile u suradnji. Uzrok svemu tome je nedostatan razvoj socijalne kognicije; dijete druge ljude ne doživljava kao bića koja imaju namjere.“ Osim toga, kod djece urednoga razvoja između 9. i 18. mjeseca života javlja se još i spoznaja da se može utjecati na pažnju druge osobe te da je dobro imati interes za podjelu iskustva s drugom osobom. Malo dijete s PAS-om ne razumije jezik i čemu jezik služi (Ljubešić, 2005). Većina djece s PAS-om koja razviju govor, ne znaju se njime služiti u interpersonalnoj komunikaciji pa ga nazivamo nefunkcionalnim. Kod takve je vrste govora često riječ o eholaliji jer dijete ne stvara vlastite iskaze već ponavlja ono što je čulo. Ponekad, ako dijete s PAS-om ima dobro fonološko pamćenje, može upamtiti i duže govorne fraze te ih naučiti upariti sa situacijama na koje se odnose. S obzirom na to da dijete s PAS-om doslovno preslikava govor, a jezik se u komunikaciji gramatički mijenja, ono neće govoriti u prvom licu jednine, nego u drugom ili trećem licu jer tako čuje kada se netko njemu obraća (Ljubešić, 2005).

8.2. Združena pažnja kao pretpostavka usvajanja jezika

Jedan od ključnih razvojnih teškoća karakterističnih za razvoj govora kod djece s PAS-om je odsustvo združene pažnje. „Združena pažnja je interakcija između djeteta, odrasle osobe i predmeta (ili aktivnosti), a uključuje dijeljenje, slijedenje i usmjeravanje pozornosti pogledom ili gestom. Djeca tipičnoga razvoja započinju inicirati združenu pažnju i prije no

što izgovore prvu riječ. Ova vještina omogućava uočavanje i razumijevanje misli i uvjerenja drugih osoba. Združena pažnja je ključna za socijalni, kognitivni i jezični razvoj. Ona je temelj učenja, imitacije i komunikacije.“ (Rade, 2015, str. 20) Ako dijete još nije razvilo vještinu združene pažnje, ne može razviti niti temeljne socijalno-komunikacijske vještine. Združena se pažnja javlja kod sve djece s PAS-om i jedan je od najranijih znakova da se može raditi o autističnom poremećaju. Također, nerazvijene vještine združene pažnje glavna su prepreka zbog koje djeca i odrasli imaju teškoća u socijalnoj (verbalnoj i neverbalnoj) komunikaciji. Za razliku od djece kod koje se komunikacija uredno razvija, djeca s komunikacijskim teškoćama značajno kasne, prvenstveno s pojavom geste, a geste razvojno prethode govoru. Možemo reći, dakle da je združena pažnja jedna od središnjih točaka u razdoblju usvajanja jezika (Ljubešić i Cepanec, 2012).

9. TEŠKOĆE U KOMUNIKACIJI DJECE S POREMEĆAJEM IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA

Istraživanja potvrđuju da većina djece s PAS-om ima velike teškoće u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji te da su ona oštećena u svim dijelovima komunikacije od razumijevanja do izražavanja (Bartak, 1979; Biklen, 1990; Lotter, 1966; Wing, 1971; prema Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

9.1. Teškoće u verbalnoj komunikaciji

Oko tri četvrtine djece koja se nalaze na autističnom spektru ulazi u jezične komunikacije, ostatak uopće ne rabi jezik u komunikacijske svrhe (Sigman i McGovern, 2005; Hartley i sur., 2008; prema Ivšac Pavliša, 2010). Teškoće u verbalnoj komunikaciji jedno su od glavnih obilježja PAS-a i uključuju sve komponente jezika: sadržaj (tj. semantika), oblik (tj. fonologija, morfologija, sintaksa) i upotreba (tj. pragmatika, društvene komunikacije) u svim oblicima (npr. usmeno i znakovno). Iako teškoće u razvoju jezika nisu jedinstvene za PAS, njegovo su važno obilježje, te su ključni pokazatelji na njegovu ranu identifikaciju. Neka djeca s PAS-om pokazuju početak razvoja rane komunikacije pa se njihovi problemi manifestiraju tek s jezičnim zadacima višega reda, dok druga djeca pokazuju teškoće u komunikaciji već od početka procesa stjecanja jezika (ASHA, 2012). Prema Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010) govor je kod djece s PAS-om, za razliku od djece s intelektualnim oštećenjima, slabije razvijen od opće inteligencije. Komunikaciju najčešće ostvaruju neverbalnim načinom, kao što su pokazivanje, geste, mimika, a ako su to glasovi onda se radi o neartikuliranom i nejasnom govoru koji je popraćen krikovima ili gugutanjem. Djeca s PAS-om koja usvoje jezični sustav imaju drugačija obilježja od djece urednoga razvoja jer se uočavaju neobičnosti u uporabi jezika. Djeca koja imaju teškoće u komunikaciji ne shvaćaju komunikacijske namjere okoline u određenoj situaciji, stoga jezik usvajaju učeći asocijacijama u situacijama koje su im važne. Ivšac Pavliša (2010) objašnjava da oni pamte fraze onako kako ih čuju, a da pritom ne dolazi do recipročne izmjene uloga i posljedično se javlja eholalija. Spontani je govor autističnog djeteta oskudan i nezreo, te gramatički neispravan. Osim po sadržaju, govor je često poremećen u ritmu, intonaciji, visini i naglasku. Najveći je problem autistične djece u razumijevanju zamjenica i prijedloga. Govor je sveden na konkretno, bez sposobnosti apstrakcije ili generalizacije. Djeca s PAS-om, čak i ona s višim intelektualnim sposobnostima imaju velikih teškoća u razumijevanju tuđeg govora. Smatra se da je ovo temelj mnogim karakterističnim simptomima autizma.

9.2. Teškoće u neverbalnoj komunikaciji

Terminom „neverbalno“ služimo se kada želimo opisati što se sve događa u ljudskoj komunikaciji, ali da to nisu izgovorene ili napisane riječi (Knapp i Hall, 2010). Prema definiciji Hrvatskoga jezičnog portala „Neverbalni jezik je sustav znakova koji izražava neke poruke bez riječi; grimase, geste i pokreti dijelovima tijela (npr. jedan ili više kružnih pokreta dlanom po želucu kao značenje da je što prijalo kao jelo, da se što jede s užitkom)“

Većina djece s PAS-om ima loše razvijene vještine neverbalne komunikacije. Njihove se teškoće očituju u tome da se ne mogu služiti gestikulacijama, kao što je usmjeravanje na određeni objekt, koje bi dale značenje njihovom govoru. Oni često izbjegavaju kontakt očima što sugovorniku odaje dojam nepristojnosti, nezainteresiranosti ili nepažnje. Mnoga djeca postaju frustrirana u nastajanjima da bez gesta ili drugih neverbalnih vještina prenesu svoje osjećaje, misli i potrebe na sugovornika, pa to pokazuju neartikuliranim glasovima ili drugim motoričkim stereotipijama (Nacional Institute of Deafness and Other Communication Disorders). Djeca s PAS-om ne razvijaju mimiku i geste kao način komuniciranja, koji su u skladu s urednim razvojem govora, kako je ranije spomenuto, i često pokazuju neadekvatne oblike komunikacije (plač, krikovi i dr.) kako bi izrazili svoje potrebe. Baron-Cohen (prema Poučavanje učenika s autizmom: školski priručnik, 2008.) ukazao je na to da djeca s autizmom imaju razvijene geste pokazivanja kada nešto žele, ali se ne služe gestama u svrhu podijele interesa s drugom osobom. Takvo ponašanje potvrđuje činjenicu da ne shvaćaju mentalna stanja drugih osoba. U praksi se potvrdilo da je teško djecu s PAS-om koja ne govore naučiti gestovnom govoru, iako neki mogu usvojiti pojedine gestovne znakove. Prema Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010) djeca s PAS-om govorom tijela u kombinaciji s neartikuliranim glasovima pokazuju svoju uznemirenost ili zadovoljstvo, radost ili ljutnju. Primjerice, uz doživljaje zadovoljstva i uzbuđenosti često se pojavljuje pojava motoričkih stereotipija poput: „lepršanja“.

10.POTICANJE KOMUNIKACIJE U RADU S DJECOM S POREMEĆAJEM IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA

10.1. Poticanje združene pažnje i komunikacije

Združena je pažnja glavni preduvjet za učenje socijalizacije kod djece, posebice za učenje imitacije te za govorno-jezični razvoj. Uspostavljanje združene pažnje kod djeteta s PAS-om započinje se isto kao i s djetetom urednoga razvoja uočavajući kamo dijete gleda ili što radi. Jako je važno komentiranje i uključivanje djeteta u razne situacije kako bi se osigurala zajednička pozornost (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). Najvažnije je pokušavati uspostavljati kontakt očima, a svrha takvog kontakta djetetu treba odmah biti jasna i bitna. Kontakt očima povećava se u djetetu ugodnim aktivnostima kao što je škakljanje, maženje, jednostavnim igrama i slično. Važno je da aktivnost ili igra traje neko vrijeme i da je djetetu ugodna, kao što su igre u kojima se ponavlja neki slijed. Kada odrasla osoba u jednom trenutku prekine aktivnost prije nečega što dijete očekuje (naučena rutina), dovest će do toga da dijete usmjerava pogled u partnera u igri, a to će rezultirati nastavkom igre. Dijete će tako naučiti važnost pogleda, uspostavljanje odnosa i interakciju s drugima (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Jedan od velikih izazova kojima se stručnjaci bave je razvijanje komunikacije kod osoba s PAS-om. S obzirom na to da se trećina autista ne služi govorom kao sredstvom komunikacije, koristi se alternativna i augmentativna komunikacija (AAK) koja služi kao potpora postojećem govoru ili kao primarni oblik komunikacije. Cilj je takve komunikacije naučiti razumjeti, naučiti zahtijevati, odabrati, odbiti na prikladan način, naučiti mnogo više od navedenog, naučeno generalizirati, održavati i proširivati (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). Postoje dvije AAK tehnike: nepotpomognuta (uporaba simbola kao što su manualni znakovi, pantomima i gesta) i potpomognuta (sadržava pomagala kao što su fotografije, crteži, riječi i slično). U radu s osobama s PAS-om provode se programi s vizualnim i grafičkim uputama koje omogućuju snalaženje djeteta u raznim životnim situacijama.

Kroz studij slučaja u radu s dječakom s visokofunkcionirajućim autizmom možemo vidjeti kolika je važnost pružanja podrške čiji je cilj poboljšanje komunikacijske i jezične sposobnosti. Rad s dječakom proveden je individualno u trajanju od pet mjeseci (Dukarić i sur., 2014). Prema klasifikaciji DSM-5 (2013), visokofunkcionirajući autizam (VFA) pripadao bi PAS-u stupnja 1. Djeca s VFA imaju uredne intelektualne i jezične sposobnosti uz prisutnost kašnjenja u ranoj fazi jezičnog razvoja (Ozonoff i sur., 2002; Remschmidt, 2009; prema Dukarić i sur., 2014). Osobe s takvom dijagnozom nisu svjesne prisutnosti drugih,

stoga nisu ni povučene prema drugima. Njihov je pristup prema drugim osobama najčešće čudan i neprikladan (Klin i Volkmar, 1997; Klin i sur., 2005; prema Dukarić i sur., 2014). Imaju, dakle, poteškoće u uporabi jezika u socijalnom kontekstu, doslovno tumače iskaze pa im je teško razumjeti humor, ironiju ili laži. Dječak je pokazivao kašnjenje u jezičnom razumijevanju u odnosu na kronološku dob (Loukusa i sur., 2007; prema Dukarić i sur., 2014). Provedena podrška pomogla je utoliko da je primijećeno smanjenje eholalije u iskazima i poboljšanje pragmatičkih sposobnosti. Također rad s dječakom rezultirao je i boljim jezičnim razumijevanjem te bogaćenjem ekspresivnog rječnika. Cijeli je proces podrške ostvaren kroz igru, slijeđenjem dječakovih interesa da bi se privukla njegova pažnja. Tijekom rada koristile su se slikovnice, opisivanje slika, osmišljavanje slikovnih materijala s tekstom, osobne priče, postavljanje pitanja kojima se upotrebljavaju zamjenice i prijedlozi (npr. *Čije su hlače? Moje.*) te poticanje pripovijedanja. Roditelji su, prema uputama, također koristili slične postupke u svakodnevnim aktivnostima. Opisana studija slučaja pokazuje kolika je važnost interakcije različitih čimbenika (uključivanje djece u razvojno primjerenu stručnu podršku, važnost boravka u predškolskoj skupini, važnost razvoja partnerskog odnosa s roditeljima i važnosti poticanja komunikacije i jezika) koji mogu dovesti do boljeg povezivanja s vršnjacima i kvalitetnijih socijalnih odnosa (Dukarić i sur., 2014).

10.2. Intervencijski pristupi za poticanje komunikacije

Intervencije za ranu komunikaciju u autizmu većinom su podijeljene u tri kategorije. Prvo su didaktičke metode koje se temelje na bihevioralnim teorijama kao što su moralno rasuđivanje, operantno uvjetovanje i sl. Potkrepljenje služi za povećanje učestalosti željenih ciljanih ponašanja. Ovakvi pristupi poticanja komunikacije podrazumijevaju visoku razinu uključenosti roditelja, dosljednost u vježbama te logičan slijed vježbi. Odrasla osoba usmjerava i kontrolira sve aspekte interakcije. Druga kategorija su naturalistički pristupi. Ovdje se pokušavaju spojiti bihevioristički principi s prirodnijim okruženjem koristeći funkcionalne, svrhovite društvene interakcije umjesto potkrepljenja. Prirodni su pristupi usmjereni na intrizična potkrepljenja, a ona uključuju zadovoljstvo postizanja željenog cilja kroz komunikaciju. Smatra se da ovakav pristup pokušava navesti osobe s PAS-om da iniciraju komunikaciju, a ne da uvijek budu u ulozi onoga koji odgovora na tuđe iniciranje komunikacije. Posljednja je razvojna kategorija. Ovaj pristup ističe funkcionalnu komunikaciju, a ne govor kao cilj. Kao takvi, oni potiču razvoj višestrukih aspekata komunikacije, poput upotrebe gesta, pogleda u oči, utjecaja vokalizacije, te zadržavanje tih ponašanja kao nužnih prekursora u produkciji govora. Aktivnosti u skladu s ovom

kategorijom pružaju više mogućnosti i iskušenja za komunikaciju. Odrasla osoba odgovara na svako djetetovo iniciranje pažnje, pružanjem nagrade. Dijete je tako u mogućnosti odabrati temu i materijale koje mu je odrasla osoba pružila, a odrasla osoba pokušava stvoriti pozitivno okruženje, te prateći dijete reagirati na svako ponašanje koje se može protumačiti kao komunikativno (Goldstein, 2002; Paul i Sutherland, 2005; Rogers, 2006; Wetherby i Woods, 2006; prema Paul 2008).

11. TRETMANI POREMEĆAJA IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA

Prema Bujas Petković (2000) tretman za djecu s PAS-om podrazumijeva terapiju čija je svrha ukloniti ili ublažiti simptome PAS-a, ali i edukativne postupke kojima im se nastoje pružiti određena znanja. Prvi je poznati tretman autističnog dječaka proveo francuski liječnik Itard s dječakom Viktorom. Itard se služio metodama koje su obuhvaćale učenje o svakodnevnim aktivnostima te samopomoć uz govorne vježbe. Postignut je veliki napredak u razvoju socijalizacije i komunikacije te osamostaljivanja, no nije došlo do potpunog ozdravljenja.

Remschmidt (2009) pod terapijom djece s PAS-om podrazumijeva uklanjanje nepoželjnih simptoma i pridruženih stanja. Također navodi da unatoč velikom pomacima i naporima i dalje ne postoji jednoznačno učinkoviti tretman, a razlog tome je priroda poremećaja čiji je uzrok i dalje nepoznat.

Bujas Petković (1995) smatra da se propadanje intelektualnih funkcija do kojih dolazi razvojem bolesti i nedovoljnom stimulacijom djeteta kao i neadekvatnim terapijskim i odgojnim postupcima, može spriječiti ili ublažiti adekvatnim tretmanom. Terapija djece s PAS-om započela je pedesetih godina otvaranjem Ortogenetske škole B. Bettelheima u Chicagu. S obzirom da se tada PAS smatrao emocionalnim poremećajem i tretman je bio usmjeren u tom pravcu. Bettelheim je djecu odvojio i izolirao od roditelja jer se tada smatralo da su uzrok PAS-u emocionalno hladni roditelji pa bi tako uklonio uzrok poremećaja, a djeca bi u novim uvjetima slobodno kreirala svoju ličnost koja je do tada bila sputana. Danas se smatra da je uspostavljanje čvrste emocionalne veze i povjerenja između terapeuta i djeteta preduvjet uspješnom tretmanu PAS-a (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). Tretman djece s PAS-om trebao bi obuhvatiti dva područja: psihijatrijsko – psihoterapijski pristup i specijalni odgoj. U psihijatrijsko – psihoterapijski pristup trebali bi se uključiti, osim djece, i roditelji s ciljem da djeca postignu poboljšanu komunikaciju s okolinom i time postanu tolerantnija u krugu obitelji. Roditelje bi se tako obučilo da postanu „ko-terapeuti“ svojoj djeci (Nikolić, 1996).

Kako se još uvijek ne zna uzrok poremećaja iz autističnog spektra, danas postoji velik broj tretmana kojima se nastoje ukloniti ili ublažiti simptomi PAS-a.

11.1. TEACCH program

TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children*) program je, prema Bujas Petković (2000), najcjelovitija metoda dijagnostike, procjene i tretmana. Tu su metodu uveli Eric Schopler i suradnici u Chapel

Hillu, Sjeverna Karolina prije pedesetak godina. „Cilj TEACCH programa jest usvajanje školskih znanja i vještina za djecu prema njihovim sposobnostima, ali i poboljšanje govora, komunikacije, socijalizacije uz otklanjanje negativnih oblika ponašanja.“ (Bujas Petković, 2000, str. 222). Naglasak je stavljen na kontinuiranu procjenu koja je smatrana temeljem stvaranja učinkovite individualne terapije i obrazovanja. Mesibov i Shea (2010; prema Gajić 2015) smatraju da se TEACCH program zasniva na karakteristikama koje čine “autističnu kulturu”: bolja obrada vizualnih u odnosu na auditivne informacije, pojačana pažnja prema detaljima i teškoće sa integriranjem ili izvlačenjem zaključaka, velika promjenjivost pažnje, problemi u komunikaciji, teškoće sa usvajanjem pojma vremena, tendencija vezivanja za rutinu, intenzivno i impulzivno reagiranje vezano za omiljenu aktivnost, senzorne preferencije ili averzije. Također, navodi da TEACCH program preporučuje četiri vrste strukture: 1) fizička (adekvatan namještaj i kontrola distrakcije i prevelike stimulacije iz okruženja), 2) organizacija slijeda događaja (dnevni, odnosno tjedni rasporedi vizualno predstavljeni), 3) organizacija individualnih zadataka i 4) organizacija zadataka uslijed aktivnosti.

11.2. Metoda Marte Meo

Ova se metoda sastoji od toga da odrasli (roditelj, terapeut, učitelj) uočava djetetove potrebe, a zatim uspostavlja dijalog koji ima određenu strukturu i ritam. Takav podupirući razvojni dijalog započinje odrasla osoba tako što stvara dijalošku vezu s djetetom, vezano uz nešto što dijete zanima. Prateći djetetovu igru i ponašanje, stvara zajedničko središte zanimanja, a pritom govorom tijela i riječima nastoji uspostaviti dijalog. Činjenica da osoba gleda što dijete radi, povećava djetetovo samopouzdanje. Nakon uspostavljanja zajedničke točke zanimanja slijede aktivnosti proširenja interesa, vokalizacija, neverbalna komunikacija i sl. (Zuckerman, 2016).

11.3. Edukacijsko – rehabilitacijski pristup

Cilj je edukacijsko – rehabilitacijskog pristupa učenje komunikacijskih i socijalnih vještina, povećanje socijalne kognicije te poticanje motivacije i sposobnosti za funkcionalno učenje. Bujas Petković i Frey Škrinjar (2010) navode dva temeljna načela ovog pristupa. Prvo je načelo davanje podrške djetetu u ublažavanju posljedica teškoća vezanih uz simptome PAS-a poticanjem oštećenih razvojnih područja (socijalizacija, komunikacija i ponašanje). Drugo je načelo davanje podrška i suradnja s roditeljima u svim životnim fazama njihova djeteta, cjeloživotni program podrške specifično je usmjeren na potrebe pojedine osobe kako bi se ostvarile maksimalne osobne kompetencije i kvaliteta života u zajednici.

11.4. Terapija lijekovima

Terapija lijekovima ili farmakoterapija, iako uklanja samo neke simptome PAS-a, zauzima važno mjesto u liječenju autistične osobe, osobito za otklanjanje agresivnosti, autoagresije i hiperaktivnosti (Bujas Petković, 2000).

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

Specifični lijek za PAS ne postoji, no najviše se primjenjuju sedativni neuroleptici (levopromazin i promazin) uz haloperidol koji se u brojnim studijama pokazao efikasniji od placeba. Za mlađu djecu koristan može biti itioridazin (Bujas Petković, 2000). Dozu je potrebno modificirati prema kliničkoj slici, simptomima, dobi i tjelesnoj težini.

11.5. Sustav komuniciranja razmjenom slika (PECS)

PECS (*Picture Exchange Communication System*) ili sustav komuniciranja razmjenom slika je alternativna metoda uvježbavanja komunikacije koji se koristi za osobe s poteškoćama u govoru. PECS je pogodan za podučavanje komunikacije djece s PAS-om jer omogućuje vođenje i oblikovanje djeteta u procesu usvajanja vještina koje traže razumijevanje koncepta komunikacije. Praksa je pokazala da logopedi ne postižu željene učinke u radu s djecom s PAS-om. Ovaj način učenja komunikacije puno je bolji jer ne zahtjeva od djeteta sjedenje za stolom, a i sam postupak je precizno razrađen te ga je jednostavno primijeniti. Djeca usvajaju više stupnjeve komunikacije, poput korištenja rečenica složenih od slika i riječi, što omogućuje djetetu više od samog zahtijevanja. Dijete pomoću razmjene slika može komentirati, dijeliti iskustvo, utjecati na ponašanja i mentalna stanja komunikacijskog partnera (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010). PECS je važan u vrtićkom okruženju jer se poteškoće vezane uz socijalnu interakciju očituju kao izostanak situacija u kojima djeca s PAS-om spontano prilaze drugoj djeci kako bi se s njima igrala i komunicirala (Rajnović, 2001).

11.6. Glazbena terapija

Prema Bujas Petković (1995) glazbena terapija može poslužiti kao relaksacija koja treba biti ciljana i brižljivo odabrana prema afinitetu djeteta, ne preglasna ili iritirajuća. Djeca s PAS-om često vole pjevati ili se izražavati različitim melodijama. Glazba može poslužiti i kao dio odgojno-obrazovnog programa. U takvoj se vrsti terapije pomoću pasivne i aktivne recepcije glazbenih sadržaja te glazbenim izražavanjem uspostavlja kvalitetnija komunikacija s djetetom s PAS-om. Ovaj način rada provodi se u skladu s individualnim programom koji

određuje glazbeni terapeut za svako pojedino dijete, a oblik rada može biti individualni ili grupni. Glazbena se terapija provodi u specijaliziranom glazbenom kabinetu, on je opremljen Orffovim instrumentarijem, sintetičkim glazbalom, električnim klavirom, različitim vrstama udaraljki te audio opremom (npr. mikrofoni, slušalice, izvori za reprodukciju glazbe). Temeljna programska područja glazbene terapije su: aktivno i pasivno slušanje glazbe, razvoj sluha i auditivne percepcije (igre za razvoj sluha, vježbe razlikovanja i prepoznavanja zvukova, vježbe auditivne pažnje i pamćenja, itd.), sviranje na glazbalima i pjevanje (brojalice, vokalno – tehničke vježbe, igre s pjevanjem, osvještavanje disanja, itd.).

11.7. Likovna terapija

Bujas Petković (1995) navodi da je likovna terapija metoda za poticanje i pospješenje razvojnih procesa i odgoja djece s PAS-om. Zbog potpunog izostanka govora i uobičajene neverbalne komunikacije, mnoga djeca s PAS-om putem crteža mogu, na njima jednostavniji način, komunicirati s drugim osobama i tako prenijeti svoje poruke. Crteži su autistične djece većinom stereotipni te se ponavljaju uvijek na sličan način.

11.8. Terapija igrom

Terapija igrom ili *playtherapy* psihoterapijski je pravac utemeljen na teorijskim postavkama koje ističu da su djeca sposobna, od najranije dobi, donositi odluke i preuzimati odgovornost u skladu s njihovom dobi i sposobnostima (Ramić, 2010). „Play terapija kao oblik psihoterapije bila je dugo vremena dominantna i gotovo jedina terapija kojom se nastojalo da dijete izrazi slobodu potisnutih emocionalnih konflikata. Spoznaja da je autizam razvojni poremećaj s oštećenjem kognitivnih funkcija dala je smjernice strukturiranoj terapijskoj i edukativnoj sredini, a nestrukturirana koja je tradicionalna u psihoterapiji potisnuta je kao manje povoljna ili pomoćna metoda.“ (Bujas Petković, 2000, str. 221). Psihologinja za terapiju igrom Tatjana Gjurković smatra da je glavni cilj terapije igrom dati djeci priliku da donesu odluke, sami razriješe svoje probleme te preuzmu odgovornost za svoje postupke i to u većoj mjeri nego im je to dozvoljeno u svakodnevnom životu. U ovoj se vrsti terapije koriste različiti mediji i tehnike kao što su terapeutsko pričanje priča, kreativne vizualizacije, ples, glazba, pokret, dramatizacije, glina i plastelin, crtanje i slikanje te pijesak. Terapija je namijenjena za djecu predškolske i školske dobi koja imaju emocionalne teškoće ili teškoće u ponašanju (Ramić, 2010).

11.9. Kineziterapija

Kineziterapija se kao sastavni dio tretmana djece s PAS-om koristila prije, a i danas postaje sve važnija u terapiji djece i odraslih s PAS-om. Redovito tjelesno vježbanje u dječjoj dobi povoljno utječe na uklanjanje hiperaktivnosti, a u odrasloj dobi suzbija agresiju, autoagresiju, destruktivno ponašanje i stereotipiju (Blažević i sur., 2006).

11.10. Terapijsko jahanje

Već se više od četiri stoljeća konj primjenjuje u terapijske i rehabilitacijske svrhe. Terapija jahanjem privukla je pozornost stručnjaka i ljudi koji se profesionalno bave konjima nakon što je Liz Hartel iz Danske na Olimpijskim igrama u Helsinkiju 1952. osvojila srebrnu medalju za dresuru. Naime, Liz je bolovala od dječje paralize, a drugo je mjesto osvojila unatoč konkurenciji zdravih i mladih osoba. U SAD-u su ranih šezdesetih godina postojala tri centra za terapijsko jahanje, od kojih je najpoznatiji Windrush. Širenje terapijskog jahanja diljem svijeta pokrenulo je osnivanje Cheff Centera i North American Riding of the Handicapped 1969. godine. U SAD-u ima preko šesto šezdeset centara, a njihov broj stalno raste. U Hrvatskoj danas postoji nekoliko udruga za terapijsko jahanje. Neke od udruga su: Don Kihot (Zagreb), Krila (Zagreb), Flyer (Zagreb), Mogu (Osijek), Kas (Sisak), Nada (Vrbovac), Korak dalje (Daruvar) (Boras i Itković, 2002). Također, navodi da izrazi koji se upotrebljavaju nisu točno definirani i razjašnjeni, a da se, ovisno o ciljevima koji se žele postići, javlja potreba za terminološkom podjelom (*hypoterapija*, pedagoško jahanje, voltiziranje, jahanje invalida i sl.). No, Molnar (2000; prema Boras i Itković, 2002, str. 74) preciznije definira *hypoterapiju*: „Pod hypoterapijom podrazumijevamo fizioterapijske postupke kod kojih su invalidi, bolesnici i konj, sa svojim trodimenzionalnim pokretima, sudionici unaprijed planiranog i osmišljenog medicinsko terapijskog tretmana, pri čemu je čovjek, kroz sveukupne kretnje, tjelesno, emocionalno, duševno i socijalno angažiran.“ *Hypoterapijski* tretman ima neurofiziološku osnovu i mora biti propisan od liječnika. Za svakog se pacijenta pojedinačno izrađuje terapijski plan. *Hypoterapija* omogućava pokrete koji aktiviraju bolesne mišiće te se iz prakse pokazalo da se progresija distrofije mišića značajno zaustavlja. Kod djece s PAS-om terapijsko jahanje potiče razvoj fine motorike, pomaže u razvoju pamćenja, pažnje, socijalizacije te smanjuje neke nepoželjne oblike ponašanja (Boras i Itković, 2002).

11.11. Terapijsko plivanje

U radu s djecom s posebnim potrebama najpoznatiji je *Halliwick* koncept za učenje plivanja. On je organiziran tako da se provodi bez korištenja rekvizita jer oni daju lažnu

sigurnost. Cilj terapije je da se djeca kroz zajedničku igru, zabavu i druženje nauče samostalno služiti vodom kao medijem za kretanje. Uz to, uče nove socijalne i društvene vještine te razvijaju osjećaj pripadnosti (Kostelnik i sur., 2004).

11.12. Holding terapija

Holding terapiju ili terapiju čvrstog držanja prva je opisala američka psihijatrica Martha Welch. Prema Remschmidt (2009) to je terapija koja teži emocionalnom reaktiviranju djeteta i majke. Terapija je temeljena na teoriji da je PAS emocionalni poremećaj između majke i djeteta. Kako se smatralo da su i druge veze unutar obitelji poremećene i očeve se potiče da sudjeluju u terapiji (Bujas Petković, 1995). Prakticira se na način da majka, unatoč djetetovu otporu i otimanju, čvrsto drži dijete (Remschmidt, 2009). Za vrijeme terapije dijete treba tješiti i pokazivati mu ljubav dok se ono potpuno ne opusti i dok mu takvo postupanje ne postane ugodno (Bujas Petković, 1995). *Holding* terapija provodi se kod kuće u kombinaciji s drugim oblicima tretmana.

11.13. Dnevna životna terapija

Dnevna je životna terapija, za razliku od većine drugih, orijentirana prema grupnom radu. Temelji se na metodama dr. Kiyo Kitahare iz Japana, koja je u Tokiju otvorila školu za djecu s PAS-om u Bostonu prema principima Higashi škole. Njezina škola za djecu s PAS-om sadrži tri glavne smjernice: stvaranje „ritma življenja“, stabiliziranje oslabljenog emotivnog stanja kroz program tjelesnog vježbanja, uklanjanje osjećaja ovisnosti o drugome, a provodi se kroz grupnu edukaciju i unaprjeđenje djetetova intelektualnog razvoja, te kroz uzastopno ponavljanje određenih aktivnosti. U početku djeca s PAS-om sudjeluju u razredu s posebnim vođenjem, koji se većinom sastoji od deset učenika. U tom razredu, do određenog stupnja, napreduju u samopouzdanju te u stjecanju sposobnosti da se uklope u grupu i uče u njoj koliko i drugi. Nakon toga se priključuju razredu s djecom urednoga razvoja (Blažević i sur., 2006).

Cilj tretmana je, prema Bujas Petković (1995), gašenje nepoželjnih ponašanja kao što su agresija, autoagresija, destruktivnost, stereotipija i dr., a glavni su zadaci tjelesni treninzi i učenje svakodnevnih rutina imitacijom drugih članova skupine.

11.14. Potpomognuta komunikacija

Potpomognutu je komunikaciju prvi opisao Australac Biklen 1990. godine, a provodi se u više ustanova u SAD-u, Australiji i Europi. Radi se o postupcima kojima se, uz pomoć

trenirane osobe, kod osoba koje ne govore nastoji potaknuti komunikacija pisanjem na računalu (Remschmidt, 2009).

11.15. Socijalne priče

Socijalne su priče kratke priče pisane i prilagođene djeci s PAS-om. Cilj je ovoga tretmana poboljšati socijalne vještine kroz podučavanje primjerenih oblika ponašanja u socijalnim situacijama (Grey, 1994; prema Jančec i sur., 2016). Priče su napisane tako da opisuju konkretnu situaciju tumačeći pritom važne društvene signale i perspektivu drugih, a često predlažu i odgovor na ponašanje u određenoj situaciji (Reynhout i Carter, 2007; prema Jančec i sur., 2016). Na taj način pomažu djeci s PAS-om nadići teškoće u teoriji uma, odnosno, teškoće u razumijevanju mišljenja, želja i namjera drugih (Jančec i sur., 2016; prema Baron - Cohen, 2010). Svaka socijalna priča ima određenu strukturu: daje odgovore na pitanja o osobi (tko?), predmetu ili događaju (što?), mjestu (gdje?) te vanjskim i unutarnjim motivima za ponašanje (zašto?) u određenim situacijama, objašnjava stavove i emocije drugih u konkretnoj situaciji, opisuje ono što se od djeteta u konkretnoj situaciji očekuje da napravi ili kaže. Također, djetetu pruža objašnjenje socijalne prihvatljivosti podučavanog ponašanja (Jančec i sur., 2016). Za uspješnost u kreiranju socijalnih priča bitne su dvije komponente: omogućiti djetetu da socijalnu priču čita samo ili da je čita osoba bliska djetetu i osigurati da je socijalna priča prezentirana na djetetu prihvatljiv način te kroz medij koji dijete preferira (audio snimka ili video prikaz) (Charlop i Milstein, 1989; prema Jančec i sur., 2016).

11.16. Terapija senzoričke integracije

Ovaj je tretman prirodna vrsta terapije kojom se kod male djece potiče interakcija s okolinom. „Budući da autistično dijete nije sposobno registrirati puno osjeta iz svoje okoline, ono ne može integrirati te osjete da bi stvorilo jasnu percepciju prostora i svoj položaj u tom prostoru. Terapija senzoričke integracije moguć je odgovor na te poteškoće.“ (Blažević i sur., 2006, str. 74). Terapija senzoričke integracije stimulira kožu i vestibularni sustav i tako povećava razinu budnosti senzornog sustava. Cilj je terapije kod djece s PAS-om poboljšati senzoričku obradu kako bi se što više osjeta djelotvornije registriralo i moduliralo (Blažević i sur., 2006).

11.17. DIR model – *flooritme*

DIR model rada uključuje djetetovu funkcionalno-emocionalnu razvojnu razinu (*Developmental*), njegove individualne posebnosti senzoričke integracije (*Individual*) te njegove odnose i interakcije sa skrbnicima, roditeljima, članovima obitelji i drugima

(*Relationship-based*) (Korneo; prema Greenspan i sur., 2003). Ovaj se model temelji na toplom i neposrednom ophođenju s djetetom dok ga istodobno uključujemo na svim njegovim funkcionalnim, emocionalnim i razvojnim razinama do one najviše za koju je sposobno (Korneo; prema Greenspan i Salmon, 2004). Tehnika ovog modela naziva se *floortime*. Procjenjuje se trenutna razvojna razina djeteta te se slijedi njegovo vodstvo i nadograđuju njegove sposobnosti i vještine u svrhu poticanja razvoja. Pristup predlaže praćenje djetetovih ideja i uključivanje u njih, razmatranje djetetovih namjera i ciljeva te neprestano nadograđivanje i održavanje interakcija. S obzirom na to da je *floortime* seanse potrebno provoditi više puta dnevno, veliku ulogu u ovome tretmanu imaju i roditelji.

12.ZAKLJUČAK

Zbog svoje kompleksnosti, poremećaj iz autističnoga spektra zahtijeva više pozornosti kako od strane stručnjaka tako i od strane društva. Podizanjem razine svijesti i znanja o ranome razvoju u svim strukama koje su u kontaktu s malom djecom moguće je pomicanje granica djelovanja. Intenzivna rana intervencija omogućuje napredak djeteta s PAS-om, stoga je vrlo važno pri samoj pojavi sumnje na poremećaj uključiti dijete u individualizirane edukacijske programe. Kako bi se došlo do rezultata potrebno je puno strpljenja, upornosti i truda. No, upornim i dosljednim radom i učenjem mogu se postići vidljivi rezultati u razvoju socijalizacije i komunikacije.

13.LITERATURA

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. ASHA (lipanj 2012) *ASHA's Recommended Revisions to the DSM-5*. Preuzeto 20.6.2018. s <http://www.asha.org/uploadedFiles/DSM-5-Final-Comments.pdf>.
3. Baković, E. (travanj 2015). Posebne sposobnosti osoba sa autizmom – autistic-savant. Preuzeto 29.6.2018. s <https://www.inmedia.ba/edita-bakovic-posebne-sposobnosti-osoba-sa-autizmom-autistic-savant/>.
4. Blažević, K., Škrinjar, J., Cvetko, J. (2006). Posebnosti odabira tjelesne aktivnosti i posebnosti prehrane kod djece s autizmom. *Hrvatski športskomedicinski vjesnik*, 21 (2), 70 – 82.
5. Boras, S. i Itković, Z. (2003). Terapijsko jahanje i rehabilitacijske znanosti. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 39 (1), 73 – 82.
6. Bujas Petković, Z. (1995). *Autistični poremećaj*. Zagreb: Školska knjiga.
7. Bujas Petković, Z., Frey Škrinjar J. (ur.) (2010.) *Poremećaji autističnog spektra: značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška*. Zagreb: Školska knjiga.
8. Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J. (2000). Autizam i autizmu slična stanja (pervazivni razvojni poremećaji). *Paediatrica Croatica*, 44 (1), 217 – 222.
9. Capanec, M., Šimleša, S., Stošić, J. (2015). Rana dijagnostika poremećaja iz autističnog spektra – teorija, istraživanja i praksa. *Klinička psihologija* 8 (2/2015), 203-224.
10. Dukarić, M., Ivšec Pavliša, J. i Šimleša, S. (2014). Prikaz poticanja komunikacije i jezika kod dječaka s visokofunkcionirajućim autizmom. *Logopedija*, 4 (1), 1-9.
11. Gajić, T. (travanj 2015). Poremećaji autističnog spektra. Preuzeto 11.6.2018. s <http://personapsiho.com/wp-content/uploads/2015/03/Gajic-T.-2015.-Poremecaji-autisticnog-spektra.pdf>.
12. IPA publikacija. Ispitivanje socijalne uključenosti i kvalitete podrške u sustavima predškolskog, osnovnoškolskog i srednjoškolskog obrazovanja za djecu i učenike s poremećajem iz autističnog spektra (PAS) i deficitom pažnje i hiperaktivnim poremećajem (ADHD). Preuzeto 9.6.2018. s <http://eu21.hr/wp-content/uploads/2016/04/IPA-publikacija.pdf>.
13. Ivšac Pavliša, J. (2010). Atipični komunikacijski razvoj i socioadaptivno funkcioniranje u ranoj dobi. *Društvena istraživanja*, 19 (1-2/2010), 279-303.

14. Izvješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj 2007. godine. Preuzeto 11.6.2018 s https://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Bilten_invalidi_2007.pdf.
15. Izvješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj 2016. godine. Preuzeto 11.6.2018 s https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2016/04/Invalidi_2017.pdf.
16. Jančec, M., Šimleša, S., Frey Škrinjar, J. (2016). Poticanje socijalne interakcije putem socijalnih priča u dječaka s poremećajem iz spektra autizma. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 52 (1/2016), 87-99.
17. Knapp, M. L. i Hall, J. A. (2010). *Neverbalna komunikacija u ljudskoj interakciji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
18. Korneo, Kabinet za razvojnu podršku. *Razvojni Pristup Djeci S Posebnim Potrebama-DIR MODEL (FLOORTIME)*. Preuzeto 27.6.2018. s <http://www.korneo.hr/Usluga.aspx?id=floortime>.
19. Kostelnik, M. J. i sur. (2004). *Djeca s posebnim potrebama: priručnik za odgajatelje, učitelje i roditelje*. Zagreb: Educa.
20. Ljubešić M., Capanec, M. (2012). Rana komunikacija: u čemu je tajna?. *Logopedija*, 3 (1/2012), 35-45.
21. Ljubešić, M. (2005). *Obilježja komunikacije male djece s autizmom*. Stručni rad. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
22. NIDCD (National Institute of Deafness and Other Communication Disorders). *Autism Spectrum Disorder: Communication Problems in Children*. Preuzeto 19.6.2018 s <https://www.nidcd.nih.gov/health/autism-spectrum-disorder-communication-problems-children>.
23. Nikolić, S. (1996). *Svijet dječje psihe*. Zagreb: Prosvjeta.
24. Nikolić, S. (1992). *Autistično dijete*. Zagreb: Prosvjeta.
25. Paul, R. (2008). Interventions to Improve Communication. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 17 (4), 835-56.
26. Posokhova, I. (2008). *Razvoj govora i prevencija govornih poremećaja u djece: priručnik za roditelje, 3. izd.* Buševac: Ostvarenje d.o.o.
27. Poučavanje učenika s autizmom: školski priručnik (2008). Zagreb: Agencija za odgoj i obrazovanje. Preuzeto 12.6.2018 s http://www.azoo.hr/images/izdanja/Poucavanje_ucenika_s_autizmom.pdf
http://www.azoo.hr/images/izdanja/Poucavanje_ucenika_s_autizmom.pdf.
28. Rade, R. (2015). *Mala djeca s komunikacijskim teškoćama 1*. Zagreb: Tiskara Kolarić.

29. Rajnović, S. (2001). *Poticanje komunikacije u radu s djecom s autizmom primjenom PECS (The Picture Exchange Communication System) programa*. Diplomski rad. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
30. Thompson, J. (2016). *Vodič za rad s djecom i učenicima posebnim odgojno-obrazovnim potrebama*. Zagreb: Educa.
31. Ramić, K. (rujan 2010). *Terapija igrom odnosi dječju ljutnju, tugu, strah i ljubomoru*. Ordinacija.hr. Pribavljeno 27.6.2018., sa:.
32. Remschmidt, H. (2009). *Autizam: Pojavni oblici, uzroci, pomoć*. Jastrebarsko: Naklada slap.
33. Savez udruga za autizam Hrvatske. Preuzeto 9.6.2018. s <http://www.autizam-suzah.hr/index.php/autizam#uzrok>.
34. Spurling Jeste, S. (travanj 2012). *The Neurology of Autism Spectrum Disorders*. Preuzeto 25.6.2018 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160764/>.
35. Zrilić, S. (2011). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole*. Čakovec: Zrinski d.d.
36. Zuckerman, Z. (2016). *Summa pedagogica: inkluzivno obrazovanje učenika s razvojnim teškoćama*. Velika Gorica: Naklada Benedikta.