

Autizam i sve njegove posebnosti

Dragičević, Kristina

Master's thesis / Diplomski rad

2024

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:306582>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-08**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Kristina Dragičević

AUTIZAM I SVE NJEGOVE POSEBNOSTI

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2024. godine

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Kristina Dragičević

AUTIZAM I SVE NJEGOVE POSEBNOSTI

Diplomski rad

Mentor: izv.prof.dr.sc. Marko Buljevac

Zagreb, 2024.

Sadržaj

1. UVOD.....	1
2.AUTIZAM.....	2
2.1. Povijesni razvoj autističnog poremećaja	2
2.2. Definicija i kriteriji autističnog poremećaja	3
2.3. Etiologija	5
2.3.1. Psihološki uzroci.....	5
2.3.2. Organski uzroci	6
2.3.3.Genetski uzroci	7
3.POSTAVLJANJE DIJAGNOZE.....	8
4. PERVAZIVNI RAZVOJNI POREMEĆAJI	12
4.1. Atipični autizam	13
4.2. Rettov poremećaj.....	14
4.3. Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu	15
4.4. Aspergerov poremećaj	16
5. RANA INTERVENCIJA I PRIMJENA TERAPIJE	17
5.1. Rana intervencija	17
5.2. Terapija	19
5.2.1. Psihofarmakoterapija	19
5.2.2. Ostali tretmani	20
6.POSEBNE SPOSOBNOSTI OSOBA S AUTIZMOM.....	21
7.INKLUZIJA OSOBA S AUTIZMOM.....	22
8. ZAKLJUČAK.....	24
9. LITERATURA.....	26

AUTIZAM I SVE NJEGOVE POSEBNOSTI

SAŽETAK

Autizam je pervazivni razvojni poremećaj koji se javlja u djetinjstvu, najčešće do treće godine života djeteta te zahvaća gotovo sve psihičke funkcije. Nakon što smo definirali pojam, u ovom radu ćemo se upoznati s povijesnim razvojem poremećaja te ćemo definirati njegove kriterije. S obzirom da je autizam složen poremećaj koji karakterizira određena klinička slika, vidjeti ćemo kako postoje slučajevi gdje su simptomi slični kao kod autizma, ali dijagnoza nije autizam. Tada je riječ o poremećajima iz spektra autizma. Prema tome može se zaključiti kako je postavljanje dijagnoze složen proces, pri kojem mu pomažu određeni dijagnostički kriterij, multidisciplinarni tim te primjena mjernih instrumenata. Nakon što se postavi dijagnoza, fokus se prebacuje na pronalazak primjerene terapije koja će omogućiti uključenost osobe s autizmom u svakodnevne aktivnosti te poticati razvoj njegovih sposobnosti i vještina. Upravo je cilj ovo rada prikazati autizam kroz njegove posebnosti, a ne samo negativne i ometajuće simptome. Na osobe s autizmom se ne smije gledati kroz njihov invaliditet i dijagnozu, već kao ravnopravne članove društva kojima treba pružiti podršku i priliku kako bi mogli svakodnevno funkcionirati.

Ključne riječi: autizam, osobe s autizmom, simptomi autizma, utvrđivanje autizma, sposobnosti osoba s autizmom, ravnopravni članovi društva

AUTISM AND ALL IT'S PECULIARITIES

ABSTRACT

Autism is a pervasive developmental disorder that appears in childhood, usually up to the third year of a child's life and affects almost all psychological functions. After we have defined the term, in this paper we will familiarize ourselves with the historical development of the disorder and we will define its criteria. Given that autism is a complex disorder characterized by a certain clinical picture, we will see how there are cases where the symptoms are like those in autism, but the diagnosis is not autism itself. Then we are talking about disorders from the autism spectrum. Therefore, it can be concluded that establishing a diagnosis is a complex process, which is assisted by certain diagnostic criteria, a multidisciplinary team, and the application of measuring instruments. After the diagnosis is made, the focus shifts to finding an appropriate therapy that will enable the inclusion of a person with autism in everyday activities and encourage the development of his abilities and skills. The aim of this paper is to show autism through its peculiarities, not just negative and disturbing symptoms. People with autism should not be seen through their disability and diagnosis, but as equal members of society who should be provided with support and opportunities so that they can function in their daily life.

Key words: autism, people with autism, symptoms of autism, identification of autism, abilities of a person with autism, equal members of society

Izjava o izvornosti

Ja, Kristina Dragičević pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica diplomskog rada te da u radu nisam na nedozvoljen način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Kristina Dragičević v.r.

Datum: 07.02.2024.

1. UVOD

Leo, moj brat

Leo je malo drugačiji, pa ipak ga volim.

Udara, grabi za laktove, žvače slamke.

Ja se nosim sa svim tim.

Jer ja sam njegova starija sestra (Silberman, 2015.: 50.).

Autizam (prema DSM-V stručni termin koji se koristi je poremećaji iz spektra autizma, ali zbog jednostavnijeg navođenja u radu se koristi termin autizam) potječe od grčke riječi *autos*, što znači sam. Karakteriziraju ga specifični simptomi, koji se u dijagnostičkim klasifikacijama i izvješćima stručnjaka navode uz epitete kao što su nedostatak, nesposobnost, deficit i slično. Naglasak se odmah stavlja na nemogućnosti osoba s autizmom. Kada se kod djeteta pojave teškoće u učenju odmah se nameće pitanje „Kako tako loše uči?“, a trebalo bi se pitati „Zašto dijete slabo uči?“ te „Kako i kojim metodama mu možemo pomoći da lakše i kvalitetnije nauči?“ (Silberman, 2015.).

Svrha ovog rada je da se pokaže kako unatoč svim kompleksnostima i specifičnostima koje autizam nosi sa sobom, osobu treba gledati kroz njegovu posebnost i potencijal. Osobu ne tretiramo i ne promatramo kroz njegovu dijagnozu, već kao pojedinca sa svim njegovim vrlinama i manama. Upravo kao što i na samom početku teksta, prema riječima desetogodišnje djevojčice, ona svog brata voli unatoč njegovim različitostima.

Ponekad se u nekim slučajevima koji nalikuju na autizam, primjećuju određene različitosti u kliničkoj slici i/ili određenim simptomima. Tada govorimo o poremećajima iz spektra autizma (Cepanec, Šimleša i Stošić, 2015.). Unatoč nepoznatoj etiologiji, svakodnevno se i u svijetu povećava broj djece i osoba s autizmom. A tome u prilog ide i podatak kako se svako 21 minutu u svijetu rodi jedna osoba kojoj će se nekada u životu dijagnosticirati neki od poremećaja iz spektra autizma (Bujas Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010). Različiti simptomi, donose različite profile osoba s autizmom (Masi i sur., 2017.). Zbog toga je potreban individualan pristup svakoj osobi, kako bi se zadovoljile njihove potrebe. Neovisno je li riječ o autizmu ili poremećajima iz spektra autizma, oboljeloj osobi je potrebna podrška te određena vrsta terapije. Pomoć se može pružiti u vidu prepisivanja određene farmakološke terapije, odnosno lijekova. Drugi način je uključivanje osoba s autizmom i poremećajima iz spektra autizma u programe rane

intervencije, određene psihoterapijske pristupe, individualne terapijske pristupe i ostale tretmane koji pomažu osobi razviti njegove vještine i sposobnosti (Bujas Petković i sur., 2010.). Kao još jedan način pomoći, izdvaja se bolja i kvalitetnija informiranost javnosti kako bi članovi društva bili skloniji pozitivnim stavovima i općenito mišljenjima o osobama s autizmom te njihovim mogućnostima i sposobnostima (Borovec i Ivšec Pavliša, 2021.).

2. AUTIZAM

2.1. Povijesni razvoj autističnog poremećaja

Dječak Victor iz Aveyrona, jedan je od prvih slučajeva autizma koji je prikazan u znanstvenoj literaturi. Pronađen je u južnoj Francuskoj nakon što su ga roditelji napustili. Vjeruje se kako je dječak imao autistični poremećaj od rođenja. Doktor Jean Gaspard Itard nastojao ga je naučiti govoriti, no uzaludno. Victor je imao poteškoća s komunikacijom te nije bio sposoban pričati. Sličan slučaj opisan je i početkom dvadesetog stoljeća gdje je u Njemačkoj pronadjen Kasper Hauser. Dječak je imao otprilike 16 godina kada su ga pronašli te je postojala sumnja na prisutnost poremećaja iz autističnog spektra. No, Kasper je uz pomoći okoline uspio savladati dio komunikacijskih vještina, kao što je govor (Bujas Petković i sur., 2010.).

U počecima su se stanja dječje psihoze i poremećaji iz autističnog spektra, svrstavali pod intelektualna oštećenja. S toga su se djeca s autističnim poremećajima smještala u ustanove za osobe s intelektualnim teškoćama. Prekretnica tomu je bila 1905. godina i Sancte de Sanstis koji je opisao demenciju prekocisimu, odnosno *dementia praecocissima*. Riječ je o psihozi rane dječje dobi koja uzrokuje osiromašenje djece u psihičkom i intelektualnom pogledu, a djeca su prethodno bila psihički zdrava (Bujas Petković i sur., 2010.). Psihijatar Eugen Bleuler je 1908. godine prvi upotrijebio pojam autizam, riječ koja potječe od grčke riječi *autós* a označava pojam sam, odnosno svoja ličnost. Upotrijebio je tu riječ kako bi opisao osobu sa shizofrenijom koja se otuđila u svoj svijet te na taj način smanjuju komunikaciju s drugim ljudima (Mandal, 2014.). Među prvima koji je autizam kod djece opisao kao poremećaj bio je američki dječji psihijatar Leo Kanner (Miles, 2011.). Koristio je izraz *infantilni autizam*, infantilni je koristio obzirom da je riječ o pojavi koja se javlja u prve tri godine života (Bujas Petković i sur., 2010.). 1943. godine Kanner je opisao 11 slučajeva, gdje je istraživao autistični poremećaj kod osam dječaka i tri djevojčice u dobi od 2 do 11 godina. Na temelju tih opisa, odvojio je shizofreniju koja se često poistovjećivala s autističnim poremećajima. Naveo je kako se kod shizofrenije u djetinjstvu javlja povlačenje djeteta nakon poželjnog razvoja, dok se kod autizma nesposobnost

za ostvarivanje socijalnih interakcija javlja kroz cijelo razdoblje razvoja djeteta. Prema tome, obilježja autizma koje je Kanner primijetio kod djece su bila nemogućnost uspostavljanja kontakta i socijalne interakcije s drugima te želju za samoćom. Također je naveo i neobičan razvoj jezika kao jedno od obilježja. Naime, djeca su bila sposobna učiti rime u vrtiću, no iskazivali su poteškoće u razvoju govora, doslovno su tumačili stvari te su uzastopno ponavljali riječi i/ili fraze. Također su bila sklona opetovanim i ponavljajućim obrascima ponašanja i aktivnostima (Masi i sur., 2017.). Godinu dana kasnije, Hans Asperger u svom radu opisuje termin *autistična psihopatija*. Odnosio se na djecu koja su imala poteškoće s neverbalnom komunikacijom i s njom povezanim socijalnim vještinama. Njegovi opisi su bili jednako važni kao i Kannerovi te su navodili jednake karakteristike osoba s autizmom. Razlika je jedino bila, što su kod Aspergerovih opisa djeca bolje samostalno funkcionirala (Silberman, 2015.). Sukladno s tim počelo se postavljati pitanje, je li riječ o istom poremećaju ili varijantama jednog poremećaja koji se sastoji od određenih abnormalnosti (Masi i sur., 2017.). Nadalje, B.Rank je uveo pojam *atipično dijete, atipični razvoj ili atipična psihoza* za stanja s nekim od karakteristika psihoze i infantilnog autizma. Danas se jedino koristi pojam atipični autizam kada se poremećaj razvije nešto kasnije od treće godine života djeteta (Bujas Petković i sur., 2010.).

2.2. Definicija i kriteriji autističnog poremećaja

Autistični poremećaj pervazivni je razvojni poremećaj koji podrazumijeva ponavljajuće obrasce ponašanja, aktivnosti i interese te poteškoće u komuniciranju i socijalnim interakcijama (WHO, 2024.).

Termin pervazivni potječe od latinskog glagola *pervadere*, što je u prijevodu prožimanje. Prema tome, poremećaji iz autističnog spektra „prožimaju“ i obuhvaćaju nekoliko razvojnih područja (Cepanec, Šimleša i Stošić, 2015.). Među prvim definicijama je ona Laurete Bender iz 1953. godine, prema kojoj autizam podrazumijeva ponašanje koje je promijenjeno u područjima: motorike, inteligencije, emocija, percepcije te socijalizacije. Navedena definicija je aktualna i danas (Bujas Petković i sur., 2010.). Autizam, prema grčkom *autos* znači sam, zbog čega ga je i Kanner upotrijebio kako bi opisao osobe s poremećajem jer mu se činilo da su u izolaciji naj sretnije i najzadovoljnije (Silberman, 2015.). Sukladno tome, rijetko će osoba s autizmom prva započeti razgovor s drugim osobama. Također općenito ne pokazuju pretjerani interes za ostvarivanje interakcije s vršnjacima te teško prilagođavaju svoje ponašanje društvenim situacijama u kojim su se zatekle. U odnosu na dob i intelektualne sposobnosti osobe s autizmom se razlikuju u stupnju nesposobnosti i deficita u području verbalne, ali i neverbalne komunikacije. Deficiti verbalne komunikacije su vidljivi kroz: kašnjenje govora, eholaliju

(ponavljanje riječi i/ili fraza), monoton govor, zamjenu zamjenica, loše razumijevanje pa sve do potpunog nedostatka govora. S druge strane, neverbalna nesposobnost se uočava kroz: loš kontakt očima, nerazumijevanje izraza lica ili gesta druge osobe i slično (Campisi i sur., 2018.). Nadalje, dječji psihijatar Rutter je naveo četiri kriterija koja su karakteristična za autizam, a to su:

- pojava poremećaja do 30 mjeseci od rođenja djeteta
- kasniji razvoj govora te izmijenjeni govor koji se razlikuje od uobičajene intelektualne razine djeteta
- jednolične radnje kao što su ponavljajuće stereotipne igre, abnormalne preokupacije ili otpor promjenama
- poteškoće socijalnog razvoja (Bujas Petković i sur., 2010.).

Na temelju navedenih kriterija može se zaključiti kako osobe s autističnim poremećajem imaju nedostatak socijalne interakcije, često i ne shvaćaju druge osobe s toga ih ignoriraju. Također osobe pokazuju nezainteresiranost za okolinu, što ih izolira iz društva. Nerijetko izbjegavaju ostvariti kontakt očima s drugom osobom. Ne ponašaju se spontano, već često imaju ograničene ponavljajuće uzorke ponašanja koje razvijaju prije ili nakon što navrše tri ili četiri godine života. Ponašanja kod mlađe djece podrazumijevaju uporno gledanje u jednu točku te njihanja, a kod starije djece odnosi se na opetovano listanje stranica, trčanje naprijed i nazad te vrtnje. Često je i tapkanje, vrtnja ili trljanje određenog predmeta. Ponekad ova ponašanja traju po nekoliko sati, dok kod neke djece djeluju kao odgovor na stresnu situaciju. Nadalje, osobe s autizmom iskazuju nedostatak koncentracije. Roditelje često gledaju kao način ostvarenja određenog cilja te od njih ne traže utjehu niti bliskost (Miles, 2011.). Djeca s autizmom ne znaju prepoznati tuđe emocije te se to navodi kao jedna od njihovih specifičnosti u odnosu na djecu urednog razvoja (Borovec i Ivšac Pavliša, 2021.). Nije rijetko da se kod djece s autizmom pojavi regresija u govoru ili prestanu izvoditi socijalne vještine koje su već ranije naučili i savladali. Najčešće se regresija dogodi između 18 i 24 mjeseca života djeteta. No, još uvijek nije poznat razlog zbog kojeg dođe do gubitke stečenih vještina i sposobnosti (Bradley i sur., 2016.). Iako je riječ o normalnom razvoju u početku, dijete može u prvoj godini života imati određene nespecifične simptome kao što su poteškoće sa spavanjem ili hranjenjem. Također dijete može biti ili previše razdražljivo i plačljivo ili mirno. Termin autizam koristimo za jasno definirana klinička stanja, gdje imamo različite kliničke slike ali i različit početak i tijek razvoja poremećaja (Bujas Petković i sur., 2010.).

2.3. Etiologija

Možemo reći kako je autizam skupina poremećaja koji karakterizira slična klinička slika, ali postoji etiološka raznolikost. U povijesti se postavljalo pitanje uzrokuje li autizam jedan ili više različitih čimbenika koji daju sličnu kliničku sliku? Odgovor na to pitanje pokušali su dati brojni stručnjaci kroz svoj rad i istraživanja. Zatim su se uzroci postavili na temelju dvije velike skupine teorija o uzrocima poremećaja koji se javlja u ranoj dječjoj dobi, a to su: psihološki i organski (Bujas Petković i sur., 2010.). Također kao jedni od glavnih uzroka pojave simptoma i razvoja autizma bili su okolišni čimbenici, poput cjepiva za djecu u ranoj dobi života. No, rezultati daljnjih bioloških i epidemioloških istraživanja pokazali su da ne postoji povezanost između cjepiva i razvoja autizma (Gerber i Offit, 2009.; Miles, 2011.).

Iako uzroci još uvijek nisu u potpunosti poznati, potvrđeno je da je riječ o organskim učincima koji su u velikoj mjeri genetski određeni (Hodges, Fealko i Soares, 2019.). No, ne smiju se zaboraviti da su među etiološkim čimbenicima uz gene, prisutni i traumatski i metabolički uzroci, ali se ni psihološki uzroci ne smiju ignorirati. Danas je tumačenje o multikauzalnosti etiologije najdominantnije te je stavljeno u fokus. Riječ je o djelovanju genetskih uzroka, virusnih infekcija u ranoj dobi djeteta, komplikacija u trudnoći i pri porodu te ostali uzroci koji mogu dovesti do moždanog oštećenja. Prema tom tumačenju, različiti su uzroci koji vode do slične kliničke slike u osoba s autističnim poremećajem, gdje su dominantni simptomi: nesposobnost verbalne i neverbalne komunikacije, stereotipna i opetovana ponašanja te nesposobnost za ostvarivanje socijalne interakcije (Bujas Petković i sur., 2010.).

2.3.1. Psihološki uzroci

U počecima su bile dominantne psihološke teorije zbog Kannerovih opažanja. Prema njegovim zaključcima uzroci autizma očitovali su se u hladnom i odbojnom držanju majke u odnosu na dijete. U skladu s Kannerovim opažanjima iz 1943. godine, rana istraživanja i studija su imale pogrešne zaključke o uzrocima pojave autizma. Zanimarili su se i umanjili biološki utjecaji, već se fokus stavio na podrijetlo i stalež obitelji iz koje djeca dolaze. S obzirom da su djeca s autističnim poremećajem koje je Kanner opisao poticala iz viših društvenih slojeva, zaključilo se kako postoji češća pojava poremećaja u intelektualnim i visoko pozicioniranim obiteljima (Bujas Petković i sur., 2010.). U to vrijeme se i zagovarala veća prisutnost poremećaja kod imigranata, no kasnija se pokazalo kako se autizam pojavljuje u svim društvenim slojevima i u

svim nacijama, neovisno o rasi ni o etničkoj pripadnosti (Đuranović i sur., 2022.). Nadalje, prema istraživanjima psihoanalitički orijentiranog psihijatra Bruna Bettelheima, kod djece se autizam javlja zbog negativnih vanjskih utjecaja koji se očituju kroz ponašanja roditelja. Smatrao je da su djeca jako „osiromašena“ iznutra te da se zbog hladnog i neemotivnog ophođenja roditelja prema njima, oni izoliraju. Vodio se ortogenetskom teorijom autizma, gdje se kod djeteta razvio autizma zbog najranijeg traumatskog infantilnog iskustva u vidu odbacivanja i ignoriranja od strane majke. Djecu je kao način liječenja odvojio od roditelja, no rezultati terapije nisu potvrdili njegove pretpostavke. Iako odvajanje od roditelja, odbacivanje i ignoriranje djeteta, nedostatak majčine ljubavi, odrastanje u nefunkcionalnoj ili konfliktnoj okolini, kao i traumatski događaji u ranom djetinjstvu često ostave traga na djeci te mogu uzrokovati i poremećaje psihomotoričkog razvoja ali rijetko uzrokuju teške psihičke poremećaje (Bujas Petković i sur., 2010.).

2.3.2. Organski uzroci

Organske teorije su uzrok vidjele u moždanom poremećaju koji je vodio do razvoja hendikepa sa specifičnim poremećajima i simptomima. Među prvim cjelovitim studijama koja je ispitivala organsku teoriju bila je Boschova studija iz 1970. godine. Nastala je na temelju promatranja 33 djece s autizmom. Kod dvanaestero djece otkriven je pozitivan nalaz proširena lijevog lateralnog ventrikula (PEG-a), epilepsija, neurološki ispadi ili patološki promijenjen EEG nalaz. S druge strane, kod drugih dvanaestero djece bilo je izloženo komplikacijama dok je trajala trudnoća, infekcijama u trudnoći, teškim porođajem ili je bilo suočeno s infektivnim bolestima u ranoj dobi ili febriliteta nepoznatog uzroka a koji su uzrokovali psihičke promjene kod djeteta. Dok kod ostalih devetoro djece nije pronađeno ništa što bi išlo u prilog organskoj teoriji. Iako, fizički i psihički zdrava djeca u anamnezi mogu imati neke od navedenih organskih učinaka ova studija je bila početak ispitivanja organskih učinaka kao uzroka razvoja autizma (Bujas Petković i sur., 2010.). Nedovoljno je istraživanja koja se bave ovom tematikom. No, neke neuropatološke studije su otkrile razlike u cerebralnoj strukturi te povezanost s abnormalnostima u limbičkom sustavu, temporalnom i frontalnom režnju i promjenama u tom području zajedno s ostalim suptilnim malformacijama (Johnson i Myers, 2007., Stoodley i sur., 2017.). Kod nekih osoba s autizmom pokazali su se problemi u formiranju kortikalnog sloja te neuronska diferencijacija. Također se kod nekih zamijetio rast veličine mozga, bilo u smislu kortikalne veličine ili povećanje ekstraaksijalne tekućine te se i to uzelo u obzir kao moguć uzrok pojave poteškoća (Hodges, Fealko i Soares, 2019.). Nadalje, navodi se kako je poremećaj

govora i jezika primaran kod autizma. Smatralo se kako ti poremećaji, kao što su nemogućnost govora i/ili da dijete razumije druge što govore, mogu biti uzroci ostalim simptomima autizma. Nerijetko djeca s autizmom u ranoj dobi budu slabo osjetljiva ili potpuno neosjetljiva na dodire te neočekivano reagiraju na podražaje. S obzirom da na jak zvuk oni zatvaraju oči, dok na jaku svijetlost zatvaraju uši i slično smatra da se takva djeca imaju oštećenu središnju organizaciju osjetnih podražaja. Drugim riječima reagiranja se očituju kao hiperosjetljivost ili hipoosjetljivost, Teorija polazi od toga da je autizam i nedostaci u funkcioniranju koje autizam donosi povezan s poremećajem pažnje koji je povezan s abnormalnim promjenama moždanog debla (Bujas Petković i sur., 2010.).

Za djecu s autizmom značajni su i rizični čimbenici: prenatalni, perinatalni te postnatalni. Iako nisu specifični isključivo za razvoj autizma, mogu biti njegove preteče te su svakako dio etiologije (Hodges, Fealko i Soares, 2019.). Kod prenatalne izloženosti talidomidu i valproinskoj kiselini može se povećati rizik za razvoj poremećaja iz spektra autizma, dok kod uzimanja dodataka folne kiseline se rizik smanjuje (Bjork i sur., 2018.). Nadalje, kao potencijalni rizik za razvoj autizma kod djeteta navodi se starija dob majke i/ili oca (Croen i sur., 2007.). Također, kao rizik se izdvaja i infekcija majke ili oslabljenje imuniteta tijekom trudnoće (Hodges, Fealko i Soares, 2019.). Duži razmaci između trudnoća, još je jedan od potencijalnih mogućih uzroka koji mogu dovesti do razvoja poremećaja kod novorođene djece (Schieve i sur., 2018.).

2.3.3. Genetski uzroci

Daljnijim istraživanjima 80-ih godina se pokazalo kako je autizam genetski poremećaj i da postoje vrlo visoke stope da ga se naslijedi (Miles, 2011). Genetski rizik može biti moduliran nekim od prenatalnih, perinatalnih i postnatalnim okolišnim čimbenicima (Hodges, Fealko i Soares, 2019.). Istraživanja koja su rađena na velikim obiteljima, pokazala su kako postoji veći rizik za pojavu autističnog poremećaja kod srodnika (Hoekstra i sur., 2007). Povećan je rizik kod djece čiji stariji brat i/ili sestra ima već postavljenu dijagnozu nekog od poremećaja iz spektra autizma, a rizik iznosi između 3 i 19,7% . Kao faktori rizika navode se muški spol kod novorođenčeta, ali i broj oboljelih braća i sestara u obitelji. No, navodi se kako je veći rizik kod ponovnog obolijevanja kod srodnika, ukoliko u obitelji postoji ženska osoba s dijagnosticiranim poremećajem (Masi i sur., 2017.). No, iako postoje mnogi dokazi koji idu u prilog jakoj genetskoj uvjetovanosti, ni genetski uzročnici ni način nasljeđivanja kao ni kromosomske regije koje u sebi nose rizične lokuse nisu još uvijek sa sigurnošću potvrđeni. Zapravo su jako rijetki

slučajevi za koje se sa sigurnošću može reći da su uzrokovani djelovanjem jednog specifičnog gena ili promjenom nekog kromosoma. Riječ je o slučajevima kada se autizam javlja kao uzrok *de novo* mutacije ili uz neke rijetke sindrome. Većinom se govori kako je riječ o interakciji genetskih uzoraka s promjenom u ekspresiji gena te okolišnim uzrocima (Abrahams i Geschwind, 2008).

Navedena interakcija koja dovodi do pojave autizma može se prikazati kroz nekoliko genetičkih modela. Prvi model se odnosi na model nasljeđivanja (Bujas Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010). Model podrazumijeva prisutnost dva do deset gena na kojima se temelji pojava autizma, no uglavnom je riječ o međusobnoj interakciji triju gena (Pickles i sur., 1995.). Zatim imamo model faktora rizika koji podrazumijeva 10 do 30 gena. S povećanjem broja gena, povećava se i rizik za pojavu autizma sve dok se ne dođe do broja gena koji će zasigurno dovesti do razvoja poremećaja. Nadalje, ukoliko osoba ima manji broj gena ali postoje prisutnost rizičnih čimbenika, tada isto postoji rizik razvoja poremećaja. Neki od rizičnih čimbenika su: muški spol, genetske bolesti ili sindromi (primjerice neurofibromatoza), prenatalna izloženost rubeola virusu, antikonvulzivima ili talidomidu (Bujas Petković i sur., 2010.).

No, prema novijim teorijama na autizam se ne bi trebalo gledati kao na jednu cjelinu, već ga gledati kroz tri kategorije: komunikacijski poremećaj, poremećaj u socijalnim odnosima i interakciji i ponavljajuća ponašanja te za svaku zasebno tražiti uzrok. (Háppe, Ronald i Plomin, 2006.). Prema tome, treba zaboraviti na zasebne gene kao uzroke te promatrati pojedinačno gene i vidjeti koji gen uzrokuje koji simptom. Na taj način bi se otkrili geni koji uzrokuju skup simptoma koji se definiraju kao poremećaji iz spektra autizma (Bujas Petković i sur., 2010.).

3. POSTAVLJANJE DIJAGNOZE

Čovjek gotovo svakodnevno nešto klasificira te na taj način nastoji generalizirati iskustvo kako bi iz istog izvukao pouku za buduće događaje. U odnosu na ljudsku klasifikaciju, znanstvena klasifikacija podrazumijeva da subjekt imenuje pravila koji će osigurati da ne dođe do pogreške i/ili samozavaravanja. Brojne su koristi koje imamo od klasifikacija. Uz pomoć njih stručnjaci mogu jednostavno te jednoznačno komunicirati. Primjerice u medicini daju informacije o poremećaju te određuju simptome i znakove koji jedan poremećaj razlikuju od drugog. Također pružaju informacije o prognozi i tretmanu koje se temelje na mnogim iskustvima te teorijskim znanjima. S druge strane psihijatrijske klasifikacije zasnivaju se uglavnom na činjenicama odnosno simptomima (Bujas Petković i sur., 2010.). Razlog tome je što su prisutne različite pretpostavke o uzrocima pervazivnih razvojnih poremećaja, ali to je slučaj i kod brojnih drugih

psihičkih poremećaja. Specifična priroda ovih poremećaja te manjak pouzdanih i objektivnih kriterija za njihovu dijagnozu, još su jedan od razloga što se kao osnovna klinička slika gledaju isključivo simptomi. Osobito je to praksa kod dijagnoze poremećaja u dječjoj dobi (Silberman, 2015.).

Ono što otežava klasifikaciju ili mijenja elemente klasifikacije su razvojne promjene. Stoga je u dječjoj psihijatriji dijagnostika dosta zahtjevna i složena te joj treba pristupati s oprezom. Ista klinička slika mlađeg djeteta i adolescenta može se temeljiti na različitom uzroku, dok isti uzroci mogu stvoriti dvije ili više različitih kliničkih slika. Nadalje, dijagnosticirati neki poremećaj podrazumijeva nekoliko koraka, od jednostavnog objašnjenja naziva tog poremećaja do prikazivanja svih elemenata koji su važni za prognozu, tijek bolesti i tretman (Bujas Petković i sur., 2010.). Stoga, ne iznenađuje činjenica da je dijagnoza autističnog poremećaja dugotrajan proces koji podrazumijeva brojne postupke koje, koristeći svoje kompetencije, znanja i iskustvo, provode stručnjaci iz različitih područja. Prilikom dijagnoze bitno je da se stručnjaci vode načelima dobre prakse, a to podrazumijeva: multidisciplinarni tim stručnjaka, da se informacije o djetetu prikupljaju iz više izvora te razumijevanje razvojnih promjena u kliničkoj slici nekog od poremećaja iz autističnog spektra (UNICEF, 2018.). Skupina simptoma karakterističnih za autizam, preklapa se s nekim simptomima kod osoba s intelektualnim oštećenjem (Freeman i Fetter, 1980.). No, intelektualne poteškoće su upravo jedno od stanja koje se nerijetko pojavljuje kod osoba s autističnim poremećaj. Još neki od komorbiditeta koji se javljaju uz autizam su: anksioznost, ADHD, depresija, poteškoće sa spavanjem, epileptični napadaji, gastrointestinalni poremećaji, abnormalnosti imunološkog sustava i drugo (Masi i sur., 2017.).

Autistični poremećaj se tek osamdesetih godina u dijagnostičkim priručnicima počeo izdvajati kao posebna dijagnostička kategorija. Približno u isto vrijeme kao zasebna kategorija pojavio se i u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-9; ICD-9; *International Classification of Diseases*) i Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM – III; *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*). Od tada pa sve do danas, dijagnostičke kategorije i kriteriji su doživjeli niz promjena koje su se odnosile na: nazive i termine, broj dijagnostičkih kategorija, same kriterije, broj kriterija koje dijete/osoba prilikom dijagnoze treba zadovoljiti te oznakama i/ili stanjima koji isključuju ili dodatno opisuju ovu dijagnozu (Cepanec, Šimleša i Stošić, 2015.). U skladu s tim, DSM – IV je pod pervazivne razvojne poremećaje ubrajao: autistični poremećaj, Rettov poremećaj, Aspergerov poremećaj/sindrom, dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu i pervazivni razvojni poremećaj neodređen, koji uključuje atipični autizam (DSM-IV, 1996.). No, 2013. godine DSM-V donosi sa sobom velike

promjene te se svi navedeni poremećaji svrstavaju pod jednu zasebnu kategoriju pod nazivom poremećaji iz autističnog spektra (Cepanec, Šimpleša i Stošić, 2015.).

Prema DSM-5 za dijagnozu autizma navodi sljedeće kriterije:

- trajni nedostaci u socijalnoj interakciji i komunikaciji u više aspekata
- ponavljajuća i stereotipna ponašanja, interesi i aktivnosti kod najmanje dva od navedenih:
 - ponavljajući ili stereotipni motorički pokreti, upotreba predmeta ili govora (redanje igračaka, okretanje predmeta, ponavljanje riječi i slično)
 - pridržavanje rutine i nefleksibilnost prilikom promjene iste (jaka uznemirenost radi male promjene) ili pridržavanje rituala (jedenje iste hrane svaki dan ili hodanje uvijek istim putem)
 - fiksni interesi abnormalnog intenziteta ili fokusa (jaka vezanost za neobične stvari)
 - hiperaktivnosti ili specifična zainteresiranost za senzorne aspektne okoline (fascinacija sa svjetlom, pretjerano dodirivanje ili mirisanje, negativna reakcija na zvukove iz okoline..)
- simptomi moraju biti prisutni u ranom razvojnom razdoblju (ne moraju se potpuno manifestirati, ponekad čak mogu biti i neprimjetni na temelju naučenih strategija kasnije u životu)
- simptomi uzrokuju značajne poteškoće u društvenim, profesionalnim i drugim važnim područjima života i svakodnevnog funkcioniranja
- smetnje i simptomi ne mogu se dijagnosticirati kao intelektualne poteškoće ili opći zastoj u razvoju (Autism Speaks, 2024.).

Ono što je još karakteristično za DSM-V je što je poremećaje iz spektra autizma podijelio na tri stupnja uzimajući u obzir razinu podrške koja je osobi potrebna. Podrška se promatra na razini socijalne interakcije i komunikacije te kod opetovanih i stereotipnih obrazaca ponašanja te interesa. Prema tome imamo:

1. Prvu razinu – zahtijevanje podrške

Ukoliko se osobi ne pruži podrška u socijalnoj interakciji, znatno će doći do izražaja oštećenja i poteškoće koje osobu ograničavaju. Oboljela osobe će teško sama započeti komunikaciju, imati će netipične pokušaje da odgovori na interakciju druge osobe te će iz tog razloga izgledati nezainteresirana za započinjanje iste. Kod ponašanja je vidljiva uznemirenost i/ili poteškoće prilikom promijene aktivnosti ili fokusa. Vidljive su poteškoće prilikom promijene s jedne

aktivnosti na drugu. Također do izražaja dolazi potreba za organizacijom i pridržavanjem rituala koje koče neovisnost oboljele osobe

2. Druga razina – zahtijevanje bitne i stvarne podrške

Kod osobe s autističnim poremećajem vidljiva je nesposobnost u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji, čak i uz podršku drugih. Nadalje, osoba iskazuje nefleksibilnost i poteškoće pri promjenama te manifestira ponavljajuća ponašanja koja i promatraču sa strane odaju da u pozadini postoje poteškoće s funkcioniranjem u određenim razvojnim područjima.

3. Treća razina – zahtijeva znatnu razinu podrške

Prisutne su jako teške poteškoće u komunikaciji, osoba gotovo da ne može započeti interakciju s drugima niti odgovoriti na istu. Javljaju se ekstremni odgovori na promjene ponašanja i/ili fokusa. Ponavljajuća ponašanja ometaju funkcioniranje osobe. Simptomi onemogućuju funkcioniranje oboljele osobe u svim aspektima funkcioniranja, ali i života (Masi i sur., 2017.).

Jednako tako se i MKB-10 koji je brojio osam poremećaja kao kategorije pervazivnih razvojnih poremećaja (MKB-10, 1994.), sada u MKB-11 svrstao sve u jednu kategoriju (WHO, 2024.).

No, treba imati na umu kako različite klasifikacije vode ka različitim pogledima na problem, a etiologija poremećaja i dalje ostaje nejasna (Silberman, 2015.).

Dijagnoza autizma se postavlja uglavnom do treće godine života djeteta. U kojoj će se dobi točno dijagnosticirati autizam, ovisi većinom o dva vremenska raskoraka. Prvi se odnosi na razdoblje između vremena kada se javi zabrinutost kod roditelja i kada se počne obavljati procjena, dok se drugi raskorak odnosi na razdoblje između obavljenih procjena i postavljanja dijagnoze. U praksi, drugi korak kod postavljanja dijagnoze traje oko godinu dana, no u Republici Hrvatskoj u dosta slučajeva trajalo je dosta duže. Upravo dug vremenski period čekanja na potvrdu dijagnoze, prikazuje složenost i kompleksnost dijagnostičkog postupka kod poremećaja iz autističnog spektra (Cepanec, Šimleša i Stošić, 2015.). Stručni tim za postavljanje dijagnoze u Republici Hrvatskoj čine: pedijatar, psihijatar i/ili subspecijalist neurologije, subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije, logoped, edukacijski rehabilitator te psiholog. Dijagnoza se postavlja na temelju sveukupnog rezultata svih obveznih dijagnostičkih postupaka koji trebaju biti provedeni. Logoped, psiholog i edukacijski rehabilitator ne postavljaju dijagnozu u odnosu na ostatak članova tima, već oni sudjeluju u daljnjim tretmanima i intervencijama (UNICEF, 2018.).

Nadalje, kroz godine se razvio veliki broj ljestvica i mjernih instrumenata koji pomažu kod probira i postavljanja dijagnoze. Može se izdvojiti nekoliko mjernih instrumenata koji imaju dobru pouzdanost i valjanost te se primjenjuju u brojnim državama. Oni se navode kao standardna preporuka za korištenje kod temeljne procjene pervazivnih razvojnih poremećaja.

Prema tome, mjerni instrumenti koji se koriste kod izravnog promatranja su: *Autism Diagnostic Observation Schedule-2 (ADOS-2)* i *The Childhood Autism Rating Scale, 2nd edition (CARS)* (Cepanec, Šimleša i Stošić, 2015.). Za postavljanje dosljedne dijagnoze izuzetno je bitno promatranje od strane roditelja i izvještavanje o ponašanju djece (Risi i sur., 2006.). Kod izvještaja roditelja koriste se sljedeći instrumenti: *The Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)*, *The Diagnostic Interview for Social and Communicative Disorders (DISCO)* i *The Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview (3Di)*. Također se za postavljanje dijagnoze, uz instrumente koji su specifični za dijagnostiku autizma, trebaju obavezno primjenjivati i instrument za procjenu jezično-govornih, komunikacijskih, adaptivnih te kognitivnih sposobnosti (Cepanec, Šimleša i Stošić, 2015.).

Sukladno navedenom, obvezni elementi pri dijagnostičkom postupku utvrđivanja poremećaja iz spektra autizma su:

1. Kliničko promatranje djeteta te razgovor s roditeljima/skrbnicima
2. Primjena dijagnostičkih kriterija i/ili specifičnih instrumenata
3. Procjena komunikacijskih sposobnosti djeteta
4. Procjena kognitivnih sposobnosti
5. Procjena motoričkih i adaptivnih vještina
6. Procjena govornih i jezičnih sposobnosti
7. Primjerene biomedicinske pretrage (izradit će se prema uputama Hrvatskog društva za dječju neurologiju) (UNICEF, 2018.).

Pri dijagnostičkom postupku, roditelji, odnosno skrbnici moraju biti upoznati sa svim elementima postupka koji se provode te im se informacije trebaju prenijeti na razumljiv i jasan način a ne samo kroz medicinsku terminologiju (UNICEF, 2018.).

4. PERVAZIVNI RAZVOJNI POREMEĆAJI

Autizam često obuhvaća granične poremećaje, koji nemaju sva obilježja autizma. Riječ je o stanjima sličnim autizmu koja su dio autističnog kontinuuma ili spektra. Nadalje, autistični poremećaj se navodi kao glavni predstavnik, često i sinonim pervazivnog razvojnog poremećaja. Pervazivni razvojni poremećaji prije su se klasificirali kao infantilne psihoze, jer je riječ o skupini poremećaja različitih uzroka koji se javljaju u ranoj dječjoj dobi (Bujas Petković i sur., 2010.). Ostali razvojni poremećaji utječu na funkcioniranje izoliranog i određenog razvojnog područja, dok pervazivni razvojni poremećaji utječu na veći broj razvojnih područja. S obzirom da na različite načine utječu na razvojna područja, imamo različite profile

i karakteristike osoba s autizmom (Cepance, Šimleša i Stošić, 2015.). Dakle, pervazivni razvojni poremećaj sveukupno obuhvaća skupinu poremećaja koje karakteriziraju tri skupine simptoma: ograničena komunikacija, ograničeni i ponavljajući stereotipni interesi i aktivnosti te oštećenja u razvoju socijalnih interakcija. Učestalija je pojava pervazivnih razvojnih poremećaja kod dječaka (Bujas Petković i sur., 2010). Prema dijagnostičkoj klasifikaciji DSM-5 sada sve svrstano pod nazivom poremećaji iz autističnog spektra te se poremećaji razlikuju s obzirom na težinu poremećaja i to na razinama od tri stupnja. No, kod stručnjaka svrstavanje sve pod jedan naziv, izaziva zabrinutost da će se sve dijagnosticirati kao autizam i da se neće primijetiti razlike koje mogu biti ključne za funkcioniranje oboljele osobe (Masi i sur., 2017.). S toga ćemo u idućim podglavljljima pokazati neke od poremećaja iz spektra autizma.

4.1. Atipični autizam

Psihoanalitičarka Beata Rank je uvela termine *atipičan razvoj* i *atipično dijete*. Ova dva termina su podrazumijevala raznovrsne poremećaje. Odnosili su se na poremećaje koji imaju samo neka od obilježja autizma, ali i na poremećaje koji su podrazumijevali atipični razvoj u ranoj dobi djeteta no kod tih stanja poremećaj ličnosti nije bio u tolikoj mjeri razvijen kao kod autizma. Nadalje, razlikuje se od autizma i u pogledu godina u kojima se razvija poremećaj. Atipični autizam se razvija nakon treće godine života. Javlja se odmah po rođenju ili nakon normalnog razdoblja djetetova razvoja (Bujas Petković i sur., 2010.). Stručnjaci govore o ovom obliku kao „autizmu ispod praga/granice“. Još ga se i naziva pervazivni razvojni poremećaj koji nije drugačije određen, odnosno nije specificiran. Dakle, riječ je o poremećaju gdje osoba nema sve karakteristike autizma ili ima blaže simptome od „klasičnog“ autizma. Osoba može imati poteškoće i vidljive simptome u jednom području, primjerice socijalnoj interakciji, dok može imati blage ili nikakve simptome u drugim područjima, kao što je ponavljajuća i ograničena ponašanja (Autism Speaks, 2024.).

Razlikujemo dva tipa atipičnog autizma:

1. Autizam s atipičnom dobi obolijevanja – javlja se jednaka klinička slika kao kod autizma, ali tek nakon treće godine života djeteta
2. Autizam s atipičnom simptomatikom – simptomi se primjećuju i prije navršene treće godine života, ali nisu u potpunosti jednaki kao kod autizma. Riječ je o poremećaju gdje osobe imaju niži stupanj inteligencije i autistična obilježja (Remschmidt, 2009.).

Ovaj oblik autizma se, kao i svi ostali, može pojaviti uz različite stupnje intelektualnih poteškoća. Nadalje, osobe s atipičnim autizmom mogu se podijeliti u tri kategorije:

1. Visoko funkcionalna skupina (po simptomima i karakteristika nalikuje Aspergerovom poremećaju, ali ga u odnosu na Aspergerov poremećaj obilježava zaostatak u jezičnom razvoju te blago kognitivno oštećenje)
2. Druga skupina (simptomi su slični kao kod autizma, ali ne zadovoljava sve njegove dijagnostičke karakteristika)
3. Treća skupina (zadovoljava sve dijagnostičke karakteristike, ali su ponavljajuća i stereotipna ponašanja izrazito blaga) (Autism Spekas, 2024.)

4.2. Rettov poremećaj

Prije više od 50 godina, Andreas Rett je opisao neobično kliničko stanje, koje je kasnije postalo poznato kao Rettov sindrom/poremećaj (Sandweiss, Brandt i Zoghbi, 2020.). Riječ je o kliničkoj dijagnozi iako je uzrokuje mutacija gena MECP2 koji se nalazi na kromosomu X. Poremećaj karakterizira rana neurološka regresija koja obuhvaća motoričke, kognitivne i komunikacijske vještine koje mogu dovesti do mikrocefalije. Također se javljaju: kašnjenje u stjecanju novih vještina, deficit govora, motoričke abnormalnosti koje uključuju gubitak tonusa mišića, autistična obilježja, ataksija, apraksija te napadaji (Smeets, Pelc i Dan, 2012.).

Rettov sindrom može se razvijati kroz četiri faze:

1. U prvoj fazi dolazi do zastoja u razvoju između 6 i 18 mjeseci, nakon do tada normalnog i urednog razvoja. U oko polovice djece u ovom razdoblju dolazi do usporavanja rasta glave ili mikrocefalije.
2. Druga faza se javlja između 1. i 4. godine života te je karakterizira regresija već naučenih i stečenih vještina tijekom tjedana ili mjeseci. Svrhoviti pokreti rukama, zamijenjeni su stereotipnim pokretima kao što je pljeskanje, što navodi i na dijagnozu autizma. U ovoj fazi javljaju se još i ataksija (ukoliko je dijete bilo pokretno), apraksija, poremećaji spavanja, česte prehlade, kod mnoge djece se javlja se i bruksizam, tremor, napadi neprikladnog smijanja, razdoblje vrištanja ili neutješnog plakanja. Također može doći do autonomne disfunkcije koja može dovesti do apneje, hiperventilacije ili zadržavanja daha.
3. Treća faza se javlja između 2. i 10. godine života te se unutar nje može javiti stabilnost motoričkih funkcija, manja razdražljivost te veća sklonost komuniciranju. No, mnoga djeca u ovoj fazi razvijaju i napadaje.

4. Četvrta faza se odnosi na razdoblje iza 10. godine života te ju karakterizira kasno motoričko pogoršanje koje je vidljivo kroz: skoliozu, slabost mišića, osteoporozu i slično. U ovoj fazi može doći do poboljšanja komunikacije i razumijevanja (Tarquinio i sur., 2015.).

Rettov poremećaj jedan je od najčešćih uzroka invaliditeta kod osoba ženskog spola (Smeets, Pelc i Dan, 2012.). Žene s ovim poremećajem uglavnom žive do 40-50. godine života, pri čemu se s boljom i kvalitetnijom njegom produžuje život. Kao glavni uzrok smrti kod osoba s Rettovim poremećajem navode se kardiovaskularne bolesti (Tarquinio i sur., 2015.).

4.3. Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu

Dezintegrativni poremećaj odnosi se na rijedak, ali izrazito težak poremećaj. Karakterizira ga naizgled uredan i normalan razvoj djeteta, nakon kojeg dolazi do regresije socijalnih i komunikacijskih vještina. Nakon regresije, ponašanje kod oboljelih osoba slično je autizmu. Ono što ga razlikuje od autizma i ostalih pervazivnih razvojnih poremećaja su prethodan uredan razvoj te kasna dob u kojoj se javlja regresija (Mehra i sur., 2018.). Regresija se javlja u dobi od 2. do 7. godine života, što je znatno kasnije nego u slučajevima kada može doći do regresije kod autizma (Meilleur i Fombonne, 2009.). No, prema više studija kao univerzalna dob u kojoj se javlja regresija uzima se dob između 2. i 4. godine. Austrijski neuropsihijatar Theodor Heller je 1908. godine prvi opisao dezintegrativni poremećaj te ga je nazvao *dementia infantilis*. Prema kojem je ovaj poremećaj poznat i kao Hellerov sindrom. Drugi nazivi koji se također koriste su dezintegrativna psihoza, simbiotska psihoza i dječja demencija (Ellis, Larsen i Havighurst, 2021.). Riječ je o rijetkom, ali izrazito teškom poremećaju koji se dijagnosticira na temelju karakteristične kliničke slike i tijeka razvoja bolesti, jer uzroci nisu poznati. Stanja koja se mogu javiti u komorbiditetu s ovim poremećajem su: problemi sa spavanjem, samoozljeđivanje te poteškoće u ponašanju (Mehra i sur., 2018.).

Navode se dva moguća početka bolesti, odnosno pojave regresije:

1. Nagli, bolest nastupa u svega nekoliko dana ili tjedana
2. Postupni početak, gdje tijek razvoja bolesti traje od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci (Malhotra i Gupta, 2002.).

Ponekad se dezintegrativni poremećaj pojavljuje nakon što je dijete preboljelo ospice, encefalitis ili neki drugi nespecifični febrilitet. Također se pojava ove dijagnoze može povezati i s dokazanim cerebralnim oštećenjem ili psihosocijalnim stresom koje je uzrokovano primjerice odvajanjem djeteta od majke, hospitalizacija i slično. Izrazito je bitno da se prilikom

analiziranja i postavljanja dijagnoze odvoji od autističnog poremećaja i Rettovog sindroma s obzirom da je kod dezintegrativnog poremećaja lošija prognoza (Bujas Petković i sur., 2010.).

4.4. Aspergerov poremećaj

Dječji psihijatar iz Baltimorea, Leo Kanner je opisao djecu neobičnog ponašanja. Opisao je deset dječaka i jednu djevojčicu od kojih su sva djeca bila mlađe životne dobi (Bujas Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010). Naveo je kako su djeca imala nerazvijene socijalne i komunikacijske vještine, nedostatak je osobito dolazio do izražaja u govornom području te izvođenjem stereotipnih radnji. Poremećaj je nazvao *infantilni autizam*. Godinu dana kasnije, pedijatar Hans Asperger iz Beča je naveo isti opis djece. Iako je Asperger za razliku od Kanneru opisao nešto stariju djecu. Bila je riječ o četiri dječaka koja su imala dobro razvijen govor i kognitivne sposobnosti, ali su bile prisutne velike poteškoće u komunikaciji i socijalizaciji. Dok ga je Lorna Wing 1981. godine odvojila od autizma i izdvojila kao zaseban poremećaj (Gupta i Chaundhary, 2021.). Opisao ih je kao *male profesore koji uvijek govore o svojim preokupacijama, ali imaju poteškoća s neverbalnom i pragmatičnom komunikacijom (mimika, facijalna ekspresija, geste, modulacija glasa)*“ (Bujas Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010, str. 48).

Prema tome, Aspergerov sindrom je neurorazvojni poremećaj kojeg obilježavaju poteškoće u interakciji s drugima, deficit komunikacijskih vještina te stereotipna ponašanja (Autism Speaks, 2024.). Ono što ga razlikuje od autizma i drugih poremećaja je što osobe s Aspergerovim sindrom uglavnom imaju normalnu ili višu razinu intelektualnih sposobnosti. Općenito je ovaj poremećaj poznat kao visoko funkcionalni autizam. Osobe zahvaćene ovim poremećajem uglavnom nemaju značajna kašnjenja i/ili poteškoće u govoru ili kognitivnom razvoju. Neka djeca, čak i rano progovore (Sandu, 2020.). S obzirom da je okolina većinom orijentirana na progovaranje djeteta u ranoj dobi, ne primjećuje u početku ništa neobično vezano za razvoj djeteta. Upravo iz tog razloga, Aspergerov sindrom se nešto kasnije i dijagnosticira. Ponekad čak i u odrasloj dobi ili se uopće ne dijagnosticira zbog kasne pojave simptoma (Šimleša i Ljubešić, 2009.).

Nadalje, u usporedbi s muškarcima, ženama se još kasnije dijagnosticira Aspergerov poremećaj. Žene iskazuju poteškoće s ponašanjem i anksioznost. Prethodno imaju nekoliko dijagnosticiranih stanja, kojima se unatoč primjene terapije i intervencija ne prikazuje poboljšanje niti napredak. Kod žena je češće to maskiranje simptoma i otežana dijagnoza, iako je jasno da imaju poteškoće u funkcioniranju u određenim razvojnim područjima. Prikrivanje simptoma dovodi do još izraženijih simptoma anksioznosti i do mentalne iscrpljenosti. Ovo

možda i objašnjava zbog čega je više dijagnosticiranih s Aspergerovim poremećajem kod muškarac u odnosu na žensku populaciju (Gupta i Chaundhary, 2021.). Sada, s obzirom na novu dijagnostičku klasifikaciju DSM-V, osoba neće dobiti dijagnozu Autistični poremećaj, već poremećaj iz spektra autizma bez kognitivnih ili jezičnih poteškoće (Masi i sur., 2017.).

5. RANA INTERVENCIJA I PRIMJENA TERAPIJE

Poremećaji iz spektra autizma javljaju se neovisno o rasi, etničkoj ili sociokulturnoj pripadnosti. Prevalencija pojavnosti ovog poremećaja u svijetu kreće se od 0,76 do 2,5% ovisno o promjenama u dijagnostičkim kriterijima koji se primjenjuju te studijama (Đuranović i sur., 2022.). S obzirom na porast dijagnoza autističnog poremećaja, povećava se i potreba za podrškom za tu skupinu te se iz tog razloga autizam i poremećaji iz spektra autizma smatraju i društvenim izazovom (Centers for Disease Control and Prevention, 2021.). Stoga, kada se prvi put pojave simptomi i/ili kada se posumnja na poremećaj izrazito je važno dijete uključiti u program rane intervencije, čak i prije formalno postavljene dijagnoze. Dokazano je kako djeca koja se prije pete godine uključe u programe rane intervencije mnogo bolje napreduju u području razvoja (Green, 1996., prema Bujas Petković i sur., 2010.).

5.1. Rana intervencija

Rani znakovi autizma mogu se prepoznati u djece u dobi od šest do osam mjeseci. Među prvim znakovima javljaju se: poremećaj prehrane, pojava anksioznosti, nemirne nesanice s pojavom autoagresivnih pokreta, nesanice bez da dijete plače, već samo leži s otvorenim očima, prestaje interes za igračke, dijete se zabavlja i igra gledanjem pokreta svoje ruke, odbijanje zagrljaja te emocionalna hladnoća (Savez udruga za autizam Hrvatske, 2019.). Kada se promatra pojava simptoma, odnosno prvih znakova po godinama života, u prvih nekoliko mjeseci primjećuje se smanjen interes djeteta za okolinu. Ne traži pažnju drugih te se rijetko smiješka i pokušava vokalizirati s drugima (Maestro i sur., 2002.). Djece do godine dana starosti ponekad se ne odazivaju na ime te ne odgovaraju na verbalne podražaje (Werner i sur., 2000.). U drugoj i trećoj godini života simptomi postaju sve više vidljivi te obuhvaćaju sve više područja funkcioniranja. Primjećuje se izostanak: kontakta oči u oči, pažnje, socijalnih igara i razmjena s drugima, vokalne i motoričke vještine. No, najviše do izražaj dolazi deficit socijalnih i komunikacijskih vještina, osobito pri upotrebi verbalne i neverbalne komunikacije. U dobi od dvije godine se ponekad pojavljuju ponavljajuća i stereotipna ponašanja, ali su češća u dobi od

tri godine. Prvi znakovi se u manjeg broja djece javljaju tek od 18 do 24 mjeseca života te su simptomi vidljivi kroz nedostatak jezičnih vještina i manjak interesa za druge (Bujas Petković i sur., 2010.).

S toga, se rana intervencija odnosi na sustav podrške za djecu rane dobi, koji podrazumijeva multidisciplinarnu uslugu na temelju kojih se: potiče razvoj djetetovih sposobnosti, zdravlje i dobrobit djeteta, umanjuje se utjecaj teškoća, sprječava propadanje sposobnosti funkcioniranja i potiče se kvalitetno funkcioniranje obitelji te adaptivno roditeljstvo (UNICEF, 2018.). Izrazito je važno da se podrška djeci osigura što je prije moguće s obzirom da su djeca u prvim godinama života najosjetljivija na okolinske utjecaje. Nadalje, kod individualiziranih programa rane intervencije bolja je prilagodba na potrebe svakog djeteta, s obzirom da je u ranoj dobi djeteta lakše analizirati značenje njegova ponašanja (Glasberg, 2005., prema Bujas Petković i sur., 2010.).

Prema UNICEF-u (2018.), dijete bi trebalo uključiti u ranu intervenciju ukoliko:

- Postoji sumnja na poremećaje iz autističnog spektra kod djeteta mlađeg od 18 mjeseci te je psiholog kroz razvojnu procjenu primijetio prisutnost razvojnih odstupanja
- Dijete od 18 mjeseci je imalo pozitivan rezultat na prvom koraku probira na poremećaje iz autističnog spektra
- Dijete u dobi od 18 do 30 mjeseci imalo je pozitivan rezultat na ljestvici M-CHAT-R/F (*The Modified Checklist for Autism in Toddlers*)
- Postoji sumnja na poremećaj iz autističnog spektra kod djeteta starijeg od 2,5 godine te je upućeno na daljnju obradu.

Pri odgoju i obrazovanju djece s autizmom i poremećajima iz autističnog spektra preporučuje se primjena strategija koje se temelje na kognitivno-bihevioralnim teorijama učenja. Važno je njegovati podržavajuće međuodnose s djecom, ali i s članovima njihovih obitelji s obzirom da ovaj poremećaj prvenstveno otežava socijalizaciju i učenje djetetu, a sekundarno i ljudima oko njega (Bouillet, 2019.). Također je bitno da se osigura cjeloživotna podrška, osobito u razdobljima tranzicije, primjerice prijelaz djeteta iz vrtića u školu ili adolescenta u odraslu dob. Aktivnosti koje se provode s djecom ne bi se trebale pretvoriti u terapiju samo s ciljem učenja i opservacije, jer se na taj način može ugroziti djetetovo vrijeme namijenjeno za odmor i igru (Iemmi i sur., 2017.). Pri tome se naglasak stavlja na dopuštanje djetetu da osjeti zadovoljstvo i sreću, dok se uči strategijama i vještinama koje su učinkovite te će mu pomoći u nošenju s društvenim očekivanjima (Ripamonti, 2016.).

5.2. Terapija

5.2.1. Psihofarmakoterapija

Farmakoterapija, odnosno primjena lijekova je dosta raširena kod osoba s poremećajima iz spektra autizma. Osobe s ovim poremećajima imaju veću mogućnost da će razviti neki komorbiditet, u odnosu na ostale poremećaje (Davico, Secci, Vendrametto i Vitello, 2023.). Prema tome, kod 70% osoba javit će se još jedna dijagnoza psihičkog poremećaja dok će kod 41% biti prisutne dvije ili više dodatnih dijagnoza (Simonoff, Pickles i Charma, 2008.). Već smo naveli neke komorbiditete u prethodnim poglavljima, no u pogledu mogućih popratnih psihičkih stanja javljaju se: anksioznost, depresija, shizofrenija, opsesivno-kompulzivni poremećaj, poremećaji hranjenja, ADHD, problemi sa spavanjem, tikovi, Tourettov sindrom i slično (Lai, Lombardo i Baron-Cohen, 2014., Masi i sur., 2017.). Unatoč tome što je autizam cjeloživotni poremećaj i ne može se u potpunosti izliječiti, već samo smanjiti njegovi ometajući i negativni simptomi, većina istraživanja o primjeni lijekova provedena je na djeci i adolescentima (Davico i sur., 2023.). Neki od negativnih simptoma odnose se na emocionalnu nestabilnost i iritaciju, koje se manifestiraju kroz: agresiju prema sebi i drugima, česte i iznenadne promjene raspoloženja, tantrume i drugo što utječe na svakodnevno funkcioniranje i povećava stres kod obitelji oboljele osobe (Davico, Marcotulli i Cudia, 2022.). Kod ovakvih slučajeva najčešće se upotrebljavaju lijekovi kao što su antipsihotici i stabilizatori raspoloženja, a dva najčešća su apripazole i risperidon. Ovi lijekovi su se također pokazali korisni kod prisutnosti simptoma ADHD-a kod osoba s autizmom (Davico i sur., 2023.). Lijek apripazole se također prema europskim smjernicama smatra kao dobar odabir za osobe s autizmom koji imaju tikove. No, za ovu populaciju nedostaje istraživanja koji govore o liječenju tikova i Tourettova sindroma koji se javljaju uz poremećaje iz spektra autizma. Apripazole se većinom zagovara jer ima manje nuspojava u odnosu na ostale antipsihotike, koji najčešće narušavaju rad metabolizma. Još neki od lijekova koji se uzimaju u obzir su tiaprid, risperidon te u slučajevima istovremenog poremećaja pažnje i ADHD-a primjenjuju se klonidin i guanfancin (Roessner i sur., 2022.). Nadalje, kod poremećaja spavanja najčešće se koristi melatonin jer produžuje vrijeme spavanja osoba te smanjuje vrijeme koje je osobi bilo potrebno da zaspe. Kod opsesivno-kompulzivnog poremećaja za smanjenje negativnih simptoma pokazali su se učinkoviti fluoksetin i fluvoksamin. Nadalje, nedostaje istraživanja koja su kontrolirana i posebno osmišljena da bi se procijenila učinkovitost farmakoterapije na anksioznost, depresiju i bipolarnu poremećaje kod osoba s autizmom. U tim stanjima osobama se najčešće pripisuju

antidepresivi, no liječnici trebaju biti oprezni osobito kod osoba u mlađoj dobi, jer lijekovi znaju imati veće nuspojave od pozitivnih učinaka (Davico i sur., 2023.).

5.2.2. Ostali tretmani

Nakon primjene lijekova, djeca, adolescenti i starije osobe s autizmom i poremećajima iz spektra autizma postaju mirnije, manje agresivne te emocionalno stabilne što omogućava primjenu i provođenje edukacija, psihoterapije, terapije igrom te bihevioralnih terapija i sličnih tretmana (Bujas Petković i sur., 2010.).

Bihevioralna terapija temelji se na nastojanju da se zadrže primjereni, željeni načini ponašanja, a da se otklone neželjeni (Stošić, 2009.). Pri tome kognitivno-bihevioralna terapija podrazumijeva psihoedukaciju na temelju koje se osobe uče o socijalnim vještinama, ali i kako da brinu o sebi samima. Terapija se može provoditi u većoj grupi, uz prisustvo člana obitelji i/ili može biti individualni pristup. Kada se radi u grupi razvija se i poboljšava socijalna interakcija, dok se u individualnom radu terapeut više posveti specifičnim potrebama osobe. Pozitivni učinak kognitivno-bihevioralne terapije uočen je kod djece i adolescenata s autizmom, ali ne i kod odraslih osoba. Nakon terapije primijećeno je poboljšanje u socijalnim i komunikacijskim vještinama djece i adolescenata, ali i prepoznavanje gesta i iskazivanja emocija kod drugih osoba (Sharma, Gonda i Taranzi, 2018.). Dok socijalno-bihevioralna terapija podrazumijeva postupak modifikacije ponašanja, pri čemu se nastoje ukloniti socijalno neprihvatljivi oblici ponašanja kao što su: ispadi bijesa, autoagresija, destruktivna ponašanja i slično. Taj postupak treba ići postepeno na temelju detaljne razrade i uzimajući u obzir trenutno djetetovo ponašanje. Izrazito je važno da reakcije terapeuta i roditelja/skrbnika budu naglašene i dosljedne, kako bi djeca s autizmom i poremećajima iz spektra autizma mogla prepoznati zakonitosti ponašanja (Stošić, 2009.). Nadalje, socijalne priče se koriste kao dio bihevioralne terapije. To su kratke priče koje su prilagođene djeci s poremećajima iz spektra autizma te im je cilj poboljšanje njihovih socijalnih vještine. Svaka priča opisuje neko socijalno prihvatljivo ponašanje te navodi što se od dijeta očekuje da kaže ili napravi u konkretnoj situaciji (Jančec, Šimleša i Frey Škrinjar, 2016.). Među najpoznatijim bihevioralnim programima izdvajaju se TEACCH program (*Tretman and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children*) te Lovaasov bihevioralni pristup ABA (*Applied Behavior Analysis*) (Bujas Petković i sur., 2010.).

Kod djece s autizmom koja imaju viši stupanj intelektualnog funkcioniranja kao oblik psihoterapije može se primijeniti terapija igrom. Na taj način djeca uče o vanjskom i unutarnjem svijetu te uče kako da vlastite emocije i doživljaje izraze (Nikolić i sur., 2000.). Terapija

glazbom je još jedan od načina koji bi mogao dovesti do pozitivnih promjena kod osoba s autizmom. Pokazalo se kako se osobe s autizmom mogu povezati s glazbom te prepoznati emocije te ih izraziti kroz glazbu, iako to ne mogu govorom (Sharma, Gonda i Taranzi, 2018.). Nadalje, tjelovježba se pokazala kao dobar način za poboljšanje pažnje, bolji odnos s okolinom i prilagodbu, smanjuje nemir te potiče na razvoj prikladne igre kod djece s autizmom. Pokazalo se kako veći intenzitet aktivnosti donosi bolje rezultate. Pri tome trčanje ima izrazit utjecaj na poboljšanje i usmjeravanje pažnje kod osoba s autizmom, zbog otpuštanja beta-endorfina (Stanish i sur., 2017.). Također se primjenjuje i psihoanalitički pristup. Unutar njega osobe mogu iskazati svoje porive te se poštuje osobnost osobe onakva kakva je. Osoba se stavi u podržavajuću okolinu u kojoj mu se nude brojni podražaji s ciljem da zadovolji svoje potrebe. Pristup daje informaciju o tome je li se razvoj osobe ubrzao ili usporio. Zatim slijedi strategija terapeuta kojom nastoji nadoknaditi zadovoljenje potreba te na taj način potiče njegov usklađeniji razvoj (Nikolić i sur., 2000.). Neovisno o tretmanu koji se primjenjuje, izrazito je bitno naglasiti potrebu za individualiziranim pristupom jer osobe s autizmom su jedinstvene i individualne te dolaze s različitim problemima i izazovima s kojima se svakodnevno susreću (Borovec i Ivšac Pavliša, 2021.).

6. POSEBNE SPOSOBNOSTI OSOBA S AUTIZMOM

Kao što se moglo primijetiti u ranijim poglavljima, karakteristike autizma većinom se navode kao nesposobnost, deficit, nemogućnost i slično. No, novija istraživanja i nalazi o autizmu nastoje naglasiti neuroraznolikost osoba s autizmom. Promovira se gledište da autizam predstavlja prirodnu varijaciju među ljudima, koja nam donosi različite profile i karakteristike, a koje bi se trebale poštovati i cijeniti kao i sve druge ljudske raznolikosti. Drugim riječima, došlo je do pomaka perspektive koja se temeljila na deficitu osoba s autizmom na perspektivu koja se temelji na jačanju snaga i vještina osoba s autizmom (Clark i sur., 2023.).

Također postoje i određena područja u kojima osobe s autizmom iskazuju izrazitu sposobnost i nadarenost. O tome govori Savantov sindrom (Treffert, 2014.). Za osobe s autizmom u početku se koristio naziv *idiot-savant*, no kasnije se zbog negodovanja roditelja počeo koristiti termin *autistic-savant*. Riječ *savant* je francuskog podrijetla i odnosi se na učenu osobu (Bujas Petković i sur., 2010.). Naime, sindrom je rijedak ali poseban, jer osobe s poteškoćama, pa tako i osobe s autizmom imaju određenu posebnu sposobnost i/ili dar. Uglavnom osobe imaju jednu izraženu vještinu u nekom području (Onin, Hanoglu i Yulug, 2023.). Pet je najčešćih područja gdje se javljaju posebne sposobnosti, a to su: umjetnost, glazba, matematika, izračunavanje

kalendara te mehaničke/vizualne sposobnosti (Teffert, 2014.). Sposobnosti se manifestiraju kao: brzo množenje i dijeljenje na pamet, računanje razlomaka, pamćenje činjenica, crtanje sa savršenom perspektivom, dobra orijentacija u prostoru, mogućnost brze interpretacije tek poslušane glazbe i slično (Happé i Vital, 2009.). Ostale sposobnosti koje se javljaju su: poliglot, odnosno znanje više jezika, izrazito razlikovanje mirisnih osjetila, izvanredno znanje iz specifičnih područja (neurofiziologija, statistika, navigacija ili računala) i druge (Treffert, 2014.). Ponekad su kod osobe istovremeno prisutne dvije ili više vještina, primjerice sinestezija i poliglota. Upravo je sposobnost višestrukog savant sindroma karakteristična za osobe s autizmom u odnosu na ostale poteškoće u razvoju (Onino, Hanoglu i Yulug, 2023.). Neovisno o kojoj je sposobnosti riječ, kod svih savanta je prisutna izrazita količina memorije odnosno informacija i podataka koje mogu zapamtiti (Corrigan i sur., 2012.). Češće je prisutan u muškoj populaciji i to 4 do 6 puta, nego kod ženske populacije (Treffert, 2014.).

Sindrom može biti urođen ili stečen. Sposobnosti se najčešće javljaju u ranoj dobi takve kakve jesu te se ne poboljšavaju s vježbanjem. Također može doći i do iznenadne pojave sindroma, a koja ne uključuje genetske predispozicije ili traumatsku ozljedu glave. Sposobnosti i vještine savanta možemo podijeliti u tri kategorije: talentirani, nevjerojatne sposobnosti te nevjerojatni savanti (Onin, Hanoglu i Yulug, 2023.). Nadalje, zagovara se poticanje postojećih talenata, jer postoji mogućnost da se tada smanje nedostaci i ometajući simptomi. Biti savant, odnosno imati neki talent, ne znači da će ta osoba u budućnosti otkloniti sve nesposobnosti i ograničenja koje joj je autizam donio, no može biti jedan od načina da osoba proširi svoju društvenu mrežu, osjeća se manje ovisnim o drugima i/ili poboljša svoje komunikacijske sposobnosti (Treffert, 2009.).

7. INKLUZIJA OSOBA S AUTIZMOM

Već smo naveli kako su djecu s autizmom u prošlosti bila smještena u ustanove za osobe s intelektualnim poteškoćama. Danas se zagovara i smatra kako se sva djeca mogu odgajati i obrazovati, no uz pomoć prilagođenih i individualiziranih programa. Potreba za individualiziranim pristupom kod osoba s autizmom proizlazi iz njegova dva obilježja, a to su poteškoće u socijalnoj interakciji te potreba za jednostavnim i jasnim zadacima. Edukatori, terapeuti, odgojitelji, učitelji i ostale osobe koje rade s djetetom trebaju ga poticati na interakciju s drugim i na aktivno sudjelovanje. U suprotnom dijete se može izolirati i okupirati se svojim ponavljajućim aktivnostima. (Bouillet, 2010.). Inkluzija podrazumijeva sustavni proces unutar kojeg se djeca s poteškoćama povezuju s djecom bez poteškoća, osobito vršnjacima, u što

prirodnijem okruženju gdje se mogu zajedno igrati, učiti i živjeti. Ovdje treba biti naglasak na zajedničkim aktivnostima, a ne tradicijski gledati na inkluziju kao situaciju gdje se djeca s teškoćama nalaze s djecom bez teškoća. Izrazito je bitno da dijete osjeća pripadanje. Za provođenje inkluzije potrebne su promjene u zakonodavnim okvirima, propisima, stavovima, znanjima, informacijama te općenito fleksibilnost društva (Sunko, 2010.). Nadalje, s obzirom da je osobi s autizmom potrebna predvidljivost, važno je da se djetetu svaki zadatak rastavi na jednostavne dijelove i da mu se postave jasni ciljevi svakog od njih. Ukoliko dijete s autizmom ima prosječne intelektualne sposobnosti mogu se očekivati dobra postignuća u području obrazovanja. Dok kod djece koja imaju niži intelektualni status se očekuje nešto sporiji i skromniji napredak (Bouillet, 2010.).

Iako su djeca s autizmom danas uključena u redovni odgojno-obrazovni sustav, reakcija okoline ponekad pokazuje neinformiranost opće populacije, ali i stručnjaka (Tipton i Blacher, 2014., Obeid i sur., 2015., Stošić, Jakab i Begić, 2019., prema Borovec i Ivšac Pavliša, 2021.). Za integraciju djece s autizmom i poremećajima iz spektra autizma izrazito je važno da djelatnici odgojno-obrazovne ustanove znaju i razumiju autizam i poremećaje iz njegova spektra. Također je važno da postoji dovoljan broj stručnjaka koji će djetetu pružiti potrebnu i prikladnu pozornost i tretman, u suprotnom moglo bi doći do neželjenih ishoda. Obrazovanje djece s autizmom provodi se i u specijaliziranim ustanovama. No, često budu i isključeni iz tih programa jer nedostaju programi koji su prilagođeni djeci i adolescentima s autizmom. U slučajevima kada je dijete dio specijaliziranih ustanova, potrebno je da im se osigura što više prilika za druženje sa svojim vršnjacima te izvanškolskih aktivnosti s njima. S jedne strane je to dobro za djecu s autizmom da se socijaliziraju s drugim. Dok je s druge strane dobro za djecu urednog razvoja, da povećaju svijest i razumiju potrebe djece s autizmom (Bouillet, 2010.).

Kada su u pitanju odrasle osobe s autizmom, u Republici Hrvatskoj one mogu biti smještene u institucionalni smještaj. Unutar takvog potpomognutog tipa stanovanja ciljevi su da se stvori kućna atmosfera, poticanje što veće samostalnosti i neovisnosti kod pojedinaca te razvijanje kompetencija u što više različitih područja života. Svim ovim radnjama se nastoji potaknuti osobu na sudjelovanje u svakodnevnim aktivnostima ali i svijest društva o sposobnostima koje imaju osobe neovisno o njihovoj dijagnozi (Bujas-Petković i sur., 2010.). Kao najveći problem inkluzije navodi se nedovoljna i nejasna uključenost osoba s invaliditetom u odgojno-obrazovni sustav, ali i sve aspekte života u zajednici (Sunko, 2010.). Svaka osoba, pa tako i osoba s autizmom i poremećajima iz spektra autizma posjeduje određene kompetencije, vještine i interese te joj je potrebno pružiti priliku kako bi svoje sposobnosti pokazala, bilo u školi, u obavljaju kućnim aktivnosti, na poslu ili negdje drugdje. Iako su najčešće osobe s autizmom

isključene iz programa za potpomognuto zapošljavanje, u posljednje vrijeme je porastao broj osoba s autizmom koje su uključene u programe zapošljavanja uz podršku (Bujas Petković i sur., 2010.).

Nadalje, kod inkluzije i uključivanja osoba s autizmom u svakodnevni život zajednice bitno je promatrati i obitelj osobe s poteškoćama. Nerijetko roditelji djece s autizmom gube svoje prijatelje zbog njihove neinformiranosti i nerazumijevanja ponašanja djece. Neprimjerene načine ponašanja pripisuju lošem odgoju roditelja te na taj način stavljaju stigmatu na cijelu obitelj djeteta s autizmom. To može dovesti do izbjegavanja roditelja da izvode svoje dijete na javna mjesta i među širu zajednicu. No, unatoč tome roditelji svoju djecu s autizmom promatraju kroz njihove snage i jake strane (Farrugia, 2009.). *Shvatila sam da sam manje razmišljala o Charlijevim potrebama, a više o onome što se očekuje od mene kao roditelja. Imala sam u glavi predodžbu o tome što bi Charlie „trebao“ biti. Nisam svoj pogled usmjerila na stvarnog dječaka koji je stajao ispred mene. Shvatila sam da su „ratovi oko autizma“ bili u meni samoj...Umjesto da se bave autizmom kao problemom koji treba pobijediti, informacije su trebale nuditi rješenja za praktične prepreke ostvarenju dječjeg potencijala* (Silberman, 2015.:80.). Kao i riječi majke djeteta s autizmom i mi kao društvo trebamo se fokusirati na povećanje svijesti kako autizam ne treba biti prepreka. Kako bismo bolje razumjeli druge osobe trebamo se „staviti na njihovo mjesto“. Izrazito je važno da razumijemo kako osobe s poremećajima iz spektra autizma različito doživljavaju svijet oko sebe u odnosu na osobe urednog razvoja. U skladu s tim i njihova svakodnevnica je drugačija (Hurt i sur., 2019.). Uz takav način promišljanja, razvoj pozitivnih stavova i veću informiranost o autizmu smanjujemo stigmatu i negativne stavove te potičemo osobe s autizmom da se uključe u zajednicu kao njihni ravnopravni članovi (Borovec i Ivšac Pavliša, 2021.).

8. ZAKLJUČAK

Poremećaji iz spektra autizma, odnosno autizam su jedni od najčešćih razvojnih poremećaja današnjice. Leo Kanner je među prvima naveo obilježja autizma te se do danas ista nisu mnogo ni promijenila. Glavna obilježja koja su specifična za autizam odnose se na: nesposobnost socijalne interakcije, nesposobnosti u području komunikacije, repetitivna i stereotipna ponašanja kao što su vrtnja, hodanje naprijed natrag.

Prilikom navođenja simptoma koriste se termini: deficiti, poteškoća, nedostaci, nesposobnost, manjak sposobnosti i slično. Iako ti termini daju prikaz kliničke slike koja je karakteristična za autizam te su korisni u dijagnozi, ne trebaju se koristiti prilikom opisivanja osoba. Simptomi i

dijagnoza autizma ne bi trebali biti glavno obilježje osoba s autizmom. Činjenica je da su osobe rođene s kompleksnim razvojnim poremećajem koji se manifestira na dosta područja funkcioniranja te ih ometa u socijalizaciji i svakodnevnim aktivnostima, ali pravim pristupom može im se omogućiti da se na njih gleda kao ravnopravne članove društva a ne kroz njihov invaliditet. Stoga postoje brojni teorijski pristupi, kao što su psihoterapija, bihevioralni pristup, teorija igrom, psihoanalitički pristup kao i rana intervencija koji omogućavaju individualni pristup osobi. Također kao terapija za smanjenje neželjenih i ometajućih ponašanja, osobama s autizmom se pripisuje farmakoterapija.

Neke osobe, iako su rijetke, uz autizma imaju izrazit dar u području matematike, orijentacije, glazbe, umjetnosti, pamćenja i slično. Dok je nekim osobama s autizmom potreban samo individualni pristup pri obrazovanju, povezanost s vršnjacima, uključenost u aktivnosti zajednice, zaposlenje. Biti drugačiji ne znači nužno da je ta osoba nesposobna i da joj ne treba dati priliku. Ponekad je dobro biti drugačiji i na taj način donijeti posebnost u ovaj svijet .

Mislim da tu veliku ulogu imaju stručnjaci koji trebaju potaknuti promjenu i inkluziju osoba s autizmom i poremećajima iz spektra autizma. Potrebno je informirati širu javnost o ovom poremećaju koji je prisutan već duži niz godina, no i dalje se o njemu ne zna dovoljno. Zbog toga je izrazito važan razvoj individualnog pristupa i rane intervencije u vrtićima, školama, specijaliziranim ustanovama te razvoj stručne podrške za osobe s autizmom i njihove obitelji. Kada se poveća i proširi svijest o ovom poremećaju unutar zajednice, kada se promijene stereotipi i negativni stavovi te se prihvati činjenica da nismo svi u društvu jednaki tada smo spremni za pozitivne promjene. Spremni smo osobama s invaliditetom, pa tako i osobama s poremećajima iz spektra autizma, pružiti šansu da sudjeluju u aktivnostima zajednice, vrtića, škole, organizacija, svijetu rada i slično. Glavni pokretači promjena su ljudi unutar zajednice, koji svojim radom i inicijativama mogu potaknuti moćnije od sebe da određene promjene zažive u stvarnom svijetu. Jedni od pokretača promjena su zasigurno i socijalni radnici, koji na brojne načine mogu pružiti podršku osobama s autizmom i njihovim obiteljima. Mogu informirati obitelji oboljelih, njihove bližnje i širu zajednicu o poremećajima iz spektra autizma. Poblíže objasniti kako da pristupe oboljeloj osobi i kako da im budu podrška u svakodnevnom funkcioniranju. No, jednako tako pomažu i bliskim osobama da, unatoč brizi o oboljeloj osobi, ne zanemare vlastiti život i vlastite potrebe. Dakle, uloga socijalnog radnika se grana od edukativne do savjetodavne.

9. LITERATURA

1. Abrahams, B.S. & Geschwind, D.H. (2008). Advances in autism genetics: on the threshold of a new neurobiology. *Nature Reviews Genetics*, 9, 341-355.
2. Autism Speaks (2024). *Autism diagnosis criteria DSM-V*. Posjećeno na mrežnoj stranici 01.02.2024. godine <https://www.autismspeaks.org/autism-diagnosis-criteria-dsm-5>
3. Bjørk, M., Riedel, B., Spigset, O., Veiby, G., Kolstad, E., Daltveit, A. K., & Gilhus, N. E. (2018). Association of Folic Acid Supplementation During Pregnancy With the Risk of Autistic Traits in Children Exposed to Antiepileptic Drugs In Utero. *JAMA neurology*, 75(2), 160–168.
4. Borovec, S. & Ivšac Pavliša, J. (2021). Poremećaji iz spektra autizma iz različitih perspektiva. *Logopedija*, 11(2), 69-72.
5. Bouillet, D. (2010). *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Školska knjiga.
6. Bouillet, D. (2019). *Inkluzivno obrazovanje: odabrane teme*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu.
7. Bradley, C.C., Boan, A.D., Cohen, A.P., Charles, J.M. & Carpenter, L.A. (2016). Reported history of developmental regression and restricted, repetitive behaviors in children with autism spectrum disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 37(6), 451-456.
8. Bujas Petković, Z. (1995). *Autistični poremećaj: dijagnoza i tretman*. Zagreb: Školska knjiga.
9. Bujas, Petković, Frey Škrinjar, J. i sur. (2010). *Poremećaji autističnog spektra*. Zagreb: Školska knjiga.
10. Campisi, L., Imran, N., Nazeer, A., Skokauskas, N. & Azeem, M.W. (2018). Autism spectrum disorder. *British Medical Bulletin*, 127, 91-100
11. Centers for Disease Control and Prevention (2021). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2018. *Surveillance Summaries*, 70(11), 1-16.
12. Capanac, M., Šimleša, S. & Stošić, J. (2015). Rana dijagnostika poremećaja iz autističnog spektra – teorija, istraživanja i praksa. *Klinička psihologija*, 8(2), 203-224.
13. Clark, T., Jung, J.Y., Roberts, J., Robinson, A. & Howlin, P. (2023). The identification of exceptional skills in school-age autistic children: Prevalence, misconceptions and the

- aligmental of informant perspectives. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 36, 1034-1045.
14. Corrigan, N.M., Richards, T.L., Treffert, D.A. i Dager, S.R. (2012). Toward a better understanding of the savant brain. *Compr. Psychiatry*, 53(6), 706-717.
 15. Croen, L. A., Najjar, D. V., Fireman, B., & Grether, J. K. (2007). Maternal and paternal age and risk of autism spectrum disorders. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 161(4), 334–340.
 16. Davico, C., Secci, I., Vendrametto, V. & Vitiello, B. (2023). Pharmacological treatments in autism spectrum disorder: a narrative review. *Journal of Psychopathology*, 29, 38-50.
 17. DSM-IV, Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (1996). Četvrto izdanje. Jasterbarsko: Naklada Slap
 18. Đuranović, V., Klobučar, A., Prvčić, I., Đaković, I., Sekelj Fureš, J., Pejić Roško, S., Lončar, L. & Pilon Far, A. (2022). *Holistički pristup u prepoznavanju, dijagnostici i terapijskim postupcima poremećaja iz spektra autizma*. U: Hrvatsko društvo za preventivnu i socijalnu pedijatriju, (2022). 3.kongres dječjeg zdravlja s međunarodnim sudjelovanjem. Klinika za dječje bolesti Zagreb: Zagreb
 19. Farrugia, D. (2009). Exploring stigma: medical knowledge and the stigmatisation of parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Sociology of Health and Illness*, 31(7), 1011-1027
 20. Freeman, J.L. & Fetter, R.B. (1980). Case mix definition by diagnosis related groups. *Medical Care*, 18, 1-53.
 21. Gerber, J. S. & Offit, P. A. (2009). Vaccines and Autism: A Tale of Shifting Hypotheses. *Clin Infect Dis*. 48, 456-461.
 22. Gupta, M. & Chaudhary, R. (2021). Diagnostic Challenges of High-Functioning Autism Spectrum Disorder in Females. *Cureus*, 13(1), 1-4.
 23. Háppe, F., Ronald, A. & Plomin, R. (2006). Time to give up on a single explanation for autism. *Nature Neuroscience*, 9, 1218-1220.
 24. Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N. (2019). Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational Pediatrics*, 9(1), 55-65.
 25. Hoekstra, R. A., Bartels, M., Verweij, C. J. & Boomsma, D. I. (2007). Heritability of Autistic Traits in the General Population. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 161, 372-377.
 26. Hurt, L., Langley, K., North, K., Southern, A., Copeland, L., Gillard, J. & Williams, S. (2019). Understanding and improving the care pathway for children with autism. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(1), 208-223.

27. 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), 87-99.
28. Johnson C.P. & Myers S.M. (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120, 1183-1215.
29. Lai, M., Lombardo, M. & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *Lancet*, 383(9920), 896-910.
30. Maestro, S., Muratori, F., Cavallaro, M.C., Pei, F., Stern, D., Golse, B. & Palacio-Espasa, F. (2002). Attentional skills during the first 6 month of age in autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(10), 1239-1246.
31. Malhorta, S. & Gupta, N. (2002). Childhood disintegrative disorder: Re-examination of the current concept. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11(3), 108-114.
32. Mandal, A. (2014). *News Medical*. Posjećeno dana 08.01.2024. na web stranici: <http://www.newsmedical.net/health/Autism-History>
33. Masi, A., DeMayo, M.M., Glozier, N. & Guastella, A.J. (2017). An Overview of Autism Spectrum Disorder, Heterogeneity and Treatment Options. *Neurosci. Bull.*, 33(2), 183-193.
34. Mehra, C., Sil, A., Hedderly, T., Kyriakopoulos, M., Lim, M., Turnbull, J., Happe, F., Baird, G. & Absound, M. (2018). Childhood disintegrative disorder and autism spectrum disorder: A systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 61(5), 523-534.
35. Meilleur, A.A.S. & Fombonne, E. (2009). Regression of language and non-language skills in pervasive developmental disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(2), 115-124.
36. Miles, J. H. (2011). Autism spectrum disorders—A genetics review. *Genetics IN Medicine* 13, 278–294.
37. MKB-10. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (1994). Deseta revizija. Svjetska zdravstvena organizacija 1992. Medicinska naklada. Zagreb
38. Nikolić, S. i sur. (2000). *Autistično dijete: kako razumijeti dječji autizam*. Zagreb: Prosvjeta.
39. Onin, I., Hanoglu, L. & Yulug, B. (2023). The Savant Syndrome: a Gift or a Disability? A Deeper Look into Metabolic Correlates of Hidden Cognitive Capacity. *Endocrine, Metabolic & Immune Disorders-Drug Targets*, 23, 250-253.

40. Remschmidt, H. (2009). *Autizam*. Zagreb: Naklada Slap
41. Ripamonti, L. (2016). Disability, Diversity, and Autism: Philosophical Perspectives on Health. *New Bioeth*, 22(1), 56-70.
42. Risi, S., Lord, C., Gotham, K., Corsello, C., Chrysler, C., Szatmari, P., Cook, E.H., Levventhal, B.L. & Pickles, A. (2006). Combining information from multiple sources in the diagnosis of autism spectrum disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1094-1103
43. Roessner, V., Eichele, H., Stern, J. S., Skov, L., Rizzo, R., Debes, N. M., Nagy, P., Cavanna, A. E., Termine, C., Ganos, C., Münchau, A., Szejko, N., Cath, D., Müller-Vahl, K. R., Verdellen, C., Hartmann, A., Rothenberger, A., Hoekstra, P. J., & Plessen, K. J. (2022). European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders - version 2.0. Part III: pharmacological treatment. *European child & adolescent psychiatry*, 31(3), 425–441.
44. SAN (2018) Autistic Self Advocacy Network / Nothing About Us Without Us,
45. Sandu, S. (2020). Aspergers Syndrome – Diagnosis and Therapies, *Danibius Working Papers*, 2(1), 16-21.
46. Sandweiss, A.J., Brandt, V.L. & Zogbi, H.Y. (2020). Advances in understanding of Rett syndrome and MECP2 duplication syndrome: prospects for future therapies. *Lancet Neurol*, 19, 689-698.
- Savez udruga za autizam Hrvatske. (2019). *Autizam: vodič za roditelje i njegovatelje nakon dijagnoze*. Posjećeno na mrežnoj stranici Savez udruga za autizam Hrvatske dana 14.01.2024. <https://www.autizam-suzah.hr/wp-content/uploads/2019/09/Autizam-Vodic-za-roditelje-i-njegovatelje-compressed.pdf>
47. Schieve, L. A., Tian, L. H., Drews-Botsch, C., Windham, G. C., Newschaffer, C., Daniels, J. L., Lee, L. C., Croen, L. A., & Danielle Fallin, M. (2018). Autism spectrum disorder and birth spacing: Findings from the study to explore early development (SEED). *Autism research : official journal of the International Society for Autism Research*, 11(1), 81–94.
48. Sharma, S.R., Gonda, X. & Tarazi, F.I. (2018). Autism Spectrum Disorder: Classification, diagnosis and therapy. *Pharmacol Ther.*, 190, 91-104.
49. Silberman, S. (2015). *Neuroplemena*. Zagreb: Školska knjiga
50. Simonoff, E., Pickles, A. & Charman, T. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorder: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47, 921-929.

51. Smeets, E.E.J., Pelc, K. & Dan, B. (2012). Rett Syndrome. *Mol Syndromol*, 2(3-5), 113-127.
52. Stanish, H.I., Curtin, C., Must, A., Phillips, S., Maslin, M., & Bandini, L.G. (2017). Physical Activity Levels, Frequency, and Type Among Adolescents with and Without Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*, 47(3), 785–794.
53. Stoodley, C. J., D'Mello, A. M., Ellegood, J., Jakkamsetti, V., Liu, P., Nebel, M. B., Gibson, J. M., Kelly, E., Meng, F., Cano, C. A., Pascual, J. M., Mostofsky, S. H., Lerch, J. P., & Tsai, P. T. (2017). Altered cerebellar connectivity in autism and cerebellar-mediated rescue of autism-related behaviors in mice. *Nature neuroscience*, 20(12), 1744–1751.
54. Stošić, J. (2009). Primijenjena analiza ponašanja i autizam – vodič kroz terminologiju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 45(2), 69-80.
55. Sunko, E. (2010). Inkluzija djece s autizmom s gledišta odgojitelja. *Školski vjesnika*, 59(1), 113-126.
56. Šimleša, S. & Ljubešić, M. (2009). Aspergerov sindrom u dječjoj dobi. *Suvremena psihologija*, 12(2), 373-390.
57. Tarquinio, D. C., Hou, W., Neul, J. L., Kaufmann, W. E., Glaze, D. G., Motil, K. J., Skinner, S. A., Lee, H. S., & Percy, A. K. (2015). The Changing Face of Survival in Rett Syndrome and MECP2-Related Disorders. *Pediatric neurology*, 53(5), 402–411.
58. Treffert, D.A. (2009). The savant syndrome: An extraordinary condition. A synopsis: Past, present, future. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci.*, 364(1522), 1351-1357
59. Treffert, D.A. (2014). Savant Syndrome: Realities, Myths and Misconceptions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 564-571.
60. UNICEF (2018). *Nacionalni okvir za probir i dijagnostiku poremećaja iz spektra autizma u djece dobi 0 - 7 godina u Republici Hrvatskoj*. Zagreb: Ministarstvo zdravlja RH, Ministarstvo socijalne politike i mladih RH, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa RH. Posjećeno 10.01. na mrežnoj stranici UNICEF-a: <https://www.unicef.org/croatia/izvjescia/nacionalni-okvir-za-probir-i-dijagnostiku-poremecaja-iz-spektra-autizma-u-djece-dobi-0-7>
61. Werner, E., Dawson, G., Osterling, J. & Dinno, N. (2000). Brief report: recognition of autism spectrum disorder before one year of age: a retrospective study based on home videotapes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(2), 157-163.

62. WHO (2024). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). Posječeno 01.02.2024. na mrežnoj stranici World Health Organisation: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>