



Висока школа струковних студија за образовање  
васпитача Нови Сад

# **Значај терапије игром код деце из спектра аутизма**

Мастер рад

Ментор:

др Маја Галић

Чланови комисије:

др Угљеша Цолић

др Мирјана Матовић

Кандидат:

Вања Ђујић 2м/22

Нови Сад, јул, 2024.године





Висока школа струковних студија за образовање  
васпитача Нови Сад

# **Значај терапије игром код деце из спектра аутизма**

Мастер рад

Ментор:

др Маја Галић

Чланови комисије:

др Угљеша Цолић

др Мирјана Матовић

Кандидат:

Вања Ђујић 2м/22

Нови Сад, јул, 2024.године

## *Захвалница*

*Желим да изразим велику захвалност мојој породици, првенствено мом оцу, због огромне подршке у току целог мог школовања.*

*Захвалност овим путем дугујем и својим колегама васпитачима који су несебично поделили своје знање и искуство о раду са децом из спектра аутизма.*

*Захваљујем се свим професорима који су ми предавали током студија, чији је труд и велико залагање да нам обезбеде што боље знање резултирало успешним завршетком студирања.*

*Посебну захвалност и задовољство дугујем проф. др. Маји Галић на помоћи приликом реализације рада, а велику захвалност дугујем својим колегама на незаборавним студентским данима.*

## Сажетак

Аутизам је један од најчешћих развојних поремећаја који се јавља у прве три године живота детета и траје цео живот. Аутизам је свеприсутан развојни поремећај који карактеришу квалитативне тешкоће у међусобним друштвеним односима и моделима комуникације, ограничене и стереотипне активности и интересовања, а јавља се на континуитету од исподпросечних до натпросечних интелектуалних способности. Рана интервенција и индивидуализован приступ су од кључног значаја у процесу развоја вештина и способности детета за функционисање у свакодневним животним ситуацијама. То укључује примену специфичних поступака и метода који се сматрају кључним за социо-емоционални развој детета. Компетенције васпитача су круцијалне како би се сваком детету приступило индивидуално уз одговарајуће методе подршке. Један од главних циљева је успостављање интеракције и подржавајућих вршњачких односа и самопоуздања детета са поремећајем из аутистичног спектра. Терапијске интервенције игром усмерене ка детету су различите по циљевима, средствима и почетном моделу, а укључивање родитеља и околине је од пресудног значаја за терапијски третман детета. Такође, стручна подршка родитељима, емпатија стручњака, разумевање и различите стратегије заједничког деловања родитеља и стручњака неопходни су за успостављање здравог и подржавајућег односа, чији је основни циљ напредак и задовољење потреба и интересовања детета. Сврха рада је да покаже бројне могућности инклузије и подршке деци са поремећајима из аутистичног спектра у установама раног и предшколског васпитања и образовања.

Кључне речи: поремећај из спектра аутизма, васпитач, терапија игром, укључивање родитеља, подршка.

## **Summary**

Autism is one of the most common developmental disorders which present in the first three years since birth and continue throughout lifetime. Autism is a pervasive developmental disorder characterized by qualitative difficulties of reciprocal social interactions and communication models, limited and stereotypical activities and interests. It appears in the continuum from below-average towards above-average intellect. Early intervention and individual approach are the most important steps in the process of developing skills and abilities to function in everyday situations. This includes specific approaches and methods which are perceived as crucial for the socio-emotional development. Competences presented by the kindergarten teacher are key in creating an individual approach with appropriate support methods. One of the main goals is creating interaction and supporting peer relationships and for a child with a disorder of the autism spectrum to gain self-confidence. Therapeutic interventions which are focused on the child are diverse and depend on the goals, funds and the starting model, whereas parental and environmental inclusion is of the utmost importance for the child's treatment. Professional support towards parents, empathy, understanding and a multimodal approach are essential for establishing a healthy and supportive relationship whose main goal is progress and satisfying the child's needs and interests. The purpose of this paper is to show multiple possibilities of inclusion and support for children with an autism spectrum disorder in nurseries and pre-schools.

**KEY WORDS:** autism spectrum disorder, kindergarten teacher, play therapy, involvement of parents, support.

## Садржај

Увод.....	8
1.ТЕОРИЈСКИ ДЕО.....	10
1.1. Реакције прилагођавања родитеља на новооткривено обољење код детета.....	10
1.2. Саветодавна подршка родитељима деце из спектра аутизма у вртићу.....	11
1.3. Поремећаји из аутистичног спектра.....	12
1.3.1. Уобичајени знаци и симптоми поремећаји из спектра аутизма.....	13
1.3.2. Шта узрокује аутистични спектар поремећаја?.....	15
1.3.3 Игра деце са поремећајем аутистичног спектра.....	16
1.4. Терапија игром.....	17
1.4.1. Облици терапије игром.....	21
1.4.2. Терапија игром код деце из спектра аутизма.....	22
2.МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА.....	23
Предмет истраживања.....	23
Проблем истраживања.....	24
Циљ истраживања.....	24
Значај истраживања.....	24
Хипотеза.....	24
Задаци истраживања.....	24
Методе и технике за прикупљање података.....	24
Подаци о узорку.....	25
2.1. Резултати истраживања.....	25
2.2. Дискусија.....	34
Закључак.....	36
Литература.....	37
Прилози.....	39

## Увод

У данашњој популацији расте број деце са сметњама у развоју, а аутизам је један од поремећаја који утиче на развој и укупно функционисање детета. Родитељи деце са поремећајима из аутистичног спектра се такође суочавају са бројним променама након постављања дијагнозе, те прилагођавају животну средину и стратегије образовања у правцу задовољавања потреба и уважавања интереса детета. Кроз рад у вртићу често сам се сусретала са децом која су имала тешкоће у развоју и због тога им је одговарао другачији приступ него што су имали у својим васпитним групама. Често сам се питала како је најлакше приступити деци која, на пример, имају АДХД или деци из аутистичног спектра. Кључ за то је била игра. Игра је језик којим деца комуницирају, служи и као заштита од негативних утицаја са којима се тешко носе, али је и извор развоја свих вештина које ће им користити у будућности. Сваки индивидуални приступ детету, било дете са сметњама у развоју или не, доводио је до потврде од њих да их разумемо, да смо заинтересовани за оно што ради, говори и осећа. Данас је развијен комплетан спектар приступа деци из спектра аутизма, али је терапијски приступ тек дискретно развијен и за њих је свакако један од најважнијих. Разни аутори наводе да је терапија игром начин да се уђе у скривени свет детета, али и откривају да може у великој мери утицати на психосоцијалне вештине, чак и код деце са сметњама у развоју. Циљ овог рада је да покаже значење игре за децу, како се она може користити као терапијска техника и утицај игре као такве на децу из спектра аутизма. Иако је примере терапије игром потребно надоградити додатним истраживањима како би били у потпуности поткрепљени научним доказима, не може се порећи чињеница да је терапија игром прилагођена њиховим тешкоћама значајно помогла деци са сметњама у развоју и самим тим олакшала да прођу кроз своје развојне фазе, функционалност и социјализацију.



„Само замислите да оно што видите, чујете, миришете, додирујете, све долази распарчано и не може да се интегрише. Где се свако чуло бори за пажњу и не ради заједно. Свет где морате да игноришете остала чула да би се концентрисали на једно, или да морате да користите периферни вид само зато јер директно гледање у једну тачку Вама ствара преплављеност. Само замислите да се морате вратити у себе да би могли мислити. Само замислите да не можете да одвојите небитне детаље да би се могли фокусирати на оно што је битно и онда када се промени један мали детаљ, цела слика се сруши. Где ништа није познато, јер се све константно мења. Где ништа није стабилно да би било познато. Где сваки покушај уласка у социјалну групу ствара звук милион измешаних гласова које не распознајете. Кад коначно успете да разумете шта и о чему причају, тема се промени. И када желите нешто да кажете знате речи, али не знате како да их изговорите. Само замислите да не разумете осећања, мисли и перспективу особа око Вас. Не можете да прочитате гесте, изразе лица и акције људи око Вас. Не знате како да тумачите њихова правила да би Ви могли да организујете своје понашање. Где сте увек изван контекста, јер не можете истовремено да опажете и мислите. Речи долазе пребрзо, прегласно и превише их је да би сте их схватили. Где Ваше лице не одговара ситуацији и речима које су дошле до Вас. Где оно што сте урадили се не слаже са оним што су од Вас очекивали, па сте сад мета погледа. Само замислите да не осећате своје тело, не можете да ходате ако не гледате у своја стопала или додирујете објекте око себе. Када морате да мислите о сваком кораку који направите, јер другачије губите равнотежу. Где не осећате бол никако или га осећате стално. Када одећа коју носите Вам причињава бол. Када не осећате своје тело које Вам говори да сте гладни, жедни, у болу или под стерсом. Када Вам се чини да је Ваше тело туђе, а не Ваше. Само замислите да Вас преплави свака емоција коју осетите и не можете да их контролишете. Где свака емоција долази као вал, без икаквог упозорења. Где Ваше емоције и мисли нису повезане и немају Вам никаквог смисла. Где Вам свака емоција ствара страх или панику. Где сте стално у страху да осећате. Само замислите да живите у свету који је пун непредвиђених ситуација, околности и људи, па Вам то ствара константну анксиозност и нервозу. Где су захтеви средине за Вас пребрзи и то Вам узрокује да се Ваши мозак гаси, губите способност да причате, а тело Вас почиње болети. Где сваки следећи сигнал Вас тера да бежите или вриштите на сав глас. Само замислите...“



**Слика 1.** Знак особа са аутизмом

(Children`s Station Child Development Center, 2024)

## 1. ТЕОРИЈСКИ ДЕО

### 1.1. Реакције прилагођавања родитеља на новооткривено обољење код детета

Констатација да у породици постоји дете са сметњама у развоју, тешкоћама у функционисању или инвалидитетом утиче на све чланове породице. Дијагноза саме болести детета доводи до бурних емоционалних реакција родитеља, те до тешког психосоцијалног прилагођавања на новонасталу ситуацију.

Чланови породице приликом саме спознаје доживе читав низ непријатних осећаја и непосредних реакција. Фазе или врсте реакција које осећају родитељи дала је Елизабет Киблер-Рос (prema: Velišek-Braško, 2015): шок и неверица, порицање, туга и бол, бес и љутња, прилагођавање и прихватање.

Већина родитеља прво доживљава шок и неверицу када добију информацију да постоји проблем у развоју или стању детета-запрепашћеност, збуњеност, неприхватање реалности. Порицање је фаза одбијања родитеља да поверује у то шта се дешавања са његовим дететом, родитељ није у стању да прихвати чињенице које су повезане са стањем детета. Информације које добије од стране лекара, васпитача и стручних сарадника из предшколске установе често бивају одбијене уз непријатан став родитеља према поменутима. Родитељи су у убеђењу да ће дете прерасти здравствени проблем.

Након потврде дијагнозе, родитељи неретко почињу осећати тугу и бол. Родитељи често сумњају у своју компетентност, преиспитују себе и своје поступке који су могли да доведу до таквог стања код детета. Туга коју родитељи осећају дуго траје, манифестује се на психолошком и социјалном плану (Blacher, 1984). Сам процес превазилажења тог непријатног осећаја изискује како емоционално тако и когнитивно ангажовање код родитеља, како би били у стању да се суоче са дететовом дијагнозом и ускладе своја очекивања са дететовим могућностима (Vulatović, 2021).

Врло интензивна и бурна реакција која се јавља после туге је *бес и љутња*. Као природан део процеса туге, реакције беса могу бити усмерене ка најближима и испољавају се према партнеру, другом детету или другој деци у породици, блиским пријатељима. Каткада је бес родитеља упућен и према детету које има потешкоће у развоју, јер родитељи сматрају да је дете криво за новонасталу ситуацију у породици и оптужују га да је због њега њима као његовим родитељима јако тешко. Процес превазилажења беса и љутње изискује од родитеља да знају да управљају бесом, тј. да контролишу бес (Morog, 1996). Родитељи који не могу да се изборе са бесом и љутњом, стање детета, као и све пратеће проблеме у његовом развоју, постају констатан извор стреса и фрустрације.

*Прилагођавање и прихватање* следи када родитељ прихвати своје дете са сметњама у развоју, за разлику од прихватања саме дијагнозе које дете има. У овој фази родитељ је спреман да заступа своје дете. Када родитељ прихвати своје дете баш онакво какво

оно јесте, тада он постаје права подршка свом детету и партнер коју сарађује са стручњацима у процесу васпитања, образовања и саме рехабилитације детета.

## **1.2. Саветодавна подршка родитељима деце из спектра аутизма у вртићу**

Према Ресману (2000), саветовање подразумева краткорочну социјалну интеракцију два експерта: педагошког/психолошког саветника (као експерта за саветовање, што је у предшколској установи најчешће васпитач, педагог, психолог и медицинска сестра-васпитач) и корисника саветовања (родитељ као експерт за себе и свој проблем), која за циљ има мењање корисника саветовања у позитивном смеру, то јест оснаживање корисника саветовања да својим активним деловањем у решавању проблема промени своју животну ситуацију.

Родитељима је од великог значаја подршка у периоду када се суочавају са сазнањем да дете има оболење трајног карактера и када се јављају многе потешкоће приликом саме адаптације на то сазнање. У том периоду битна је интензивна подршка за васпитање и старање о детету, како лична (родбине и пријатеља) тако и друштвена (здравствене и образовне институције), у супротном постоји могућност да дође до привременог, а некад и трајног стања анксиозности и депресије родитеља.

Родитељи деце са поремећајима из спектра аутизма траже саветодавну помоћ из више разлога, неки од њих су: потреба за комуникацијом и жеља да са стручном особом поделе свој проблем; потреба да их неко активно слуша; проблеми личне природе као што су несигурност, страх од непознатог и слично, због чега се код родитеља ствара сумња у сопствене потенцијале; проблеми због партнерских или породичних неспоразума до којих најчешће долази након успостављања дијагнозе детета; потврда исправности личних поступака од компетентне особе, како би се оснажили да постану задовољни собом и својим одлукама које треба да донесу у процесу саветовања; проблем прилагођавања посебним животним условима (прилагођавање терапијском режиму детета), или неким специјалним ситуацијама (Bulatović, 2021).

Важну улогу у психосоцијалном развоју сваког детета има предшколска установа. У предшколској установи дете мора имати адекватну здравствену негу, неопходан надзор, подршку и охрабрење од стране одраслих особа, првенствено васпитача. Сарадња особа из предшколске установе (васпитача, логопеда, дефектолога, педагога, психолога) и породице је непроцењива. Уска, континуирана, свестрана и корисна сарадња треба да помогне да се ускладе вредности породице и предшколске установе (Bulatović, 2021).

Важни сарадници и подршка при планирању и организовању образовање детета су родитељи. Они најбоље познају своје дете, те могу дати драгоцене информације о детету, његовом понашању, начину учења и досадашњем развоју, али су, и исто време, важни за спровођење даљих корака у процесу образовања и социјализације детета.

### 1.3. Поремећаји из аутистичног спектра

Поремећаји из спектра аутизма (ПСА) или первазивни развојни поремећаји односе се на широк спектар неуроразвојних поремећаја који имају три основне карактеристике: оштећење или поремећај у области друштвених интеракција, у области вербалне и невербалне комуникације уз присуство сужених и репетитивних облика понашања (Dukarić, Ivšac Pavliša, Šimleša, 2014).

Аутистични спектар је термин који се данас користи да би се указало на постојање великог броја различитих облика испољавања аутизма и да би се све те разлике обухватиле једним појмом.

Аутизам је неуроразвојни поремећај којег карактеришу значајна оштећења у области успостављања реципрочних социјалних интеракција те образаца комуникације, као и оскудни, репетитивни и стереотипни обрасци понашања, ограничена и често специфична интересовања и активности (Glumbić, 2009).

У већини случајева, поремећаји из спектра аутизма постају очигледни током првих 5 година живота особе. Почињу у детињству и имају тенденцију да трају у адолесценцији и одраслом добу. Глобално, 1 од 160 деце има поремећај из спектра аутизма и чешће се дијагностикује код дечака него код девојчица (World Health Organization, 2019).

Потешкоће из спектра аутизма првенствено утичу на способност комуникације, социјалну интеракцију, те тешкоће у имагинацији, што је познато као „тријада потешкоћа“ (Hannah, 2007).

Организација „Autism Speaks“ у свом специјалном извештају наводи да према епидемиолошким студијама, између 54 и 70% особа са аутизмом има један или више поремећаја менталног здравља (Simonoff, 2008.; Hofvander, 2009.; Croen, 2015.; Romero, 2016. према Autism Speaks, 2017.). То су најчешће поремећај пажње са хиперактивношћу (АДХД), анксиозни поремећаји, депресија, шизофренија и биполарни поремећај.

Међутим, истакнута је разлика према којој АДХД, шизофренија и биполарни поремећаји спадају у неуроразвојна стања чији се извори могу пронаћи већ у раном развоју мозга (Munesue, 2008.; Sikora, 2012.; Rapoport, 2012. према Autism Speaks, 2017.), док се узроци анксиозних поремећаја и депресије делимично могу наћи у спољним факторима свакодневног стреса и искључености из друштва са којима се сусрећу особе са поремећајима из спектра аутизма, а који нарушавају њихов општи квалитет живота (Vasa, 2016.; Greenlee, 2016. према Autism Speaks, 2017).

### **1.3.1. Уобичајени знаци и симптоми поремећаји из спектра аутизма**

Аутизам није болест већ стање. Постављање саме дијагнозе аутизма значајно се олакшава препознавање истинских тешкоћа детета у чињењу или нечињењу одређених активности у односу на своје вршњаке који су типичног развоја (Attwood, 2015).

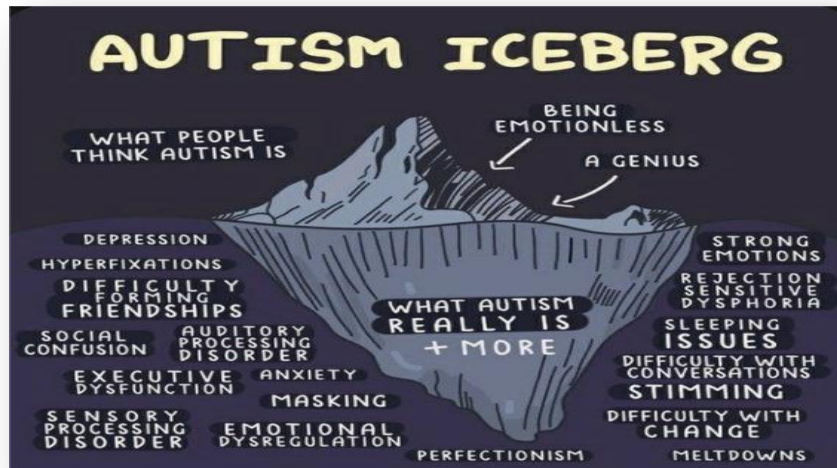
Свака особа са поремећајем аутистичног спектра има јединствен образац понашања, али постоје неке уобичајене, заједничке карактеристике, потешкоће и потребе за подршком као што су следеће (Velišek-Braško; Miražić-Nemet, 2018:56):

- имају тешкоћу да се укључе у социјалну ситуацију и да разумеју њена правила и смисао;
- избегавају интеракцију и не укључују се у групне активности;
- лакше остварују контакт са одраслима него са вршњацима;
- имају слабије развијен говор или не говоре уопште, када говоре то чине повремено и у скраћеним нормама;
- често је присутна једносмерна комуникација са фокусом на изражавање својих потреба и жеља;
- не реагује на дуге и сложене вербалне исказе, као ни на мимичке и гестовне знаке;
- буквално схватају изречено, не разумеју пренесено значење;
- чврсто де држе упуства и тешко могу да одустану од започетог или да пређу на нову активност док не заврше претходну;
- могу их узнемирити промене устаљеног редоследа или рутине;
- не пријају им јаке дражи (јаки звуци, светло, боје...);
- воле да се врте, клате, љуљају, „лепршају“ рукама или понављају неку другу стереотипну радњу.

Деца са аутизмом физички, спољашњим изгледом, дају слику деце типичног развоја, типичне деце и вршњака (Attwood, 2015), а у когнитивним способностима, уметничким вештинама, познавању страног језика, математичким и дигиталним компетенцијама могу бити изнад неуротипичне деце, или испод. Поред наведених тешкоћа, деца са аутизмом имају и своје јаке стране (Velišek-Braško; Miražić Nemet, 2018:56):

- могу раније од својих вршњака да науче бројеве, слова и да читају (чак и када не говоре);
- обично вешто рукују рачунаром и спонтано и самостално га користе за откривање и сазнавање садржаја који их интересују;
- често имају специфичну област интересовања у којој показују изузетну истрајност и прецизност када се њом баве;
- могу рано и самостално да учи страни језик-гледајући омиљене ТВ емисије, цртане филмове или научно-документарне програме, а није реткост ни да се боље изражавају на страном него на матерњем језику;

- могу да имају натпросечну способност уочавања детаља на сликама, мапама или у простору;
- често имају склоност, чак и таленат према музици или сликарству;
- најчешће им одговара устаљен распоред и рутине.



Слика 2. Ледени брег аутизма

(@defektolog\_bojan, 2022)

Досон и Адамс (Dawson & Adams, 1984) су открили да је развој когнитивних способности и социјалних вештина уско повезан са способностима имитације. Утврђено је да деца са аутизмом имају смањену способност да имитирају уобичајене гестове. Сходно томе, примећено је да деца из спектра аутизма која се виде као интровертна имају екстремне проблеме са моторичком имитацијом (Dawson & Adams, 1984).

Пијаже (Piaget, 1962) је веровао да је еволуција симболичког мишљења уско повезана са способностима имитације у детињству. У својој чувеној књизи „Play, dreams, and imitation in childhood“, Пијаже је објаснио да је дете било у стању да разликује стварну имитацију од онога што је радња представљала. Стога се може претпоставити да је значајно оштећена способност имитације која се често види код аутизма недостатак симболичког утицаја (Dawson & Adams, 1984).

Често се мисли да деца са аутизмом имају недостатак у способности да се укључе у креативну мисао и симболичку игру (Hobson et al., 2009; Wolfberg, 1995). Хобсон и његове колеге (Hobson et al., 2009) објашњавају да многи људи верују да деца са аутизмом имају недовољну способност да стварају идеје, које су потребне за креативност у игри, не могу лако да пређу са размишљања о стварном свету на „свет који се претвара“, и да немају мотивацију да учествују у игри претварања.

Многи теоретичари и педагози још увек често држе идеју да деца са аутизмом нису у стању да се укључе у имагинарни свет. Хобсон (Hobson, 1993) се не слаже, објашњавајући да деца са аутизам може развити способност укључивања у симболичко мишљење током игре, ослањајући се на мотивацију одраслих.

### **1.3.2.Шта узрокује аутистични спектар поремећаја?**

Важно је знати да аутизам није један поремећај са јединственим узроком. У питању је група сродних поремећаја са много различитих узрока. У највећем броју случајева, аутизам је највероватније узрок комбинације генетских фактора ризика са факторима ризика из окружења. Утврђено је неколико гена одговорних за подложност аутизму, што значи да је вероватније да ће појединац развити аутизам уколико поседује одређену варијанту тог гена, или у појединим случајевима, ретку мутацију гена. Многи гени вероватно доприносе аутизму. За дате конкретне гене се верује да реагују са одређеним факторима из средине. Тренутно се доста истражује на који начин аутизму доприносе генетски и фактори ризика из средине.

Иако су утврђени одређени генетски фактори, мање се зна о конкретним средињским факторима који доприносе аутизму. Излагање агенсима из средине, као што су инфективни агенси (рубеола у трудноћи или цитомегаловирус током трудноће) или хемијским агенсима (талидомид или валпроат) током трудноће може да доведе до аутизма. Око 10-15% случајева поседује конкретне, утврдиве генетске узроке као што су синдром фрагилног X, туберозна склероза и Ангелманов синдром (Autism Speaks, 2018).

Све више истраживача код аутизма истиче улогу функције и регулације имуног система, како у телу, тако и у мозгу. Делимични докази прикупљени током протеклих 30. година указују да аутизам може да изазове запаљење централног нервног система. Појављују се и докази из случаја са животињама које приказују на који начин имуни систем може да утиче на аутистичка понашања (Autism Speaks, 2018).

Иако су узроци аутизма сложени, јасно је да то није неодговарајућа родитељска брига. Др Лео Канер, психијатар који је још 1943. године први описао аутизам као јединствено стање, веровао је да су узрок томе уздржане мајке које не воле своју децу. Бруно Бетелхајм, познати професор за развој деце, даље је ширио то погрешно тумачење аутизма. Заступање идеје да мајке које не воле своју децу изазивају аутизам учинило је да су генерације родитеља носиле огроман терет кривице за инвалидитет своје деце.

Током шездесетих и седамдесетих година прошлог века, др Бернанд Римланд, отац сина са аутизмом, који је касније основао Америчко удружење за аутизам и Институт за истраживање аутизма, помогао је медицинској заједници да схвати да је аутизам биолошки поремећај који не узрокују уздржани родитељи (Autism Speaks, 2018).

Током последње две деценије, опсежна истраживања су проучавала да ли постоји било каква веза између вакцинације у детињству и поремећаја из аутистичног спектра. Резултати ових истраживања су јасни и једногласни: вакцине не изазивају аутизам (Glumbić i saradnici, 2018)!

За сада можемо говорити о факторима ризика, а не о дефинисаним узрочним факторима ПСА. Аутизам настаје као последица различитих биолошких и/или психолошких фактора, укључујући генетске факторе, факторе околине, као и интеракције гена и околине (Glumbić i saradnici, 2018).

### **1.3.3. Игра деце са поремећајем аутистичног спектра**

Игра посматрана кроз активности детета може се описати као начин самосталног и дивергентног деловања, при чему дете бира шта и како жели да ради, и колико ће дуго то трајати. Игра је дефинисана као суштинска за развој детета, јер доприноси когнитивној, физичкој, социјалној и емоционалној добробити деце (Кrnјаја, 2012).

Познате су неке од заједничких карактеристика игре деце са поремећајем аутистичног спектра, према којима су често присутни ритуали и стереотипи, ригидност и сензорна самостимулација. Постоје и потешкоће у препознавању туђих намера и остваривању сопствених намера у игри, а вештине научене у игри је тешко генерализују на друге области живота (Frey Škrinjar, 2014./2015.).

У пољу перцепције јавља се прекомерна или недовољна осетљивост на стимулусе, због чега дете може да се фокусира само на једну особину играчке, као што су боја или звук, а да при томе у потпуности не доживи изабрану играчку. Даље, постоје потешкоће у пажњи, што отежава дељење, праћење и усмеравање пажње између детета, друге особе и предмета од заједничког интереса, у овом случају играчке.

У решавању задатака са којима се сусрећу током игре, често користе ритуалне одговоре чак и када знају да нису тачни, а генерално постоје потешкоће у области апстрактног мишљења, што им отежава усвајање појмова и ретко ће се спонтано укључити у игру са другом децом, посебно у игри имитације.

Због своје добро развијене способности памћења и учења детаља, они могу да покажу одлично процедурално знање о различитим темама које су предмет њиховог интересовања, али постоје потешкоће у присећању догађаја који су им се сами догодили.

Иако деца обично у развоју редовно показују симболичке вештине игре у доби од две године, деца са аутизмом често почињу да показују ове вештине много касније у свом развоју (Marcu et al., 2009; Wolfberg, 2009). Волфберг (Wolfberg 1995; 2009) објашњава да је без одговарајуће интервенције ретко посматрати децу са овом дијагнозом како се у било ком узрасту баве трансформацијом објеката кроз симболичку игру.



Када се деца са аутизмом играју, радње се често посматрају као усамљене, понављајуће, конкретне и лишене иновативности и маште. Поред тога, уобичајено је уочити недостатак флексибилности током игре. Према Волфбергу (Wolfberg, 2009), један од најчешће пронађених атрибута игре за децу са аутизмом је предвидљива манипулација предметима. Ова предвидљива понашања могу укључивати „лупање или дрмање објеката“, до сложенијих радњи, као што је слагање или ређање објеката према физичким атрибутима или категорији (Wolfberg, 2009).

Када су сама и учествују у слободној игри, деца са аутизмом ће често користити понављајуће гестове који могу да трају сатима. Понављани гестови могу укључивати плескање рукама, махање рукама и окретање. Понекад, када се ове радње понављају, дете може постати веома фрустрирано ако неко покуша да промени или поремети понашање.

#### **1.4. Терапија игром**

Кориштење игре у терапији први су разјаснили пионири дечје психотерапије, Ана Фројд (Freud, 1928, 1964, 1965), Маргарет Ловенфелд (Lowenfeld, 1935, 1970) и Мелани Клајн (Klein, 1961, 1987) које су поставиле теоријску премису за коришћење игре. Терапија игром произашла је из елемената дечије психотерапије са специфичним теоријским основама које произлазе из традиције хуманистичке психологије и теорије везаности.

Током 1940-их, Карл Роџерс (Rogers, 1951, 1955) успоставио је нови модел психотерапије-терапију усмерену на клијента (касније названу терапија усмерена на особу). Нагласак је стављен на однос између терапеута и клијента заснован на искрености, прихватању и поверењу. Као такав, приступ усмерен на особу поставио је нову и оригиналну теоријску перспективу структуре личности, психичког здравља, стицања психолошких потешкоћа и процеса промене унутар терапије.

Под великим утицајем овог приступа усмереног на особу, Вирџинија Екслајн (Axline, 1969, 1971) је развила нови терапијски приступ за рад с децом-недиректну терапију игром. Основна начела у њеној поставци говоре да се терапија игром заснована на невербалној комуникацији кроз игру и да она настоји да омогући лечење и психолошке промене у понашању код клијената који су најчешће деца. Циљ је да се детету пружи прилика за достизање потпуног психофизичког раста и развоја као и социјална интеграција (Dogra & Veeraraghavan, 1994).

Терапија игром пружа детету нове способности ношења са стресним ситуацијама, те умањује могућност да детету стресна ситуација буде трауматична. Вештине терапије игром могу се научити употребљавати и у свакодневном васпитању. Препознато је да едуковани стручњаци могу помоћи у ублажавању психичких проблема употребом игре као што то раде и психотерапеутске игре. Управо се зато уочава све већа потреба да се наведеним вештинама подучи што већи број стручњака који непосредно раде с децом

предшколске и школске доби, понајпре васпитача, учитеља и стручних сарадника који проводе много времена у директном контакту с децом (Gjurković, 2018).

У терапији игром детету је дана могућност да „одигра” своје осећање и проблеме, баш као што би одрасли своје проблеме извербализовали. То се може учинити на мноштво различитих начина и у различитим контекстима. Терапија игром намењена је деци од 3-12 године. Принципи терапије игром успешно се прилагођавају и млађој деци уз подршку родитеља. Као терапијски процес примарно делује на социо-емотивну сферу личности детета (Reddy, Files-Hall & Schaefer, 2005).

Овај вид терапије је намењен деци која имају различите страхове, тешко претпостављају контакт са одраслима или са децом, имају тешкоће приликом прилагођавања на вршњачку групу, доживела су од (за њих) негативних промена у свом окружењу као што је пресељење, рођење брата или сестре или развод родитеља.

Терапија игром, такође, утиче на јачање дететовог самопоштовања и самопоуздања, развијање социјалних вештина и убрзавање дететовог раста и развоја. Овај вид психотерапије је такође, погодан за рад са децом која имају различите облике поремећаја понашања, анксиозности, агресивности, хиперактивности или неке од поремећаја учења (Reddy, Files-Hall & Schaefer, 2005).

Терапија игром помаже детету да (Gjurković, 2018):

- развије емотивну интелигенцију-уче да осећају, препознају своја осећања, развијају свест о томе шта осећају, уважавају то што осећају и уважавају осећања других.
- развијају адекватне стратегије понашања-решавају на креативнији и адекватнији начин, уче како да организују своје понашање у складу са својим осећањима, развијају примерена понашања у складу са социјалном ситуацијом, уче како да реше проблем.
- развијају емпатију-откривају како је то кад други проживљавају нека осећања; развијају машту и креативност-вежбају другачији начин размишљања; егзекутивне способности-доносе одлуке.
- развијају самопоуздање и самопоштовање те способност саморегулације и самодисциплине.
- развијају социјалну вештину, пажњу и памћење, менталну и емотивну резилијентност.



Слика 3. Терапија игром и мозак

(@defektolog\_bojan, 2022)

Родитељи су кључна фигура у дететовом животу. Њихова улога је пресудна у терапеутском процесу-било које врсте. Успех самог третмана увелико зависи од ефикасности односа терапеута-родитеља. Циљ сарадње јесте јачање капацитета родитеља за успешан однос са својим дететом, те јачање капацитета детета да се носи са проблемима и потешкоћама. С обзиром да је дете дио породице, родитељи су важан део промене укључени у саветовање или друге облике рада (заједничке сеансе са дететом). Када је потребно, уз дозволу родитеља, контактирају се и вртић/школа ради бољег упознавања проблема и усклађивања поступака (Аја, 2018).

Терапијски процес се обавља у специјалној играоници, где је деци омогућено да испољавају било које понашање, емоцију или да се играју на било који начин. Један сусрет траје од 20 до 40 минута у зависности од узраста детета, а трајање самог процеса зависи од спремности и капацитета детета, али и породице.

Третман терапија игром спроводи обучени професионалац који користи знања развојне психологије, који је прошао адекватну обуку везану за неки од праваца терапије игром, те одређени број сати супервизије и време стекао квалификацију да практично примењује процес третмана. У посебној играоници терапеут ствара окружење прихватања, уважавања и поштовања детета баш онаквог каквог јесте. Са свим својим капацитетима, снагама и слабостима. Дете ће да искористите окружење, и у средини која је скројена апсолутно према његовим потребама и жељама, да прожевба, развије и усвоји способност или вештину и потом је пренесе у стварни свет и своје редовно окружење (Axline, 1955).

Ландарет (Landreth, 2012) издваја неколико карактеристика које би играчке и материјали требали да поседују. Он наводи да би механичке, сложене и играчке са батеријама требало избегавати. Овакве играчке могу заокупити сву пажњу детета током трајања самог процеса. Требало би да се користе играчке које не подразумевају унапред

одређено структуру игре и зацртан пут до предвиђеног циља. Употребом неструктурираних материјала попут песка и минијатурних фигура људи, животиња, дрвећа и сличнога омогућавају да се дететова маштна изрази онако како је детету у том тренутку важно.



Слика 4. Карактеристике играчака

(@defektolog\_bojan, 2022)

У терапији игром битна је симболичка игра јер она омогућава детету да изрази свој унутрашњи свет. За дете и његов мозак симболичка игра је „преводаца“. Одлазећи и играјући се кроз симболичку игру дете даје смисао ономе што је видело, доживело или искусило. Дете ће кроз симболичку игру да нам поКАЖЕ оно што не може или не зна. Тако ће своје жеље, мисли, осећања и потребе да кодира кроз игру. Ми смо ти који треба да покушамо да их декодирамо. Ово представља и основну поставку недирективне терапије игром. Од детета се не очекује да речима исказује што проживљава (премда се потиче ако дете само показује потребу за тим), него ће оно кроз односе које створи у игри показати шта му се дешава, како види себе, друге и свет око себе (Landreth i Bratton, 2000).

#### 1.4.1. Облици терапије игром

Постоји директивна и недиректна терапија игром, разлика је у томе што у директивној методи стручњак припрема одређене технике и интервенције за које је проценио да би детету могле бити од користи. С друге стране, недиректни приступ наглашава важност давања простора да се одигра оно што му је у том тренутку важно, без нашег предлога како ће то тачно учинити (то јест хоће ли употребити песак и фигурице, цртеж, пластелин и сл.). Оба приступа употребљавају вештине попут емпатичког рефлектирања, постављања граница у ситуацијама када је то потребно или охрабрујуће реченице (Gjurković, 2016).

Директивни приступ подразумева терапеута који бира играчке, процедуру и циљ терапије, терапеут креира сценариј у соби за игру (Menassa, 2009, према Nyanga, 2014). Терапеут користи планиране активности базирани на потребама детета или његовим симптомима, под претпоставком да су структуриране активности најбоље за децу од 7 и више година (Sonet i sur., 2003, према Vaughn, 2012). Директно оријентисани терапеути могу користити дикретне технике попут КБТ технике, метафоре, библиотерапије, игру улога, арт терапију и сл.

Вирцинија Екслајн била је пионир недирективне терапије игром, односно терапије фокусиране на дете (Kranz i sur., 1993). Овај приступ води се темељним начелима Родерсовог приступа, укључујући безусловно позитивно разумевање и емпатично разумевање, те је према Ниангу (Nyanga, 2014) базирана на централном веровању да деца имају способност да реше и савладају властите проблеме.

Свака индивидуа изражава природну тежњу за растом и поседује капацитет за самоусмеравање. Деца теже за растом, кроз терапијски процес и са сигурним односом и прихватањем терапеута, деца су способна да се изразе, да прихвате своје осећање и мисли, те да се изборе са њима (Wixson, 2015).

Екслајн (Axline, 1955) је веровала да је игра природан облик комуникације за дете, дете је тако способно да се изрази кроз игру, тј. да покаже и изрази оно што не може исказати вербално због свог развојног стадиона. Развијање адекватног односа дете-терапеут, који подразумева безуметно позитивно прихватање, кључан је фактор недирективне терапије игром.

Дете мора бити прихваћено као такво, тачно онакво какво јесте. Према тврдњама недирективне терапије игром дете не би требало бити пожуривано или усмеравано у соби за игру, треба му дати времена да кроз игру изрази своје стварне емоције (Wixson, 2015).

Алфред Адлер (према Vaughn, 2012) за разлику од Вирциније Екслајн повезује стратегије недирективног и директивног приступа и циљ је помоћи детету да се креће ка развоју осећаја самопоуздања, храбрости и способности. Алфред Адлер, иначе Фројдов ученик, развијао је детаљније Фројдову теорију утврђујући значај социјалних интеракција, посебно породичних интеракција за ментално здравље детета (Johnson, 2016).

#### **1.4.2.Терапија игром код деце из спектра аутизма**

Према истраживању које су спровели Паркер и О'Брајен (Parker & O'Brien, 2011), аутори наводе да терапија игром може бити погодна интервенција у раду са децом из спектра аутизма. Истраживање је спроведено са дететом од 7 година које је учествовало у 12 сесија терапије игром. Дечак је често имао изливе беса, који је био праћен ударањем и уједом друге деце, те је одбијао да учествује у понуђеним активностима.

Приликом спровођења терапије игром на седмогодишњег дечака коришћен је метод игре у песку, јер таква игра подразумева високу сензорну стимулацију. Играчке које су му нуђене у терапији играња у пешчанику биле су помно одабране, примене за дете са поремећајем из аутистичног спектра.

Распоред његовог света у песку, у почетку, је изгледао веома хаотично, постављао је фигурице без икаквог реда, а игра се углавном сводила на битке између животиња или других ликова. Борбе су обично почињале неорганизовано и тако се завршавале. Међутим, у његовој игри се постепено успостављао ред. Временом су битке изгледале много јасније, са развијеним стратегијама, а касније и са јасним победником. Паралелно са побољшањем терапије игром, дете је деловало срећније и смиреније, али је и даље имало проблема у односима са другом децом. Његово понашање се потпуно мења након што је променио животно окружење у игри. Саставио је неколико нових сценарија који представљају његову нову перцепцију света.

Истраживање које је спроведено даје нам информације о томе како терапија игром може у великој мери помоћи у промени понашања и односа које дете већ има према другима. Седмогодишњи дечак је постао организованији и његово понашање се побољшало, а све то уз окружење подршке у којој је био током терапије игром.

Балч и Реј (Balch & Ray, 2015) спроводе истраживање на тему „Емоционална средства деце са поремећајем аутистичног спектра“ (Emotional assets of children with autism spectrum disorder) у којем је учествовало 5 деце. Свако дете је од постављања дијагнозе учествовало у говорној, радној, логопедској и физикалној терапији. Свако од њих је имало сензорних проблема, а резултати процене пре спроведеног истраживања показали су велике ризике у области емпатије и социјалне компетенције. Након процене и индивидуалних разговора са родитељима деце следила је терапија игром у трајању од 10 недеља, два пута недељно. Током терапије родитељи су наставили да попуњавају упитнике о тренутном стању своје деце.

По завршетку истраживања, 3 деце од њих 5 показало је промене у наведеним подручјима емпатије и социјалних компетенција, а посебно у подручју емпатије. Ауторице овакве резултате повезују са самим односом терапеута и детета у процесу терапије игром, где се дете осећа прихваћено и схваћено, па према томе може доживети и суосећање од стране терапеута. Обзиром на то, терапеути потичу дете да и оно има емпатију према другима, те да препознаје њихова осећања баш као што препознаје своје.

Иако је терапија игром најједноставнији начин којим се деца могу изразити, а то је пак индивидуално, јер не функционише свако дете из аутистичног спектра на једнак начин, ипак су примећене промене у њиховом понашању, емпатији и социјализацији. То потврђује и иницијатива родитеља да деца наставе с терапијом, али и терапеута, уз нагласак на то да би се истраживање постигло још већи резултат да је дужи временски период.



## **Хипотеза**

Основна хипотеза је да редован систем предшколског васпитања и образовања омогућава развој добробити деци из спектра аутизма.

Изведене хипотезе јесте да постоји разлика у запажањима и ставовима васпитача у погледу могућности укључивања деце са аутизмом у предшколске установе, с обзиром на постојање њиховог личног искуства у раду са децом са аутизмом.

## **Задаци истраживања**

Задаци истраживања потребног за овај рад су:

- доћи до податка колико васпитачи препознају карактеристике деце из спектра аутизма;
- доћи до податка на који начин се деци из спектра аутизма пружа помоћ и додатна подршка током њиховог боравка у предшколској установи;
- доћи до податка како олакшати боравак детета из спектра аутизма у вртићу из угла васпитача;
- доћи до податка какво је мишљење васпитача о интегрисаном приступу у раду са децом из спектра аутизма;
- доћи до податка у којој се мери васпитачи разликују једни од других у својим запажањима и ставовима у погледу могућности укључивања деце са аутизмом у предшколским установама с обзиром на: 1) има искуства са децом из спектра аутизма и 2) узимајући у обзир оне који нису имали никакав контакт у раду с том децом.

## **Методе и технике за прикупљање података**

У истраживачком раду је коришћена аналитичка/дескриптивна метода и метода статистичке обраде података. Као техника прикупљања података овог истраживања коришћена је анкета за васпитаче, а за инструмент-упитник (Google upitnik) који је садржао питања отвореног и затвореног типа.

## **Подаци о узорку**

Узорак испитаника чинили су васпитачи са подручја Републике Српске. Састављен је од васпитача који су имали радно искуство са децом са аутизмом (N=60) и васпитача који нису имали радног искуства са децом са аутизмом (N=22). Тест је спроведен на укупно 82 испитаника.



## 2.1. Резултати истраживања

Овај део истраживања, које је спроведено са васпитачима, показао је да су васпитачи упознати са појмом аутизам и да у свом раду примењују теорију коју су усвојили у образовању. Такође, вредно раде са децом из спектра аутизма и њиховим вршњацима.

На основу добијених података, сачињена је Табела 1. са одговорима испитаника на основу које се приступило даљој обради и анализи података.

**Табела 1.** Приказ података прикупљених анкетом

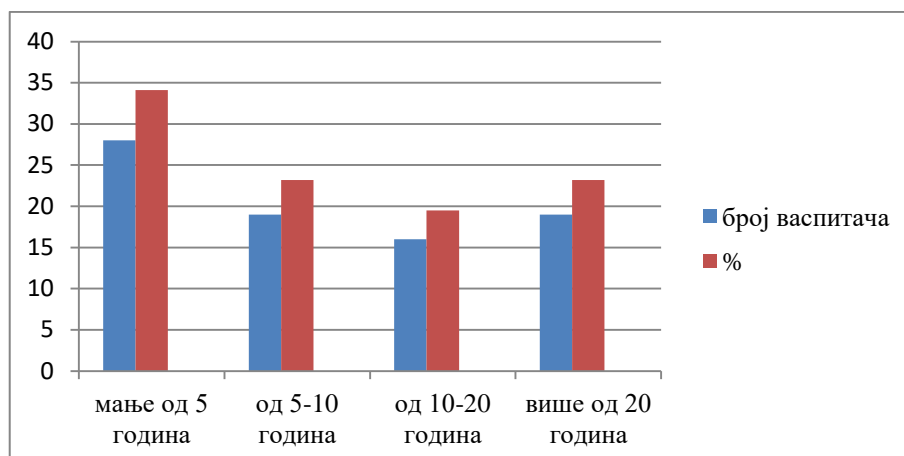
Питање	Понуђени одговори	Бр.васпитача
<b>1.Колико година радите као васпитач?</b>	мање од 5 година	28
	од 5-10 година	19
	од 10-20 година	16
	више од 20 година	19
<b>2. Коју васпитну групу тренутно водите?</b>	млађа јаслена	13
	старија јаслена	11
	млађа васпитна	16
	средња васпитна група	15
	старија васпитна група	10
	најстарија	17
<b>3.Да ли сте у својој васпитној групи имали/имате дете из спектра аутизма?</b>	никад нисам имао/ла дете са поремећајем из спектра аутизма	22
	имао/ла сам дете са поремећајем из спектра аутизма	34
	тренутно имам дете са поремећајем из спектра аутизма	26
<b>4.Које карактеристике деце из спектра аутизма препознајете?</b>	оскудни, репетитивни и стереотипни обрасци понашања	51
	тешкоће у успостављању реципрочних социјалних интеракција	61
	тешкоће у имагинацији	22

	ограничена и често специфична интересовања	55
	недовољно развијена крупна моторика	24
<b>5. Који су проблеми с којима се сусрећу васпитачи у раду са децом из спектра аутизма?</b>	недовољна едукација васпитача	45
	недостатак простора и материјала	34
	недовољан индивидуални рад са дететом	52
	недовољна подршка и помоћ стручних сарадника, родитеља..	45
<b>6. Који метод обуке/терапије користите у раду са децом из спектра аутизма?</b>	терапија игром	55
	логотерапија (PECS систем)	13
	бихејвиоралне поступке (АВА метод)	18
	музико терапија	25
	арт терапија	13
<b>7. Које видове подршке и помоћи Ваша предшколска установа пружа деци из спектра аутизма?</b>	додатне обуке и едукације васпитача	38
	посебно место за активности и игру детету са аутизмом	19
	асистент за дете током његовог боравка у ПУ	44
	посебан материјал за рад и играчке за дете	16
<b>8. Како олакшати боравак детета из спектра аутизма у вртићу?</b>	асистент за дете	26
	индивидуални рад са дететом	12
	помоћ од стране стручних сарадника и родитеља	19
	прилагодити активности, простор и материјал детету	17
	боравак детета у мањој групи	8

	едукација васпитача и родитеља	8
<b>9.Колико је важно укључивање родитеља у реализацију програма рада са аутистичним дететом? Какав је, по Вашем мишљењу, значај родитеља у реализацији рада програма са аутистичним дететом?</b>	сарадња	40
	прихватање проблема	30
	континуиран рад	12
<b>10.Који стручњаци (ако их је било током Вашег рада са аутистичном децом) су одиграли важну улогу и дали видљив допринос вашем раду?</b>	стручни тим	37
	васпитач	30
	особље вртића	15
<b>11.Како би присуство аутистичне деце могло имати/представљати негативно значење за другу типичну децу истог узраста?</b>	нема негативног утицаја	44
	постоје негативности	38

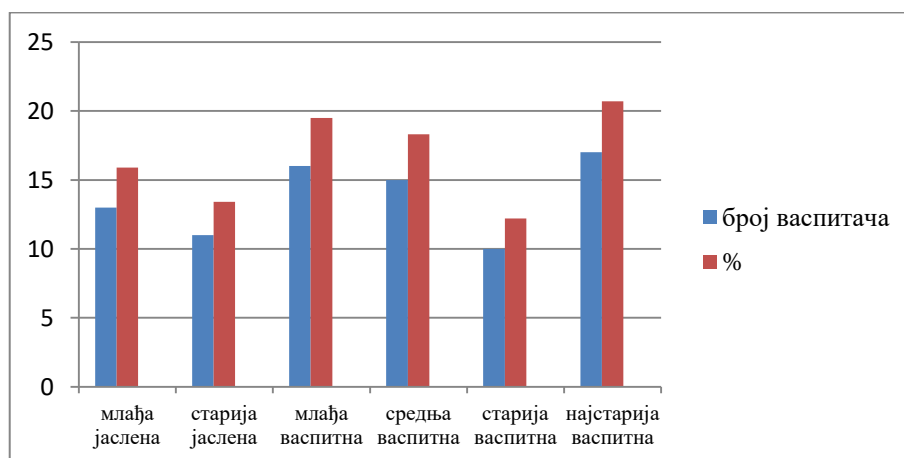
Из анкете за васпитаче се сазнаје да је истој приступило њих 82 од којих: 34% има мање од 5 година искуства у раду са децом, 23% ради у предшколским установама између 5 и 10 година, 19% има између 10 и 20 година искуства у раду са децом, а 23% испитаника има више од 20 година искуства у раду са децом.

Наведени подаци су представљени у Графикону 1.



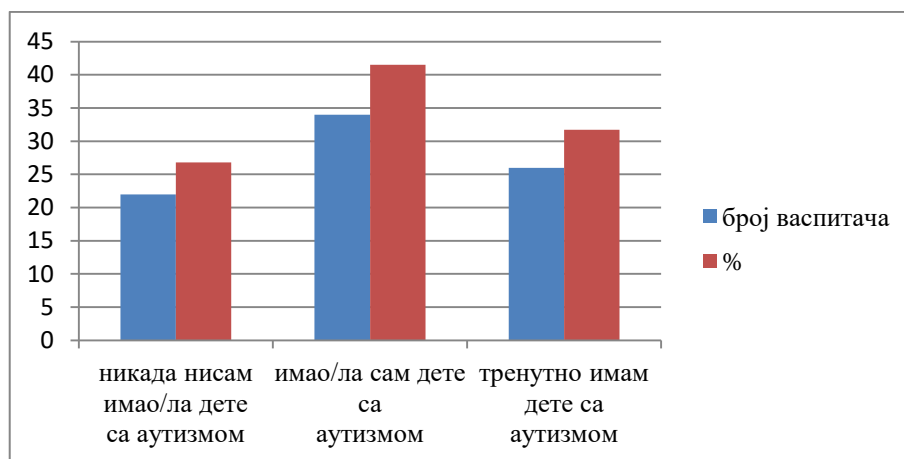
**Графикон 1.** Радно искуство васпитача

На основу добијених и обрађених података о распореду по васпитним групама, добија се увид да од 82 испитаника: 15% испитаника води млађу јаслену групу, њих 13% старију јаслену, 19% испитаника води млађу васпитну групу, 18% средњу васпитну групу, 12% старију и 20% испитаника води васпитну групу у години пред полазак у школу. Наведени подаци су приказани Графиконом 2., и примећује се да међу испитаницима највише васпитача тренутно има најстарију васпитну групу.



**Графикон 2.** Распоред васпитача по васпитним групама

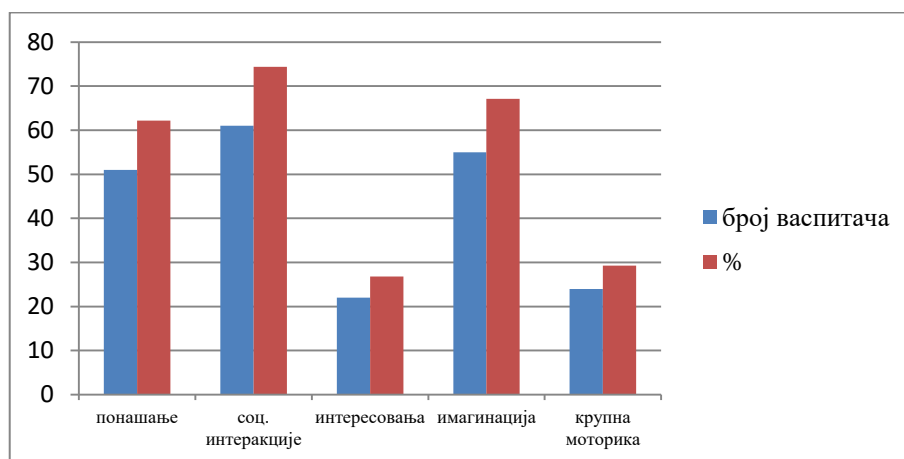
Даљом обрадом и анализом података се добија увид колико васпитача у својој пракси је имало и да ли тренутно има у групи дете из спектра аутизма. Наиме, од 82 испитаника, 26% васпитача никада у својим васпитним групама нису имали уписано дете са аутизмом, 41% испитаника је имало дете са аутизмом у својој групи, док 31% испитаника тренутно има дете са аутизмом у својој васпитној групи (приказано Графиконом 3.).



**Графикон 3.** Подаци о присутности деце из спектра аутизма у васпитним групама

Из Графикона 4. се може уочити колико васпитача/испитаника је препознало карактеристике аутистичног понашања код детета у васпитној групи. Овде треба напоменути да су, на основу добијених и обрађених података, васпитачи наводили више карактеристика.

Анализом одговора добијени су резултати који указују да од наведених карактеристика васпитачи најпре препознају тешкоће у успостављању реципрочних социјалних интеракција код деце из спектра аутизма (74%), затим 26% истичу ограничена и често специфична интересовања, 62% наводи оскудне, репетитивне и стереотипне обрасце понашања као карактеристику, 29% носи недовољно развијена крупна моторика и 67% тешкоће у имагинацији.



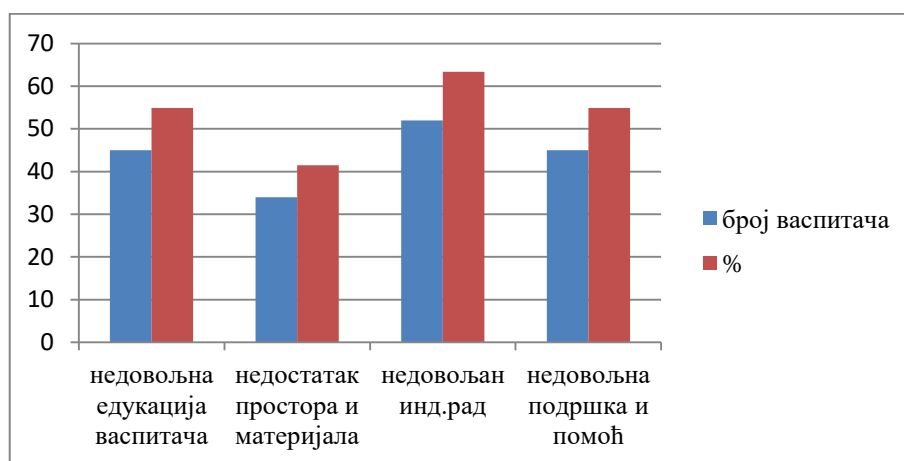
**Графикон 4.** Карактеристике аутизма препознате од стране васпитача

Из наведеног се може потврдити да васпитачи (испитана популација) познају карактеристике аутизма и самим тим умеју и да препознају исте.

Истражујући проблематику 5. питања, које се заснива на проблемима са којима се васпитачи сусрећу у раду са аутистичном децом у вртићу, наилази се на следећа

мишљења испитаника захваљујући постојању радног искуства од 82 испитана, навели су следеће:

- 63% је навело недовољан индивидуални рад са дететом из спектра аутизма;
- 54% истиче недовољна едукација васпитача и недовољну подршку и помоћ стручних сарадника, родитеља и других;
- 41% испитаника наводи недостатак простора и материјала у предшколској установи за дете из спектра аутизма.

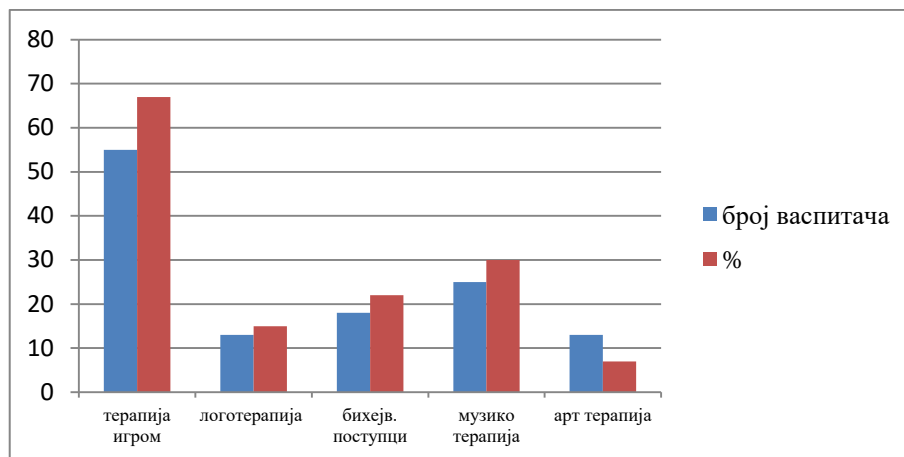


**Графикон 5.** Проблеми с којима се сусрећу васпитачи у раду са децом

Које методе обуке и терапије васпитачи користе у раду са децом из спектра аутизма ће се навести у наставку на основу анализираних података добијених од 82 васпитача који су својој пракси имали/имају дете из спектра аутизма у групи. Треба напоменути да су, на основу добијених и обрађених података, васпитачи навели више карактеристика.

У Графикону 6. се могу видети статистички обрађени подаци о начинима пружања подршке деци са аутизмом, где од наведеног броја:

- 67% васпитача а примењује/примењивало је терапију игром;
- 30% музико терапију;
- 22% бихејвиоралне поступке (АВА метод);
- 15% логотерапија (PECS систем) и
- 7% арт терапију.

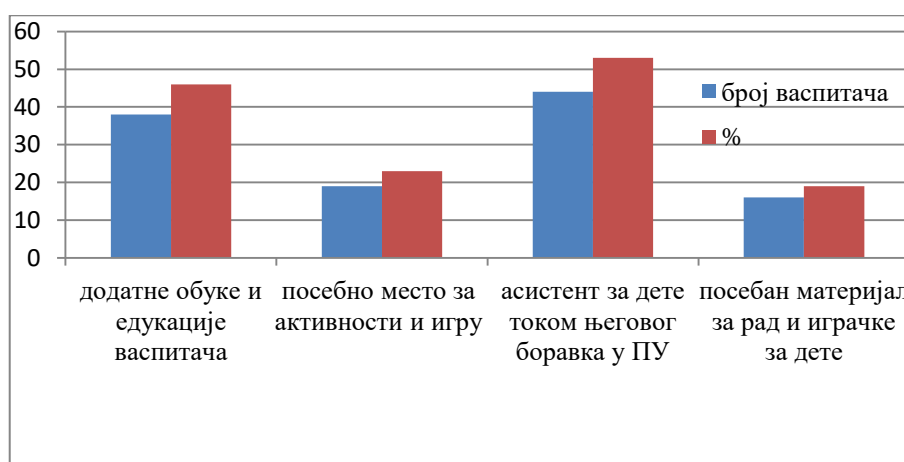


**Графикон 6.** Метод обуке/терапије за децу са аутизмом

Које све видове подршке и помоћи предшколска установа испитаних васпитача пружа деци из спектра аутизма су следеће:

- 53% асистент за дете током његовог боравка у ПУ;
- 46% додатне обуке и едукације васпитача;
- 23% посебно место за активности и игру детету са аутизмом;
- 19% посебан материјал за рад и играчке за дете.

Из наведеног се може закључити да васпитачи који су имали или тренутно имају децу са аутизмом у својој васпитној групи поседују развијене компетенције за рад са истом и да познају и примењују различите методе и активности као вид подршке овој групи деце.

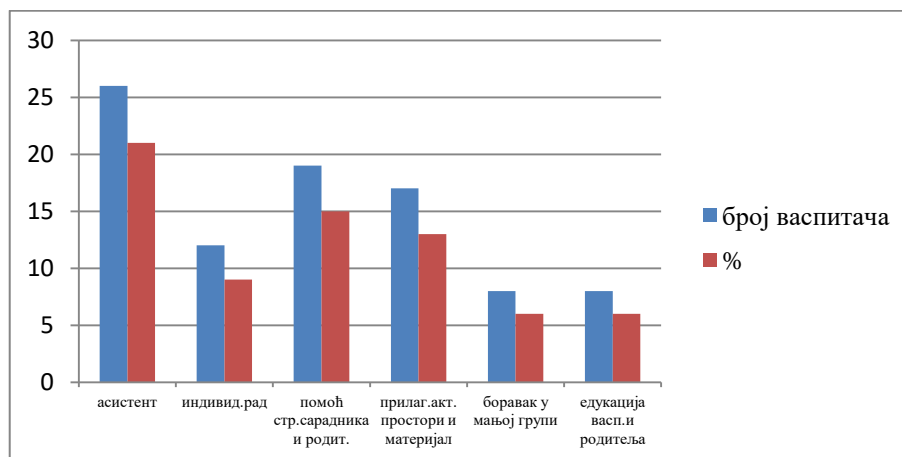


**Графикон 7.** Видови подршке деци са аутизмом

На основу обрађених података из анкете, где је на питање: „Како олакшати боравак детета из спектра аутизма у вртићу?“ 82 испитана васпитача рекло следеће:

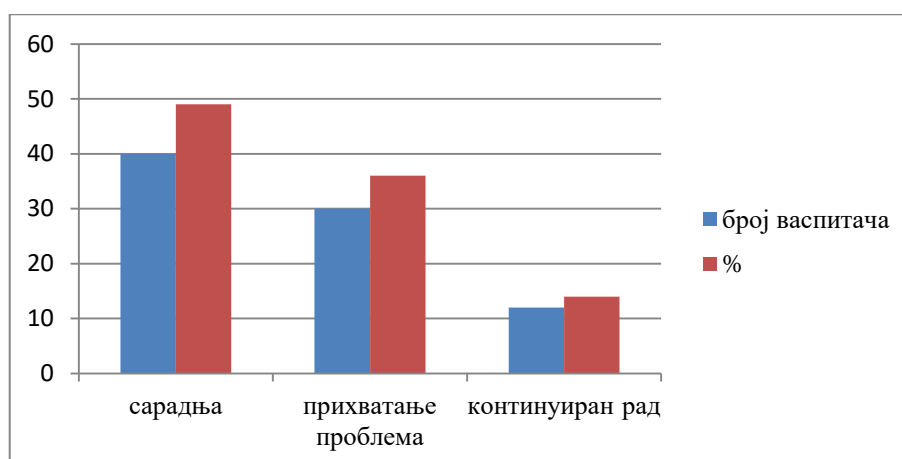
- 21% асистент за дете;

- 9% индивидуални рад са дететом;
- 15% помоћ од стране стручних сарадника и родитеља;
- 13% прилагодити активности, простор и материјал детету;
- 6% боравак детета у мање бројној групи;
- 6% едукација васпитача и родитеља.



**Графикон 8.** Начини како олакшати боравак детета из спектра аутизма у ПУ

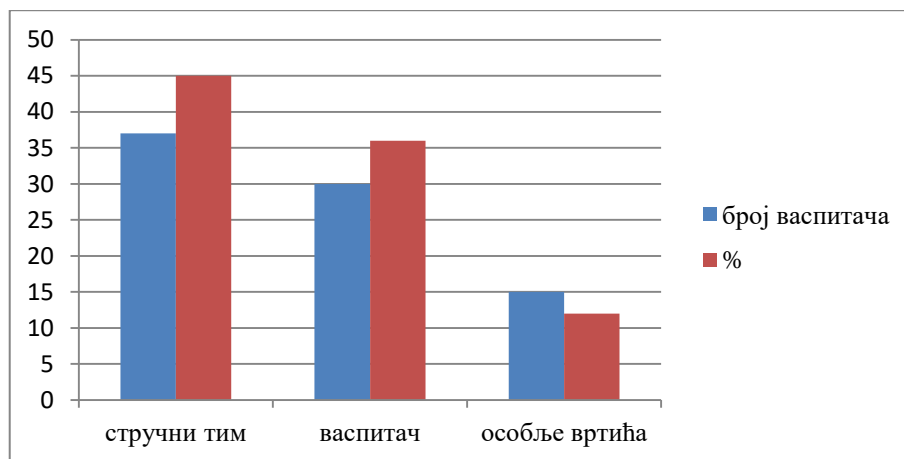
Један од најважнијих аспеката у раду са децом са аутизмом је сарадња и укључивање родитеља у рад. Добијени резултати указују на слична запажања васпитача о укључености родитеља у рад, најважније је укључивање у сам рад (сарадња 49%), затим размена информација између васпитача и родитељи (прихватање проблема 36%), и подстицај за континуирани рад 14%. Ако се сви аспекти споје, рад са аутистичном децом је не само могућ, већ и веома успешан.



**Графикон 9.** Укључивање родитеља у реализацију програма рада са аутистичним дететом

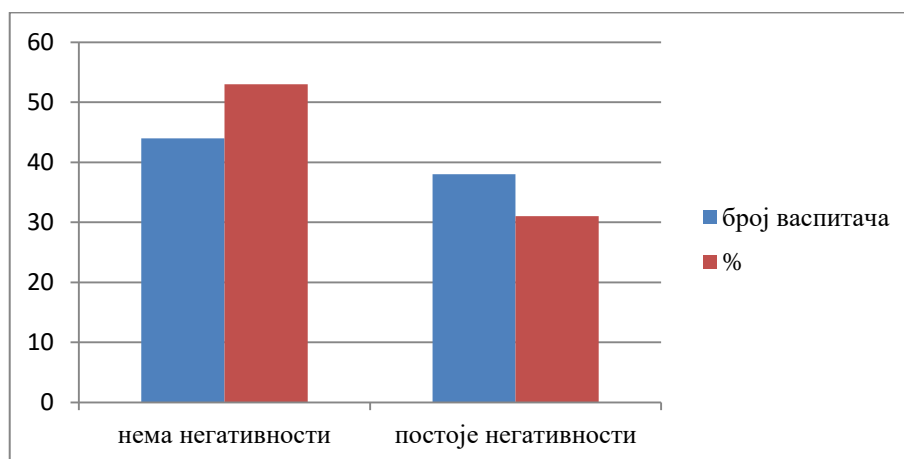


Васпитачима у раду са аутистичном децом потребна је пуна помоћ и подршка, у чему се слажу сви испитаници овог упитника. Одговори испитаника били су подељени у три категорије: 45% стручни тим (дефектолог, логопед, педијатар, неуролог, психолог, педагог), 36% васпитачи са искуством у раду и самообразовању, те 12% остало особље вртића (директор).



**Графикон 10.** Подршка васпитачу у инклузивној пракси

У Графикону 11. формиран су одговори испитаника о њиховом мишљењу да ли аутистична деца негативно утичу на другу децу. Добијени резултати указују на слична запажања испитаника о томе да ли има негативности (31%) у односу на другу децу и о томе да испитаници нису видели да аутистична деца могу негативно утицати на другу децу (53%). Из приказаног, обе димензије су углавном подједнако уочљиве.



**Графикон 11.** Негативности аутистичне деце на децу типичног развоја

## 2.2. Дискусија

За потребе истраживања спроведен је упитник које се састоји од 11 питања, отвореног и затвореног типа. На питања одговарали су васпитачи који имају радно искуство са децом са аутизмом и они који немају.

У реализацији програма раног и предшколског васпитања и образовања неопходно је примена образовних модела и стратегија заснованих на стручној процени дечјих потреба и специфичној концептуализацији циљева, процеса и исхода процеса учења. Једна од најважнијих тачака у унапређењу квалитета програма раног и предшколског васпитања и образовања је омогућавање инклузивног процеса који ће обезбедити адекватан напредак свој деци у природном окружењу.

Најважније је да васпитачи не сагледавају и оцењују децу на основу њихових тешкоћа, већ на основу способности и интересовања, при чему се тешкоћа схвата само као једна од карактеристика детета. На основу резултата истраживања, очигледно је да искуство васпитача игра велику улогу у раду са децом са аутистичним спектром поремећаја. Међутим, треба напоменути да је поред искуства неопходна и додатна едукација васпитача. Из приложених резултата је видно да васпитачи познају методе и програме индивидуалног приступа у раду са децом са аутизмом, али колико је то реално примењено у пракси, не може се утврдити са прецизношћу. До података о начину пружања помоћи и подршке детету са аутизмом могуће је доћи само на основу искуства васпитача.

Рана дијагноза и процена стања су изузетно важни први кораци у помагању родитељима да развију свест о томе шта им предстоји. Важан је начин на који родитељи добијају упутства и савете, као и јасноћа и веродостојност информација. Стручњаци у комуникацији са родитељима морају бити фокусирани на индивидуалне породичне факторе и на могућу потребу исправљања родитељских заблуда у вези са симптомима и етиологијом поремећаја.

Родитељима је потребна помоћ да боље разумеју специфичне моделе учења свог детета. Важно је да родитељи учествују у доношењу одлука и планирању стратегија интервенције. Потреба за емоционалном подршком варира од породице до породице и повезана је са узрастом детета. Испоставило се да је породицама подршка најпотребнија када је дете мало, јер тада почињу да се суочавају са ситуацијом. Подршка се пружа у виду едукације, а родитељи се подстичу да успоставе контакт са другим породицама.

Родитељи и стручњаци различито гледају на дете, а разлог за ово неслагање је различит ниво знања о тешкоћама у развоју и различита полазишта у посматрању детета. Професионалац који прихвата чињеницу да негативна тачка гледишта произилази из претходног искуства родитеља одговориће на критику са емпатијом и подршком. Важно је да професионалац разуме и поштује гледиште родитеља чак и када

се не слаже са његовим мишљењем. Професионалац који је спреман да помогне родитељима да науче да се носе са свим могућим услугама које су им потребне и биће им потребне, задобиће поверење родитеља. Родитељи ће бити задовољнији својим ангажовањем, што је основа за добар партнерски однос стручњака и родитеља. Обе стране морају промовисати партнерство усмерено ка детету и у његову корист. Добра комуникација је основа добре сарадње неопходне за помоћ детету.

Обезбедити стално место за рад у делу простора где је најмање могућности за сметње и јасно га означите тако да дете може самостално да се снађе, обезбедити довољно простора за индивидуализован рад и рад у групама, обезбедити простор за самоћу, имати добар преглед радног простора детета, јасно означити прибор и распоредити га према степену разумевања детета - по боји, слици, броју, у просторији направити јасне границе простора за одмор и игру и удаљити га од излаза из собе, прилагодити намештај потребама детета и користити полице, тепихе, ознаке на тлу, рецензије за ограничавање простора за рад и игру, што помаже детету да разуме правила.

По потреби обезбедити детету „помоћника“ (васпитача, дефектолога) који ће обављати индивидуални рад, пружити подршку у виду пуног физичког вођења ако је потребно или лагани физички додир у вођењу, указивање прстом, вербално навођење или позиционирање, као и да сарађује са стручњацима и родитељима и поштује њихове сугестије.

Свако дете са аутизмом је индивидуа за себе и потребно је сваком приступити на другачији начин и осмислити и реализовати индивидуални план подршке. Веома је важно створити услове за грађење партнерских односа, јер само заједничким учешћем у инклузији можемо допринети да дете са аутизмом развије одређене вештине и способности како би било функционално и продуктивно у свету који га окружује.

## Закључак

Како је већ наведено, аутизам је неуробиолошки развојни поремећај који може утицати на социјалне интеракције, комуникацију и понашање. Особе којима је дијагностификован неки од поремећаја из спектра аутизма суочити ће се са многим изазовима у готово свим аспектима живота.

Бројна истраживања која су била спроведена у сврху разумевања и лечења аутизма, довела су до нових сазнања и срушила многе митове о аутизму. Међутим, упркос новим сазнањима, много тога остало је још необјашњено. Може се рећи да особе из спектра аутизма живе у овом свету као сви други, али га на другачији начин доживљавају. Трудом, пажњом, стрпљењем и љубављу могуће је ући у њихов доживљај света и лакше га схватити.

Истраживањем смо увидели како постоје многобројни изазови у раду са децом из спектра аутизма, поготово са васпитно-образовне стране. Сваки васпитач има кључну улогу у спровођењу васпитно-образовне инклузије, стварајући потенцијално и одговарајуће окружење за сву децу, а поготово за децу са тешкоћама у развоју. Како би васпитач створио такво окружење, мора бити довољно едукован и компетентан, посебно треба осећати љубав према свом звању, имати довољно толеранције, стрпљења и прихваћати све изазове, без одустајања које му његово звање носи.

Студије приказане у раду показале су да управо терапија игром може пружити психосоцијалну подршку потребну и у младој доби, а такве интервенције могу пружити потребну равнотежу с обзиром на превладавајуће бихевиоралне третмане који се препоручују дјечи с поремећајем из спектра аутизма. Сигурност и поверење које се ствара између детета и терапеута отвара простор за промену потакнуту интринзичном мотивацијом и у складу са дететовим јединственим темпом развоја.

Иако је потребно додатно истражити предности, недостатке и потребне прилагодити за укључивање ове деце у терапију игром, досадашња сазнања открила су нам да за неке од њих ово може бити прва или једина прилика да се осећају потпуно прихваћено и уважено што никако не смемо занемарити или обезвредити. Верујем како ће нова сазнања на овом подручју разбити понеке предрасуде о терапији игром као „бескорисној и неозбиљној”, те оснажити што више родитеља и стручњака да у њој укључе децу с поремећајем из спектра аутизма.

## Литература

- Aja, A. P. (2018). *The Efficacy of Play Therapy in Treating Anxiety in Young Children: A Systematic Review*. California State University, Long Beach.
- Attwood, T. (2015). *Az Asperger-szindróma kézikönyve*. Budapest: Anonimus.
- Autism Speaks (2017). *Autism and Health: A special report by Autism Speaks. Advances in Understanding and Treating the Health Conditions that Frequently Accompany Autism*.
- Axline, V. M. (1955). *Therapeutic play techniques: Play therapy procedures and results*. American Journal of Orthopsychiatry, 25(3), 618.
- Balch, W. J. i Ray C. D. (2015). *Emotional Assets of Children With Autism Spectrum Disorder: A Single-Case Therapeutic Outcome Experiment*. Journal of Counseling & Development, 93 (4), 429-439.
- Blacher, J. (1984). *Sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicaps: fact or artifact?* Mental Retardation, 22 (2), 55-68.
- Bulatović, A. (2021). *Partnerstvo sa porodicom i komunikacija: priručnik sa praktikumom*. Novi Sad: Tampograf.
- Dawson, G., & Adams, A. (1984). Imitation and social responsiveness in autistic children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12(2), 209–225.
- Dogra, A., & Veeraraghavan, V. (1994). *A study of psychological intervention of children with aggressive conduct disorder*. Ind. Journal of Clinical Psychology, 21.
- Dukarić, M., Pavliša, J., Šimleša, S. (2014). *Prikaz poticanja komunikacije i jezika kod dječaka s visokofunkcionirajućim autizmom*. Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Odsjek za logopediju.
- Duran, M. (2003). *Dijete i igra*. Naklada slap.
- Frey Škrinjar, J. (2014./2015). *Interni materijal za potrebe kolegija Razvoj osoba s poremećajem iz autističnog spektra*. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Zagreb.
- Gjurković, T. (2016). *Terapija igrom: Kako razviti vještine za razumijevanje djeteta i produbiti odnos s njim*. Split: Harfa.
- Gjurković, T. (2018). *Terapija igrom*. Harfa & Pametnica.
- Glumbić, N. (2009). *Odrasle osobe sa autizmom*. Univerzitet u Beogradu - Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
- Glumbić, N., Brojčin, B., Đorđević, M. (2018). *Specijalna edukacija zasnovana na dokazima: bihevioralne tehnike*. FASPER.
- Hannah, L. (2007). *Podrška u učenju deci sa poteškoćama iz spektra autizma*. Beograd: Republičko udruženje za pomoć osobama sa autizmom.
- Hobson, A. J., Ashby, P., Malderez, A., & Tomlinson, P. D. (2009). *Mentoring beginning teachers: What we know and what we don't*. *Teaching and Teacher Education*, 25, 207-216.
- Johnson, J. L. (2016). *The history of play therapy*. Handbook of Play Therapy O'Connor.

- Kot, S. (1995). *Intensive play therapy with child witnesses of domestic violence*. Unpublished dissertation, University of North Texas, Denton, TX.
- Kottman, T. (2001). *Adlerian play therapy*. *International Journal of Play Therapy*, 10(2).
- Krnjaja, Ž. (2012). *Igra na ranim uzrastima*. u: Baucal A. [ur.] *Standardi za razvoj i učenje dece ranih uzrasta u Srbiji*, Beograd: Institut za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, 113-133.
- Morog, M. C. (1996). *Trauma and its relation to working models of relationships: Attachment and loss in mothers of children with disabilities*. Unpublished doctoral dissertation, University of Virginia, Charlottesville.
- Nyanga, K. (2014). *A Case Study of Child-centred Play Therapy with a Child Suffering from Posttraumatic Stress Disorder* (Doctoral dissertation, Nelson Mandela Metropolitan University).
- Parker, N. i O'Brien, P. (2011). *Play Therapy - Reaching the child with autism*. *International Journal of Special Education*, 26 (1), 80-87.
- Piaget, J. (1962). *Play, dreams, and imitation in childhood*. New York: Norton.
- Ray, D., Bratton, S., Rhine, T., & Jones, L. (2001). *The effectiveness of play therapy: Responding to the critics*. *International Journal of Play Therapy*, 10(1).
- Reddy, L. A., Files-Hall, T. M., & Schaefer, C. E. (2005). *Announcing Empirically Based Play Interventions for Children*. American Psychological Association.
- Rennie, R., & Landreth, G. (2000). *Effects of filial therapy on parent and child behaviors*. *International Journal of Play Therapy*.
- Resman, M. (2000). *Savjetodavni rad u vrtiću i školi*. Zagreb: Hrvatsko- pedagoško-književni zbor.
- Rogers, S. J., & Vismara, L. A. (2008). *Evidence-based comprehensive treatments for early autism*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (1), 8–38.
- Rogers, S., Hayden, H., Hepburn, S., Charlifue-Smith, R., Hall, T., & Hayes, A. (2006). *Teaching young nonverbal children with autism useful speech: A pilot study of the Denver model and prompt interventions*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36 (8), 1007–1024.
- Springer, J.F., Phillips, J., Phillips, L., Cannady, L., and Kerst-Harris, E. (1992). *CODA: A creative therapy program for children in families affected by abuse of alcohol or other drugs*. *Journal of Community Psychology*.
- Tahirović, Senija., (2016). *Psihologija dječije igre*. Sarajevo: Dobra knjiga.
- Vaughn, K. M. (2012). *Play therapist's perspectives on culturally sensitive play therapy*.
- Velišek-Braško, O. (2015). *Inkluzivna pedagogija*. Novi Sad: Graphic i OPEP.
- Velišek-Braško, O., Miražić-Nemet, D. (2018). *Metodika inkluzivnog vaspitanja i obrazovanja*. Novi Sad: Visoka škola strukovnih studija za obrazovanje vaspitača.

- Wixson, C. (2015). *The Effectiveness Of Child-Centered Play Therapy On The Challenging Behaviors Of Early Elementary School Students*. Dissertation. Georgia State University.
- Wolfberg, P. J. (1995). *Enhancing Children's Play*, in K. A. QUILL (ed.) *Teaching Children with Autism: Strategies to Enhance Communication and Socialization*. New York: Delmar .
- Wolfberg, P. J. (2005). *Play and Imagination in Children with Autism*. American Psychological Association.
- World Health Organization. (2019). *Autism spectrum disorders*.

## Пролог-УПИТНИК ЗА ВАСПИТАЧЕ

1. Колико година радите као васпитач?

- мање од 5 година
- од 5-10 година
- од 10-20 година
- више од 20 година

2. Коју васпитну групу тренутно водите?

- млађа јаслена
- старија јаслена
- млађа васпитна
- средња васпитна група
- старија васпитна група
- најстарија (у години пред полазак у школу)

3. Да ли сте у својој васпитној групи имали/имате дете из спектра аутизма?

- никад нисам имао/ла дете са поремећајем из спектра аутизма
- имао/ла сам дете са поремећајем из спектра аутизма
- тренутно имам дете са поремећајем из спектра аутизма

4. Које карактеристике деце из спектра аутизма препознајете?

- оскудни, репетитивни и стереотипни обрасци понашања
- тешкоће у успостављању реципрочних социјалних интеракција
- ограничена и често специфична интересовања
- тешкоће у имагинацији
- недовољно развијена крупна моторика

5. Који су проблеми с којима се сусрећу васпитачи у раду са децом из спектра аутизма?

- недовољна едукација васпитача
- недостатак простора и материјала
- недовољан индивидуални рад са дететом
- недовољна подршка и помоћ стручних сарадника, родитеља, дефектолога...

6. Који метод обуке/терапије користите у раду са децом из спектра аутизма?

- терапија игром
- логотерапија (PECS систем)
- бихејвиоралне поступке (АВА метод)
- музико терапија
- арт терапија

7. Које видове подршке и помоћи Ваша предшколска установа пружа деци из спектра аутизма?

- додатне обуке и едукације васпитача
- посебно место за активности и игру детету са аутизмом
- асистент за дете током његовог боравка у ПУ
- посебан материјал за рад и играчке за дете

8. Како олакшати боравак детета из спектра аутизма у вртићу?

---

9. Колико је важно укључивање родитеља у реализацију програма рада са аутистичним дететом? Какав је, по Вашем мишљењу, значај родитеља у реализацији рада програма са аутистичним дететом?

---

10. Који стручњаци (ако их је било током Вашег рада са аутистичном децом) су одиграли важну улогу и дали видљив допринос вашем раду?

---

11. Како би присуство аутистичне деце могло имати/представљати негативно значење за другу типичну децу истог узраста?

---