

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ  
KATEDRA PSYCHOLOGIE

**AUTISMUS**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Lucie Hanzalová**

*Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na vzdělávání*

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šámalová

**Plzeň, 2016**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně  
s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 14. dubna 2016

.....  
vlastnoruční podpis

Chtěla bych poděkovat Mgr. Kateřině Šámalové za cenné rady, věcné připomínky, trpělivost a čas strávený nad touto prací. Dále bych chtěla poděkovat občanskému sdružení za poskytnutí náhledu do života autistických dětí. Rovněž děkuji rodinám autistů, se kterými jsem měla možnost se setkat.

# OBSAH

ÚVOD.....	1
TEORETICKÁ ČÁST.....	2
<b>1 CHARAKTERISTIKA ŠKOLNÍHO VĚKU .....</b>	<b>3</b>
1.1 ŠKOLNÍ ZRALOST.....	3
1.2 ŠKOLNÍ PŘIPRAVENOST .....	4
1.3 MOTORICKÝ ROZVOJ .....	4
1.4 POZNÁVACÍ PROCESY .....	5
1.5 EMOČNÍ VÝVOJ .....	6
1.6 SOCIALIZACE.....	7
1.7 HRA U DÍTĚTE ŠKOLNÍHO VĚKU .....	7
<b>2 AUTISMUS .....</b>	<b>9</b>
2.1 HISTORICKÝ VÝVOJ.....	9
2.2 PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÉ PORUCHY A PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA .....	11
2.3 ETIOLOGIE AUTISMU .....	12
2.4 TRIÁDA PROBLÉMOVÝCH OBLASTÍ SPOLEČNÁ PRO PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA .....	13
2.4.1 <i>Sociální interakce a sociální chování.....</i>	<i>13</i>
2.4.2 <i>Komunikace .....</i>	<i>15</i>
2.4.3 <i>Představitost, zájmy a hra.....</i>	<i>18</i>
2.5 NESPECIFICKÉ VARIABILNÍ RYSY.....	20
2.5.1 <i>Percepční poruchy.....</i>	<i>20</i>
2.5.2 <i>Odlíšnosti v motorickém vývoji .....</i>	<i>22</i>
2.5.3 <i>Emoční reaktivita a adaptabilita .....</i>	<i>23</i>
2.5.4 <i>Problémy v chování.....</i>	<i>24</i>
2.6 POPIS JEDNOTLIVÝCH PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA.....	25
2.6.1 <i>Dětský autismus.....</i>	<i>25</i>
2.6.2 <i>Atypický autismus.....</i>	<i>26</i>
2.6.3 <i>Aspergerův syndrom .....</i>	<i>26</i>
2.6.4 <i>Dětská dezintegrační porucha .....</i>	<i>27</i>
2.6.5 <i>Jiné pervazivní vývojové poruchy.....</i>	<i>28</i>
2.6.6 <i>Autistické rysy.....</i>	<i>28</i>
2.6.7 <i>Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby .....</i>	<i>29</i>
2.6.8 <i>Rettův syndrom.....</i>	<i>29</i>
2.7 DIAGNOSTIKA AUTISMU .....	30
2.7.1 <i>Vývoj poruchy v dětském věku.....</i>	<i>31</i>
<b>3 RODINA .....</b>	<b>33</b>
3.1 STRUKTURA A FUNKCE RODINY .....	33
3.2 RODINA S DÍTĚTEM S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA .....	34
3.3 REAKCE RODINY NA SDĚLENÍ DIAGNÓZY DÍTĚTE .....	36
3.4 VZTAHY SE SOUROZENCI .....	39
PRAKTICKÁ ČÁST.....	41
ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	42
<b>4 KAZUISTIKY .....</b>	<b>43</b>
4.1 KAZUISTIKA Č. 1.....	43
4.2 KAZUISTIKA Č. 2.....	46
4.3 KAZUISTIKA Č. 3.....	49
ZÁVĚR.....	52
RESUMÉ.....	53

<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>54</b>
<b>ČLÁNKY .....</b>	<b>58</b>
<b>INTERNETOVÉ ZDROJE .....</b>	<b>59</b>

## Úvod

*„Být autistický ještě neznamená nemít lidskou duši. Ale znamená to být zvláštní. Znamená to, že co je normální pro zdravé lidi, není normální pro mne. A naopak – co je normální pro mne, není normální pro zdravé lidi. Do určité míry jsem špatně vybaven pro přežití v tomto světě, jako mimozemšťan, který přistál na Zemi bez orientační příručky. Ale moje osobnost je nedotčena. Moje já je nedotčené. Našel jsem ve svém životě velké hodnoty a smysl života a nechci z nich být vyléčen... Uvědomte si, že jsme si odcizení navzájem, že můj způsob bytí není poškozenou verzí vašeho...“*

(Jim Sinclair, 1992, v De Clercq, 2007, s. 62)

Autismus patří k jedné z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Stále se zvyšuje procento dětí, kterým je tato porucha diagnostikována. Povědomí o poruše autistického spektra je daleko rozšířenější, než tomu bylo dříve, díky nárůstu odborných publikací a organizací zajišťujících osvětu. Ale to neznamená, že jsou tyto děti vždy bezpodmínečně přijaty společností. Často se mohou rodiče s autistickým dítětem dočkat nevhodných poznámek od okolí, směřující na nevychovanost dítěte, aniž by okolí tušilo, že za zvláštností dítěte je autistická porucha. Jak je z výše uvedeného výroku Jima Sinclaira patrné, jedinci trpící autismem žijí ve světě, který je pro ně málo srozumitelný až nepochopitelný. Dříve byl autismus chápán striktně jako nemoc, na autisty bylo nahlíženo jako na pacienty, které je třeba zařadit do určité lékařské diagnózy a umístit je do speciálních tříd, potažmo celých zdravotnických zařízení. V tomto směru však doba pokročila, je jak z pohledu školského, tak sociálního benevolentnější a na autisty se tak čím dál méně lidí dívá skrz prsty. V zahraničí je situace asi jiná, český národ je však specifický svojí uzavřeností vůči lidem, kteří jsou nějak odlišní od ostatních. Sami autisté i rodiny, ve kterých žijí, mají před sebou ještě velký kus cesty, co se týče integrace do společnosti, přijetí a pochopení od ostatních lidí. Toto téma jsem si vybrala po návštěvě speciálního cvičení s autistickými dětmi. Chtěla jsem se o této problematice více dozvědět, strávit s nimi a jejich rodinami více času, také se setkat s odborníky pracujícími denně s autistickými dětmi a komentovat s nimi své poznatky. Cílem práce je popsat a přiblížit poruchu autistického spektra a zmapovat život rodin s autistickým dítětem.

# **Teoretická část**

## 1 CHARAKTERISTIKA ŠKOLNÍHO VĚKU

Toto životní období trvá od nástupu do školy, tedy od 6 let, do ukončení povinné školní docházky, tedy přibližně do 15 let. V různých literaturách se však setkáváme s rozlišnou terminologií. Vágnerová (2012) rozděluje školní věk na raný školní věk, střední školní věk a starší školní věk. Příhoda (1963) pak poukazuje na obtížnost terminologie v tomto období, uvádí, že například angličtí psychologové pojmenovali toto období jako střední dětství nebo preadolescence, Hurlocková zase jako pozdní dětství (Příhoda, 1963, s. 273). Nicméně toto období je pro dítě, potažmo pro celou rodinu, zásadní a vstup do školy znamená velkou životní změnu, můžeme ho chápat jako oficiální vstup do společnosti. Dítě se učí novým sociálním rolím, snaží se přizpůsobit škole, přichází do kontaktu s vrstevníky a učiteli. Život dítěte dostává pevný řád, vymezený novými pravidly. Erikson (1963) pojmenoval toto období jako fázi píce a snaživosti, kdy se dítě snaží ve škole uspět, snaží se potvrdit si své kvality, chce být akceptováno vrstevníky i učiteli a za své výkony pozitivně hodnoceno. Na emoční úrovni je mladší školní věk psychoanalýzou označován jakožto období latence. Jedná se o klidné období, bez výraznějších výkyvů, je to doba kdy ještě sexualita dřímá. Vnímání mladšího školáka se začíná více vázat na realitu, což se může odrazit například v kresbě. Na začátku období mladšího školního věku, kdy je školák více závislý na autoritě, nazýváme naivní realismus, postupem času, kdy se u dítěte rozvíjí kritické myšlení, nazýváme kritický realismus (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2012, s. 50 – 51, Vágnerová, 2012, s. 254-255, Šimíčková – Čížková a kol, 2008, s. 93).

### 1.1 ŠKOLNÍ ZRALOST

Školní zralost lze chápat jako dosažení určité úrovně zralosti dítěte nezbytné pro plnění role žáka. Zráním dětského organismu, hlavně tedy centrální nervové soustavy, se projeví zlepšením regulačních dovedností, tedy lepší emoční stability a odolnosti vůči zátěži. Důležitostí dostatečně vyvinuté školní zralosti, se zabýval již Komenský, který určil, že 6. rok je nejvhodnější na zahájení školní docházky. Na druhou stranu podotkl, že ne každé dítě je v tomto věku dostatečně zralé. Nedostatečně zralé děti bývají emočně labilní, ve škole brzy unavené a hůře se soustředí. Tyto děti vyčerpává pouhá nutnost pravidelného režimu ve škole, což znesnadňuje adaptaci ve škole a plnění povinností. Autoregulace a kognitivní schopnosti se nemusejí vyvíjet současně, například dobré



rozumové schopnosti můžu vyrovnat nedostatky na straně pozornosti a sebeovládání (Vágnerová, 2012, s. 256, Šimíčková – Čížková a kol, 2008, s. 84).

## 1.2 ŠKOLNÍ PŘIPRAVENOST

Pro snazší adaptaci dítěte na novou kapitolu života, je důležité, aby měl určitou emocionální nezávislost a dosahoval určité socializační úrovně. Mnohdy si děti nástup do první třídy idealizují, představují si pod chozením do školy například výlety do zoo, hraní se spolužáky a další formy her a zábavy. Matějček (1994) viděl tento jev jako „předškoláckou naivitu“. Aby dítě zvládlo roli žáka, musí mít určité znalosti, které záleží na míře sociální zkušenosti. Jako příklad uvádí Vágnerová postoj ke škole, či celkově ke vzdělání, v závislosti na hodnotách rodiny dítěte. Pokud má dítě z rodiny odlišné hodnoty a není tak dosud připraveno, jeho možnost neúspěchu se zvyšuje. Neméně důležitá je sociální připravenost a dovednost, které škola s nástupem dítěte do třídy, pokládá za samozřejmé. Za sociální dovednost je považováno utváření a udržování dobrých vztahů s vrstevníky, dospělými, schopnost umět s nimi komunikovat a dodržování stanovených pravidel. Od dítěte se očekává, že bude respektovat authority v podobě učitelů, že bude spolupracovat v kolektivu spolužáků. Tyto hodnoty může dítě získat již v mateřské školce. Jak jsem již zmínila, tyto základní sociální aspekty, by si mělo dítě odnášet z rodiny, pro předpoklad úspěšného zvládnutí role žáka. Pokud tomu tak není, má ve škole dítě sociokulturní handicap, což autorka uvádí jako rizikový faktor ve vztahu ke škole. Dítě nezvládá nároky kladené ze strany školy, bylo jinak vychovávané a nemá se kde naučit, jak správně ve škole fungovat (Vágnerová, 2012, s. 258-260, Pavlas a Vašutová, 1999, s. 69).

## 1.3 MOTORICKÝ ROZVOJ

Dítě má potřebu častého pohybu, která by neměla být omezována, ale naopak podporována. Motorický výkon nezávisí pouze na vnitřních dispozicích, ale také na vnějších podmínkách, které se mohou posilovat nebo utlumit. Je důležité, aby dítě dostalo dostatek příležitostí ke sportu. Oproti předškolnímu období se stávají školáckovy pohyby rychlejší, účinnější, přesnější, koordinovanější, zlepšuje se vizuomotorická koordinace. Do této doby se zlepšovala a vyvíjela především hrubá motorika, nyní se ale začíná zlepšovat výkon i v jemné motorice, která se v období mladšího školáka uplatňuje především v psaní, modelování a kreslení (Šimíčková – Čížková a kol., 2008, s. 94, Novotná, Hříchová,

Miňhová, 2012, s. 50). Thorová popisuje ve své knize preadolescentní tělesný spurt. Což znamená, že kosti u dětí v tomto období opět rychleji rostou, napínají se svaly a šlachy, které mohou způsobit růstové bolesti. Také Thorová uvádí, že kromě pohybových aktivit ve škole, by mělo mít dítě možnost věnovat se spontánním pohybovým aktivitám. Toto období autorka popisuje jako zlatý věk motorického učení, obratnosti a zdatnosti. Mladší školní věk je ideální pro osvojení základů nejrůznějších sportovních činností. Dále autorka popisuje, že děti v tomto věku rychle běhají, skáčou, obratně hrají míčové hry a reakční schopnosti u dětí v tomto období dosahují vrcholu. Pohybové činnosti jsou účelnější, úspěšnější, ale nedokáží dobře hospodařit s energií, brzy se unaví, ale zase i zregenerují. Na konci tohoto období se děti už vyrovnávají dospělým jak fyzickou obratností, tak i manuální zručností (Thorová, 2015, s. 410 – 413).

#### 1.4 POZNÁVACÍ PROCESY

I poznávání probíhá aktivní formou. Dítě nechce informace jen pasivně přijímat, potřebuje se aktivně zapojit do výuky, zúčastnit se procesu chápání, objevování souvislostí a rozpoznávání vlastností předmětů. Představivost u školáka souvisí s prožitými vjemy, objevuje se u nich tzv. eidetismus, což znamená, že představy jsou velmi živé a intenzivní. Dokáže však, na rozdíl od předškolních dětí, rozlišit skutečnost a fantazii, vlivem školy se více soustředí na realitu, ale do světa fantazie se dítě rádo vrací například během hry. Mladší žáci mají představy o věcech, které znají často silně emocionálně zabarvené, živé a obrazné. Naopak oblasti, které tak dobře nezná, vnímá zkresleně. Schopnost vybavit si záměrně představy a operovat s nimi, předchází schopnosti operovat s pojmy. Dítě si postupem času osvojuje schopnost logických operací, opírá se o konkrétní jevy, které si může představit. Toto období nazval Piaget (1970) jako fázi konkrétních logických operací. Dítě dokáže logicky uvažovat, umí třídit jevy například podle vlastností, dokáže pohlížet na realitu ze širšího hlediska, bere v úvahu i různé souvislosti a vztahy. Paměť je na začátku školní docházky spíše neúmyslná, převládá mechanická paměť. Je důležité, aby dospělý (rodič, učitel) dokázal dítěti pomoci spojit si předchozí nabyté poznatky s těmi novými pomocí souvislostí. Postupem času se však paměť zdokonaluje, a pokud je učitel důsledný, začne dítě uplatňovat záměrnou paměť, začne logicky uvažovat. Paměť logická hraje v životě člověka větší roli, než paměť mechanická. Logicky osvojené poznatky si pamatujeme daleko lépe a delší dobu. V neposlední řadě s vývojem

myšlení souvisí i řeč. Na počátku jsou mezi dětmi rozdíly, jak ve slovní zásobě, tak i ve výslovnosti. Dítě, které je zralé pro školu hovoří ve větách a jednodušších souvětích, vše, co potřebuje, umí sdělit. Pro dítě je z počátku unavující naučit se psát a číst, avšak vlivem školy se u dítěte postupem času řeč obohacuje, rozšiřuje se slovní zásoba, pokroku si můžeme všimnout i v artikulaci a skladbě vět. Co se týče obsahu slovní zásoby, uvádějí autorky pro šestileté dítě kolem 3 – 4 tisíce slov, avšak podotýkají, že mohou rozumět více slovům, záleží na podnětech, které má z okolí (Vágnerová, 2012, s. 266, Šimíčková – Čížková a kol., 2008, s. 89 – 96).

Pozornost dítěte v první třídě je převážně bezděčná, čili přirozená. Autorka upozorňuje, že z počátku je pro děti obtížné vůlí ovládat pozornost, prvňáčka vše rozptyluje. Proto je vhodné střídat aktivity, zařadit do výuky pohybové činnosti a poskytnout dětem také odpočinek. S rostoucími požadavky školy, se ale dítě postupně učí zaměřit pozornost žádoucím směrem a učí se zorganizovat si vnímání (Thorová, 2015, s. 413).

## 1.5 EMOČNÍ VÝVOJ

V mladším školním věku u dítěte ustupuje labilita a impulzivita, také je školák méně egocentrický a naopak se zvyšuje schopnost seberegulace (Šimíčková-Čížková, 2008, s. 97). Vágnerová popisuje, že děti v tomto období bývají emočně stálejší a odolnější vůči zátěži. Převážně se u dětí projevuje optimistická nálada, celkový pozitivní a vyrovnaný postoj. Pokud jejich nálada nějakým způsobem vybočí, obvykle to má svůj důvod. V tomto věku dochází k vývoji emoční inteligence, to znamená, že dítě školního věku už dokáže lépe chápat a zpracovávat emoce své, ale i druhých lidí. Dítě postupem času začne chápat emoční ambivalenci, což znamená, že lidé mohou mít i protichůdné pocity, například současně pozitivní a negativní emoce, i když se tyto protichůdné emoce vztahují na jeden a ten samý objekt. Díky poklesu vlastní sebestřednosti se děti dokáží vcítit do pocitu druhých. K rozvoji schopnosti empatie se váže i fakt, že dokáží mluvit o pocitech druhých lidí, rozumí jim a dokáží je lépe formulovat. Autorka se také zmiňuje o tom, že děti, které jsou více vnímavé k pocitům druhých a umí na ně přiměřeně reagovat, bývají oblíbenější než ty děti, které bývají špatně naladěné. Děti v tomto období umí mluvit o pocitech druhých lidí, rozumí jim a dokáží je lépe formulovat. K rozvíjení orientace v emocích přispívá emoční sdílení s druhými lidmi, ať už pozitivních emocí, nebo naopak i těch

negativních. To usnadňuje porozumění emocím, ale i rozlišení emocí a jejich zvládnání. Toto sdílení emocí je pro děti snazší s vrstevníky, protože jsou na té samé vývojové úrovni, podobně chápou a podávají své emoce (Vágnerová, 2012, s. 305 – 309).

## 1.6 SOCIALIZACE

Valná většina autorů popisují proces socializace jako začleňování jedince do společnosti. Jednoduše řečeno, jedná se o přeměnu z biologického jedince, na sociálně - kulturního jedince, který se učí, jak se chovat ve společnosti. Prvním významným činitelem pro člověka v socializaci je rodina. Rodina uspokojuje základní potřeby dítěte, například emocionální, pocit jistoty a bezpečí. Jakmile se dítě odpoutá od bezprostředního vlivu rodiny a nastoupí do školy, musí se naučit přizpůsobit se škole. Role školáka přináší nové společenské postavení, dítě si osvojuje novou roli, rozšiřuje si své sociální zkušenosti. Přichází do kontaktu s vrstevníky, učí se, jak s nimi spolupracovat, ale také soutěžit nebo řešit konflikty. V rámci kolektivu dochází ke vzniku přátelství na úrovni spolužáků, většinou na základě společných zájmů a aktivit. S tímto souvisí i sebehodnocení, je důležité pro duševní výkonnost a celkový harmonický vývoj, aby se dítě hodnotilo kladně. Podle novodobějších studií autoři hovoří o tom, že je dítě socializováno nejen vnějším prostředím, skrze rodiče, vrstevníky či učitele, ale také se socializuje samo. Langmeier, Langmeier a Krejčířová (1998) popisují termín sebesocializace, kdy dítě vnitřně zpracovává informace přejímané z prostředí a vytváří si určitou teorii o sobě samém, toto jeho pojetí je základem pro vytvoření vlastní identity (Šimíčková – Čížková, 2008, s. 97 - 98).

## 1.7 HRA U DÍTĚTE ŠKOLNÍHO VĚKU

Ačkoliv je pro školáka hlavní činností v tomto období učení a práce, i hra má pořád své důležité místo. V tomto věku jsou oblíbené hry konstruktivní, pohybové, hry, kde spolu mohou děti soutěžit a pravidla se stávají čím dál tím víc složitějšími. Co se týče pohlaví, vidí odborníci rozdíl v tom, že dívky dávají přednost hrám v uzavřených prostorech, stereotypnější hře a jsou klidnější, na rozdíl od chlapců, kteří jsou hlučnější, agresivnější, jsou více tvořiví při hře a dávají přednost venkovním hrám. Hra dítěti pomáhá relaxovat a trochu se odreagovat od školy, autoři uvádějí, že hra má velký mentálně hygienický význam (Šimíčková – Čížková, 2008, s. 99). Také autorky Novotná,

Hříchová a Miňhová se shodují a vnímají hru v tomto věku za stále důležitou činnost. Dále poznamenávají, že ve školním věku ubývá magičnosti a fantastičnosti, hra je reálnější. Autorky uvádějí i současný způsob hry, kdy některé děti dávají přednost počítačům, před aktivní zábavou venku, a hrají počítačové hry (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2012, s. 51). Děti v tomto věku začínají více tíhnout k vrstevnickým vztahům, proto mají v oblibě skupinové hry, mají radost ze spolupráce v týmu. S rozvojem vrstevnických vztahů souvisí fakt, že v mladším školním věku se začínají o sebe zajímat dívky a chlapci. Navazují mezi sebou romantické vztahy, které spíše napodobují od dospělých, než je prožívají. Nicméně v kolektivu převažuje kamarádství mezi dětmi stejného pohlaví, chlapci považují dívky za ufňukané, rozmazlené a dívky zase chlapce za zlobivé a vulgární (Thorová, 2015, s. 408).

## 2 AUTISMUS

*„Autismus není něco, co osoba má, není to žádná ulita, ve které je osobnost uvězněna. Ve skořápce není schované normální dítě. Autismus je způsob bytí. Autismus je všepřonikající. Prostupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emocí. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismu oddělit nedá.“*

(Jim Sinclair v Thorové, 2006, str. 33)

### 2.1 HISTORICKÝ VÝVOJ

Americký psychiatr, Leo Kanner byl autorem několika knih a odborných článků, byl také prvním redaktorem časopisu „Journal of Autism and Childhood Schizophrenia“. Byl taktéž první, který zaznamenal zvláštní chování u skupiny dětí a popsal tento jev jako časný dětský autismus neboli v originálním znění Early infantile autism – EIA. Při výběru slova autism se Kanner nechal inspirovat řeckým slovem „autos“, které v překladu znamená „sám“. Tímto slovem se Kanner snažil vystihnout svůj předpoklad, že autistické děti jsou osamělé, ponořené do vlastního světa a neschopni lásky. S pojmem autismus se váže více jmen, Leo Kanner nebyl jediný, který se o tuto problematiku začal zajímat. Avšak s pojmem autismus nepřišel poprvé Kanner, ale v roce 1911 švýcarský psychiatr Bleuler pozoroval schizofrenní pacienty a pojem autismus použil pro jeden ze symptomů těchto pacientů, konkrétně pro odtažení se z reálného a ponoření se do toho vlastního světa. Autistické ponoření se do vlastního světa snů bylo výrazem pro zvláštní druh myšlení, které bylo a stále je považováno za neproduktivní a pasivní, toto myšlení je popisováno spíše jako snění, které je obráceno do vlastního nitra, do svého vlastního světa. Později se začal používat pojem dereistické myšlení (Thorová, 2006, str. 34, Vocilka, 1995, str. 7).

Již v roce 1908 Theodor Heller popsal stav u dětí, kdy v určitém stupni vývoje došlo k prudkému zhoršování (deterioraci) v intelektu, komunikaci a v chování a nazval jej dementia infantilis. Tato porucha se zprvu nazývala Hellerový syndrom, později byla pokládána za dětskou psychózu a v současné době ji nazýváme pervazivní vývojová porucha a je uvedena v 10. Revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 1992) a je nazývána jako „Jiná dezintegrační porucha“. I další odborníci na dětskou vývojovou psychologii, jako byl například Gessel, považoval poruchu za nezvratný mentální deficit, považoval ho za specifický druh retardace. Stejně tak v roce 1942 Loretta Benderová

popsala autismus jako vyjádření dětské schizofrenie. Domnívala se, že se jedná o primitivní adaptaci v prostředí, které se projevuje zvláštním druhem chování (Thorová, 2006, str. 35 - 36, Hrdlička a Komárek, 2014, str. 11).

Jak jsem již zmínila, Kanner byl americkým uznávaným psychiatrem, který v roce 1943 vydal v časopise „The Nervous Child“ článek „Autistic Disturbances of Affective Contact“, což v překladu znamená Autistická porucha afektivního kontaktu. Tento článek vyšel na základě jeho pětiletého pozorování jedenácti dětí, u kterých popsal společné znaky, které vykazovaly v chování a nesplňovaly do té doby žádná diagnostická kritéria určité psychické choroby, toto pozorování autor zahájil roku 1938. Kannerovým prvním pacientem byl chlapec Donald, který vykazoval velmi zvláštní chování. Byl tedy prvním dítětem, které nazval autistické. V dalších letech pozoroval tři dívky a osm chlapců, které vykazovaly naprosto odlišné chování od zbytku jeho pacientů. V roce 1944, vídeňský pediatr Hans Asperger, aniž by věděl o publikaci Lea Kanner, popsal v článku „Autistische Psychopathen im Kindersalter“, v překladu Autističtí psychopati v dětství, syndrom s podobným projevem. Popisoval chování čtyř chlapců, u kterých se vyskytovala psychopatologie v sociální komunikaci, řeči a myšlení a to popsal jako poruchu osobnosti. Zajímavostí je fakt, že aniž by Asperger znal práci Lea Kanner, použil také pojem „autismus“. Kanner se zabýval dětmi, které měli spíše těžší formu autismu, na rozdíl od Aspergera. Autistická psychopatie byla později nahrazena pojmem Aspergerův syndrom. Tento termín poprvé použila Lorna Wingová, ačkoliv byla psychiatrickou pro dospělé. Zájem o autismus u ní způsobilo narození autistického dítěte. Wingová vydala několik odborných publikací a díky ní se porucha autistického spektra obohatila o spoustu nových poznatků. Wingová u svých pacientů trpících Aspergerovým syndromem popsala následující symptomy jako nedostatek empatie, naivní a jednostranná nepřiměřená interakce, malá nebo žádná schopnost dosáhnout přátelství, opakující se pedantská řeč, chudá neverbální komunikace, ulpívavý zájem, neobratné pohyby, problematická motorická koordinace a zvláštní držení těla (Thorová, 2006, str. 36 - 37, Vocilka, 1995, str. 7).

Historickým vývojem a taktéž historickými omyly se v českých zemích zabýval i Michal Hrdlička a Vladimír Komárek, zmiňující se ve své knize o několika omylech, jež se staly během historického vývoje autismu, například chybné zařazení dětského autismu do

skupiny schizofrenních psychóz v dětství. Další mýtus, který vyvrací, je tvrzení, že autismus je důsledkem špatné a chladné výchovy v dětství. Příčinou tohoto mýtu považují snahu odborníků v psychiatrii minimalizovat význam biologických faktorů (Hrdlička a Komárek, 2014, str. 12-13).

## 2.2 PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÉ PORUCHY A PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

*„Pervazivní vývojové poruchy (Pervasive Developmental Disorders – PDDs) patří k nejzávažnějším poruchám dětského mentálního vývoje. Slovo pervazivní znamená všepromikající a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušen do hloubky a v mnoha směrech.“*

(Thorová, 2006, str. 58)

Dále Thorová uvádí, že poruchy autistického spektra se diagnostikují, pokud se projeví určité symptomy ve specifických oblastech. Jedná se o vrozené postižení mozkových funkcí. V sedmdesátých letech určila Lorna Wingová problémové oblasti, které jsou zásadní pro určení autismu a pojmenovala je triádou poškození. Do této kategorie spadají potíže v sociálním chování, komunikaci a představivosti. Potíže se projevují v prvních letech života dítěte, rozmezí věku však závisí na typu konkrétní poruchy. Kromě Rettova syndromu (u této poruchy byl objeven gen, který stojí za vznikem poruchy) se stanoví diagnostika podle toho, jak se dané dítě projevuje, jak se chová. Jak dále autorka uvádí, diagnostikovat pervazivní vývojové poruchy není zcela snadné a to hned z několika důvodů, kterými jsou například rozsáhlost a různorodost symptomatiky, nebo četnost a síla projevu u jednotlivých symptomů. U některých jedinců se může stát, že některé symptomy budou dokonce chybět. Projevy u dítěte se mění s jeho věkem a u každého jedince bývá závažnost poruch rozdílná. Svoji roli hraje taktéž vliv sociálního prostředí dítěte a působení výchovy rodičů a okolí a vzdělání, které se mu dostane ve škole. Neméně důležitou roli má také osobnost dítěte, jeho kognice a případně i přítomnost další poruchy (Thorová, 2006, str. 58-59).

Dalším problémem je obtížnost zařazení dítěte do určité kategorie pervazivních vývojových poruch a možnost překrývání například dvěma různými poruchami. Zejména proto se odborníci snažili o všeobecný termín, jenž by pokryl děti s co největší stupnicí i mírou různých symptomů. Rozšířil se termín poruchy autistického spektra, který spadá mezi pervazivní vývojové poruchy. Dále autorka podotýká, že termín poruchy autistického spektra se označuje za výstižnější, protože specifické deficity a abnormní chování se



pokládají spíše za různorodé než pervazivní (Thorová, 2006, s. 59 - 60). S tímto názorem se neshodoval například Theo Peeters, který ve své knize uvedl, že výraz pervazivní porucha dokáže lépe vystihnout podstatu této poruchy, než pouze termín autismus. Vysvětluje to tím, že pokud tato porucha má problémy v oblasti komunikace, sociálním chování a představitivosti a mají problémy s pochopením toho, co vidí a slyší, je pojem „autistický“, ve smyslu slova uzavřený do sebe či lhostejný, málo výstižný. Závěrem dodává, že jejich skutečné problémy jsou širší, než pouhá charakteristika sociální uzavřenosti jedince (Peeters, 1998, s. 11 - 12). Dnes mezi obecně uznávané diagnostické systémy v Evropě patří kritéria zaštitěná Světovou zdravotnickou organizací pod zkratkou MKN – 10 a ve Spojených státech amerických kritéria vydávaná Americkou psychiatrickou asociací pod názvem DSM – IV (Thorová, 2006).

### 2.3 ETIOLOGIE AUTISMU

Mnoho autorů se shoduje na tom, že příčiny vzniku autismu nejsou zcela jednoznačně vymezeny a na jeho vzniku se může podílet více faktorů. Ale za hlavní příčinu vzniku autismu uvádějí odborníci vrozené abnormality mozku (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 131). Teorie, že je autismus vrozený, uvádí také Thorová. Dále říká, že: *„Autismus řadíme mezi neurovývojové poruchy na neurobiologickém základě. Nejedná se o jedno místo v mozku zodpovědné za vznik autismu, ale spíše o poruchu komunikačních a integračních funkcí v mozku. Předpokládáme, že pokud existuje různorodost v projevech, bude existovat i variabilita v příčinách (multifaktoriální příčiny).“* (Thorová, 2006, s. 52). Jelínková také uvádí, že: *„Jedná se tedy o neurologickou poruchu, která se projevuje specificky v kognitivním vnímání a v důsledku jeho narušení pak i chování postiženého.“* (Jelínková, 2001, v Bartoňové, Bazalové, Pipekové, 2007, s. 131). Richman (2006, s. 11) zmiňuje vědecky podložené studie Ivara Lovaase z šedesátých let 20. století, díky kterým si společnost uvědomila, že příčina vzniku není důsledkem špatné a chladné výchovy rodičů, ale že se na jeho vzniku podílí několik odlišných faktorů. Autorka tyto faktory uvádí, patří mezi ně tedy genetické dispozice, rizikové faktory během těhotenství a porodu, genetické mutace a i vlivy prostředí. I Vágnerová (2004, s. 318) zmiňuje genetickou podmíněnost, která byla prokázána nejen studii dvojčat, i u rodičů byly zjištěny vlastnosti, které se podobají příznakům autistické poruchy, jedná se například o obtíže v komunikaci, navazování mezilidských vztahů či úzkostnost. Thorová (2006)

dodává, že se jedná spíše o specifické geny, které v kombinaci s dalšími působícími vlivy, vytváří genetickou predispozici ke vzniku autismu. Dědičnost zmiňuje také Jelínková. U ní se ovšem dočteme, že dědičnost, jako jedna z možných příčin vzniku, nebyla doposud dokázána. Také zmiňuje profesora Gillberga, který tvrdí, že u postiženého autismem jsou nervové buňky nejspíše více izolované, než v mozku zdravého jedince. Tento jev hraje velkou roli při vývoji sociálních a komunikačních dovednostech (Jelínková, 2001, s. 10). Vágnerová (2004, s. 318) dále zmiňuje, jako další možné příčiny vzniku, prenatálně působící vlivy jako je například infekce, působení chemických látek v prenatálním vývoji.

## 2.4 TRIÁDA PROBLÉMOVÝCH OBLASTÍ SPOLEČNÁ PRO PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

MKN – 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) označuje autismus jako narušený či abnormální vývoj, projevující se v následujících oblastech, pojmenovaných jako autistická triáda (Sládečková a Sobotková, 2014, s. 25). Již zmíněné diagnostické systémy MKN – 10 i DSM – IV se shodly, že alespoň v jedné ze tří následujících oblastí, se musí projevit patologie před třetím rokem daného dítěte. Autoři ale dále zmiňují, že nástup problémů může nastat dříve (Hrdlička a Komárek, 2014, str. 35 – 36). Jelínková přidává, že ačkoliv má porucha autistického spektra velkou škálu různých projevů, za klíčové považuje potíže v oblasti komunikace, v sociálních vztazích a v představitosti. Tyto problémy jsou doprovázeny omezeným okruhem jejich zájmů, repetitivním chováním a zvláštními rituály. Dále autorka podotýká, že příčinou těchto deficitů ve zmíněných oblastech není nesprávná a chladná výchova, jak se domnívala psychoanalytická teorie, ale vrozené abnormality mozku (Jelínková, 2001, s. 20).

### 2.4.1 SOCIÁLNÍ INTERAKCE A SOCIÁLNÍ CHOVÁNÍ

Sociální chování lze u dětí pozorovat již v prvních týdnech jejich života, to se může projevit v broukání, úsměvu či očním kontaktu dítěte. Hrdlička a Komárek podotýkají, že autističtí kojenci se mohou vyhýbat očnímu kontaktu, nemusí jevit zájem o lidské tváře a hlasy, což může způsobit podezření u rodičů dítěte, zda není hluché (Hrdlička a Komárek, 2014, s. 36). Porucha sociální interakce se liší hloubkou postižení, ale můžeme říci, že sociální intelekt je vůči mentálním schopnostem daného člověka s poruchou autistického spektra v deficitu. Stále se můžeme setkat se zastaralým diagnostickým

názorem, který tvrdí, že dítě, které působí samotářsky, odmítá fyzický kontakt a vyhýbá se očním kontaktům, je dítě autistické. Tento názor se snažila vyvrátit Lorna Wingová (1979), která popsala tři typy sociální interakce u lidí s poruchou autistického spektra. První je typ osamělý, který neprojevuje, nebo jen velmi málo, snahu o fyzický kontakt, ačkoli některé doteky mohou mít rádi. Další charakteristikou je vyhýbání se sociální interakci, jako například hra s vrstevníky. Vyhýbá se očnímu kontaktu, je samotářské, nekomunikuje, může ostatní lidi ignorovat. Může být agresivní, bez empatie a na jeho chování je neměnné i přes napomenutí dospělých. Dalším typem je typ pasivní s malou schopností projevit své potřeby. Kontakt se nevyhýbají, ale chybí vlastní iniciativa, projevují malou radost ze sociálního kontaktu. Radost s ostatními sdílejí omezeně a hry se účastní většinou pasivně, může ostatní jen pozorovat. A třetím typem je aktivní – zvláštní se vyznačuje, oproti pasivnímu typu, přílišnou spontánností v sociálním kontaktu. Nedodržuje intimní zónu, může mít přehnanou gestikulaci a mimiku, omezený zájem naslouchání druhých. Má rád opakování sociálních rituálů, vyskytuje se u nich ulpívavé chování a dotazování, zaměřené na své zájmy. Obtížně chápe sociální pravidla, nepřizpůsobuje se kontextu situace a celkově má sociálně problematické chování. V roce 1996 přibyl ještě čtvrtý typ a to typ formální. Jedná se o typické jedince s vyšším intelektem, kteří mají dobré vyjadřovací schopnosti, chování působí chladně a konzervativně, odtažitě chování se může projevovat i k rodině. Pedantsky dodržuje pravidla, například má potíže s chápáním ironie, vše chápe doslovně. Autorka na základě svých zkušeností uvádí ještě pátou kategorii a tou je typ smíšený – zvláštní. Další znaky, které Thorová popisuje, je kromě jiných fakt, že děti s autismem napodobují dospělé v menší míře a málokdy spontánně, než děti zdravé (Thorová, 2006, s. 61 - 74).

Jelínková dodává, že se u nich může vyskytnout takzvané echochování, což znamená, že napodobují doslova a bez jakéhokoli ohledu na okolnosti. Většina autorů se na specifických projevech v sociální interakci shoduje. Děti s poruchou autistického spektra špatně navazují vztahy s vrstevníky, nedokáží se s nimi zapojit se do hry. Dalším specifickým projevem může být neschopnost sdílení pozornosti, radosti či zkušeností, nepochlubí se oblíbenou hračkou, namalovaným obrázkem, nebo radostným zážitkem ze školy, autorka uvádí příklad, že pokud dítěti s autismem například řekneme „Podívej“ a ukážeme na danou věc, dítě se podívá na nás a ne směrem, kterým ukazujeme

(Jelínková, 2003). Autistické děti touží po předvídatelnosti ostatních v sociálních vztazích. Proto se může stát, že ačkoli se rodič snaží napomínáním a různými tresty odstranit nežádoucí chování, může u dítěte s autismem způsobit pravý opak. Důvodem toho chování může být touha po pozornosti, stálosti v chování a možnost předvídat situace. Proto je pak negativní reakce ze strany rodičů pro dítě vlastně odměnou (Thorová, 2006, s. 86).

Sociální interakce není stabilní, vyvíjí se s věkem daného jedince, jak uvádí autorka, takže dítě, které bývalo „pasivní“ či „osamělé“, se může změnit na dítě s například „aktivním, ale zvláštním“ typem. Záleží ale i na jiných okolnostech, sociálních situacích, ale i osobách, které přijdou s dítětem do styku. Jednotlivé typy se mohou také prolínat a málokteré dítě má vyhraněné chování typické jen pro jednu danou skupinu. Většina dětí s poruchou autistického spektra o kontakt stojí, jen ho nedokáží adekvátně navázat. Mají problémy v komunikaci, nedokáží přesně určit sociální dění a to v nich vyvolává pocit nejistoty a úzkosti. Pro mnoho lidí s autismem je chování ostatních lidí nejasné (Thorová, 2006, s. 63 a 77).

#### **2.4.2 KOMUNIKACE**

Richman uvádí, že postižení komunikace u dětí s poruchou autistického spektra mají kvalitativní i kvantitativní charakter, to znamená, že je zpožděná, ale i se jinak vyvíjí, než u ostatních zdravých dětí (Richman, 2006, s. 8). Deficity jsou různorodé a porucha komunikace se u dětí s poruchou autistického spektra projevuje v porozumění i vyjadřování a v komunikaci verbální i neverbální. Jak uvádí Thorová téměř polovina dětí s autismem si neosvojí řeč na takové úrovni, aby sloužila ke komunikačním potřebám. Ačkoliv nemusí být řeč vážněji narušena, abnormity se ve vývoji řeči vždy vyskytují (Thorová, 2006, s. 98). Jelínková (2003) zdůrazňuje, že děti s autismem nechápou význam vzájemné komunikace, tudíž je důležité najít pro ně vhodnou formu komunikace a rozvíjet u nich, proč a jak komunikovat.

##### **Neverbální komunikace**

Většina autorů se shodují na potížích v neverbální komunikaci a popisují obtíže, které jsou nejčastěji uváděné. Příkladem jsou gesty, u kterých Thorová podotýká, že přibližně šedesát procent rodičů nezaznamenávají, že by jejich dítě do druhého roku gestikulovalo na předměty, které ho zaujaly. Attwood (1998) zaznamenal, že mají značný

problém s gesty a postoji, které by vyjádřili emoční prožívání, například zahanbení či uvítání (Thorová, 2006, s. 100 - 101). Jelínková k tomuto dodává, že gesta naznačující například „Jdi pryč“ jsou pro ně srozumitelnější a souhlasí s tím, že jakmile použijeme gesta, která mají vyjádřit emoce nebo stav mysli, je pro ně složitější je správně dekodovat a pochopit (Jelínková, 2001, s. 21). Dalším neverbálním problémem u autistických dětí je mimika. Výraz obličeje nedostatečně informuje o pocitech dítěte, většinu dne má výraz neutrální, nebo může být naopak přehnaný ráz a neodpovídá dané situaci. Ale většina základních emočních projevů je u dětí s autismem zachována, jako je například libost, odpor, smích, vztek a tak podobně, i když je mimika méně výrazná. I poloha těla při sociálním kontaktu je abnormní. Mají většinou svůj obvyklý postoj při komunikaci, buď se dítě přílišně tlačí k druhé osobě, až moc se přiblíží k obličeji, nebo se naopak vůbec neotočí směrem k posluchači. I oční kontakt nezůstává bez povšimnutí. Dítě se může vyhýbat očnímu kontaktu, může mít příliš ulpívavý pohled anebo pohled „skrz“ druhou osobu. S tímto autorka upozorňuje, že pozorujeme i souhrnnější formy, jako jestli je dítě (ne)schopné koordinace očního kontaktu s ukazováním nebo je (ne)schopné sledovat směr pohledu jiné osoby. Aby děti s autismem dosáhly svého přání, mnohdy používají druhou osobu jako nástroj k dosažení. Autorka uvádí několik příkladů, kdy dítě například použije ruku druhé osoby, aby ukázalo na předmět, který chce, užije ruku k otevření dveří, aniž by využilo jiné další prostředky neverbálního nebo verbálního dorozumívání. Lidé s poruchou autistického spektra mají problém vyznat se a pochopit význam gest, postojů a výrazů v obličeji. Nechápu, co tím druzí lidé myslí. Špatně dekodují emoční signály a vzhledem k tomu často dochází k nedorozumění (Thorová, 2006, s. 99).

### **Verbální komunikace**

*„Nemluvil jsem do dvanácti let. Ne proto, že bych neuměl mluvit, ale nevěděl jsem prostě, k čemu řeč slouží. Musel jsem se nejprve naučit, proč lidé mluví.“*

(Jim Sinclair v Tréhin, 1997 v Thorové 2006, s. 108)

Většina autorů se shoduje na popisu potíží ve verbální komunikaci dětí s autismem. Například Thorová popisuje, že se můžeme setkat s problémem, kdy dítě buď vůbec nemluví, anebo má vývoj řeči pod úrovní mentálních schopností. Porucha receptivní složky znamená, že autistické dítě řeč nechápe nebo rozumí jen jednoduchým úkolům. Hlas může být posazený vysoko nebo nízko, řeč může znít mechanicky,

monotónně, jakoby mluvil robot, bez emočního zabarvení. Jak dále autorka uvádí, že může nastat i ta situace, kdy dítě nemluví a ani řeči nerozumí. Jak jsem již výše zmínila, děti s autismem nechápou význam komunikace, nechápou a ani neví, jak by mohly pomocí komunikace ovlivnit své okolí (Thorová, 2006, s. 105). Jak Jelínková píše, autistické děti mají problémy s mentální flexibilitou (pružností). Zdravé děti dokáží zpracovat své zkušenosti a příště je využít vzhledem k nastalým okolnostem. Jsme schopni využívat nové kombinace slov a použít je podle situace a jedince, se kterým hovoříme, to autistické děti nedokáží, a proto u nich dochází k echolálii, což znamená, že opakuji slova nebo věty ve významu, ve kterém se je naučily (Jelínková, 2003). Howlin zmiňuje práci Barry Prizanta a jeho kolegů, kteří přišli na to, že echolálie může signalizovat, že dotyčný jedinec nerozumí tomu, co říkáme, a tímto způsobem se snaží ovládnout situaci. Na druhou stranu podotýkají, že může také znamenat jen procvičení slov nebo formu komunikace, která je pro něj jednoduchá. Další věc, která působí obtíž a mnohdy díky tomu dojde k problémům a nedorozuměním je fakt, že autisti doslovně chápou cokoli, co slyší. Patricia Howlin dále uvádí několik příkladů, kdy si tito lidé doslovně přeberou, co jim druhý sdělí. Jeden z příkladů byl mladý středoškolák Chris, který se bál chodit do školy a měl strach o svůj život, když mu spolužák žertem řekl: „Já tě zabiju“. Dalším mladý muž David byl varován svým našťvaným vedoucím, který mu řekl: „Zkus to udělat ještě jednou!“. David se okamžitě zvedl a šel danou věc udělat znovu (Howlin, 2005, s. 46 - 49). Jelínková popisuje také problém s abstraktním chováním. Uvádí, že autistický jedinec není schopný pochopit abstraktní pojmy. Jako příklad uvádí autorka, že na otázku: „Můžeš mi říct, kolik je hodin?“, dítě odpoví pouze: „Ano, mohu.“, na pokyn, aby si dítě připravilo aktovku do školy, si připraví pouze prázdnou aktovku. A proto, pokud není okolí daného jedince informované, může tento jev vyvolat dojem u druhé osoby, že se jedná o provokaci (Jelínková, 2003). Howlin dodává, že nedorozumění a zmatek může vyvolat také ironie a také dokonce pojmy jako „možná“, „někdy“ apod., můžou u autistického jedince vyvolat úzkost, dokud se přesně nedozví, kdy se co a jak stane (Howlin, 2005, s. 52 - 53). S tímto souvisí i problémy s generalizací. Autista má problém chápat daný význam v přeneseném slova smyslu, v jiné situaci. Nedovede si zobecnit pojem slov, nedokáže je přenést do jiného kontextu. Děti s autismem mají problémy se zájmeny, nerozumí tomu, proč jednou je jedna osoba jako „já“, po druhý jako „ty“ nebo „on“. Proto pokud se nás

zeptá: „Chceš sušenku?“, nemusí nutně znamenat, že nám dítě sušenku nabízí, ale že by sám rád dostal sladkost, protože si vybaví, že naposledy, když zazněla tato věta, dostal sušenku (Jelínková, 2003, Thorová, 2006).

### 2.4.3 PŘEDSTAVIVOST, ZÁJMY A HRA

*„Sleduji a kontroluji vysílací časy různých televizních stanic. Sbírám televizní programy. Dále si vedu inventář datumů, kdy vychází různé počítačové hry. Pokud se vysílání pořadu nebo vydání počítačové hry zpozdí, mívám záchvaty vzteku, nedokážu se kontrolovat, vztek je silnější, rozbil jsem už několik televizí.“*

(Thorová, 2006, s. 115)

Poslední z triády problémových oblastí je oblast představitosti. Jelínková popisuje tuto oblast, která je charakteristická repetitivním, čili opakujícím se chováním, rituály a omezeným okruhem zájmů. Někteří jiní odborníci tuto oblast nazývají rigiditou v myšlení a chování, místo pojmu nedostatku představitosti. Autorka sama uvádí, že termín porucha představitosti, který takto nazvala Lorna Wingová, může být lehce zavádějící, protože může navodit dojem, že autističtí jedinci nejsou schopni tvořivé činnosti a kreativního myšlení. Toto autorka popírá a dokládá příkladem, kde někteří jsou schopni tvořit zajímavá díla v umělecké oblasti, přestože ta umělecká díla nevychází z vlastních představ, ale z již viděného nebo z prožitých zkušeností (Jelínková, 2003). Thorová ve své publikaci popisuje, že podstatnou složkou vývoje představitosti je rozvoj imitace (nápodoby), což má negativní vliv na dítě v několika směrech. Tato již zmíněná narušená schopnost nápodoby a symbolického myšlení u dítěte s autismem způsobí to, že se nerozvíjí hra, což je jedna ze základních podmínek pro vývoj učení a potažmo celého vývoje dítěte. Tato nedostatečně rozvinutá představitost způsobí, že dítě vyhledává aktivity, které upřednostňují výrazně mladší děti, vyhledává předvídatelnost v činnostech a ulpívá na jednoduchých stereotypních činnostech. Některé děti se mohou věnovat například jednoduchému manipulativnímu zacházení s předměty, jako je například houpání, házení, bouchání či přendávání. Stereotypní činnost jako je třídění, seskupování nebo seřazování předmětů podle například určité barvy, tvaru, uvádí autorka, jako činnost už o úroveň vyšší. Dále se zmiňuje, že mnohé děti s poruchou autistického spektra využívají kognitivní schopnosti, které mají relativně dobře zachované a zajímají je písmena, číslice, skládají obrázky nebo puzzle (Thorová, 2006, s. 117 - 118). Richman ji

doplňuje a popisuje, že abnormální smyslové reakce se projevují různými způsoby a těmi jsou například: přehnaný zájem o taktilní podněty nebo naopak odmítání taktilních podnětů, čichová a chuťová přecitlivělost. Dále například zraková stimulace, která se projevuje například koukáním do světla či rovnáním předmětů do řady, jako další příklad autorka uvádí, že dítě může odmítat i jídlo určité barvy či konzistence. Některé dítě přehnaně reaguje na zvuky, anebo na ně nereaguje vůbec (Richman, 2006, s. 9). Další příklady zájmů a typického chování udává Howlin, která popisuje, že lidi s poruchou autistického spektra tráví většinu volného času sbíráním faktů, informací a na ostatní činnosti jim pak nezbyvá čas. Popisuje mladého muže Stuarta, kterého fascinovaly vlaky Britských železnic a pokud se objevila příležitost, okamžitě začal hovořit s kýmkoliv o předmětu svého zájmu. Tato obsese, jak ji autorka nazývá, vyvolává u posluchačů nudu, rozladěnost, může je to obtěžovat. Jako další příklad líčí autorka mladého chlapce Owena, který se zajímá o ragby. Ví naprosto vše o týmech, hráčích, ligových tabulkách a snaží se kohokoli zatáhnout do rozhovoru o ragby a je navíc pedantický, co se týče terminologie. Příkladem je, že hráči musí být nazýváni „kluci“ a ne muži, šály jsou „barvy“ a tak dále. Jakmile máma, která se snaží se synem konverzovat na jeho oblíbené téma, omylem použije nesprávné slovo, Owen začne okamžitě s výčtkami a vysvětlováním (Howlin, 2005, s. 109 - 111).

Thorová poukazuje na skutečnost, že s těmito zájmy, které mají děti s autismem, se můžeme setkat i u zdravých dětí, avšak se liší právě mírou zaujetí, ulpívaností, neodklonitelností od dané činnosti, stereotypem a četností opakování. Přerušení dané činnosti může u těchto dětí vyvolat agresivitu, křik nebo pasivitu, kdy dítě vůbec nereaguje a nespolupracuje. Okruh zájmů bývá omezený na jednu činnost, hra je méně kvalitní a rodiče udávají, že neprojevují velký zájem o klasické hračky (Thorová, 2006, s. 119 – 120).

### **Hra u dětí s autismem**

Hra je velmi důležitá v životě dítěte. Hry přispívají k rozvíjení osobnosti dítěte, přináší mu radost, často dospělí vzpomínají na dětství, na tu dobu, kdy si hráli a byli šťastní. Každé dítě si chce hrát, ale ne každé dítě dostane příležitost. Děti s autismem mají problémy v sociální oblasti a často dochází k mylné domněnce, že si autistické děti nedokáží hrát. Kniha Beyera a Gammeltofta se snaží upozornit na to, že autistické děti si



dokáží hrát i přes jejich postižení. Hra je u autistického dítěte převážně stereotypní, mechanická, může být zaměřená na předmět hlavního zájmu dítěte. Autoři uvádějí, že již Leo Kanner popsal omezené schopnosti hry u autistických dětí jako jeden ze symptomů. Další odborník, Lorna Wingová, poukázala na to, že většina dětí s autismem má problémy se symbolickou hrou. (Beyer, Gammeltoft, 2006, s. 11 – 40). Také Jelínková se přiklání k názoru, že symbolická hra je pro děti trpící autismem náročná. Nedokáží pochopit symboly a jít za realitu, za skutečnost, kterou vnímají. Pro děti s autismem je složité pochopit pravidla hry, kterou obvykle hrají vrstevníci a proto si s nimi ani nehrají. Další problém při hře s vrstevníky popisuje autorka fakt, že autistické děti se nedokáží vcítit do druhého, do jeho stavu myslí, proto se stává, že reaguje nepatřičně vzhledem k situaci (Jelínková, 2001, s. 29 – 30). Richman považuje rozvoj hry u dětí s autismem za důležitý. Poznává, že hrou se mohou naučit správné interakci s vrstevníky, může tak ubývat konfliktů a autistické dítě se lépe zapojí do kolektivu. Pokud se dítě s autismem naučí hrát se svým zdravým sourozencem, posílí se tím jejich vzájemné pozitivní vztahy a emocionální vazby (Richman, 2006, s. 29 – 30). Beyer a Gammeltoft doporučují vymezit pro hru vhodné prostředí, jasná a pevná pravidla, je dobré využívat vizualizace a vztah příčina a následek. Jelínková k tomuto dodává, že autistické děti nemají rády hry s otevřeným koncem. Mají rádi například puzzle, hry, u kterých není stanoveno, co se od nich očekává, je pro dítě trpící autismem potíže. Pravidla hry bychom měli zjednodušit a určitě využít vizualizace, například pomocí kartiček, kde je přesně stanoveno, jak hra probíhá a co mají udělat (Beyer, Gammeltoft, 2006, Jelínková, 2001, s. 30).

## 2.5 NESPECIFICKÉ VARIABILNÍ RYSY

U lidí s autismem se vyskytuje již popsané potíže v diagnostické triádě a dále nespécifické variabilní rysy, které v triádě nejsou popsány. Do této skupiny zařadila Thorová (2006): percepční poruchy, odlišnost v motorickém vývoji, emoční reaktivitu, adaptabilitu a problémy v chování.

### 2.5.1 PERCEPČNÍ PORUCHY

Podle Thorové (2006) do odlišností ve vnímání patří nejen zvláštní způsob vnímání, ale také přecitlivělost (takzvaná hypersenzitivita) nebo naopak malá citlivost (hyposenzitivita) na smyslové podněty a fascinace určitých sensorických vjemů.

Mezinárodní klasifikace nemocí popisuje potíže jen týkající se čichu a hmatu. Více jsou percepční potíže popsány v DSM – IV, které vychází z prací Ornitz a Ritva, kteří ke konci šedesátých let 20. století uvedli, že zvláštnosti v percepci se týkají všech smyslů (Schopler, 1988 v Thorové, 2006). U specifík zrakového vnímání popisuje, že některé děti s poruchou autistického spektra nedokáží používat zrak běžným způsobem, ačkoliv nemají žádnou oční vadu. Mohou pozorovat předměty svého zájmu nebo i lidi vnějším koutkem oka, dají si předmět blízko oka nebo daleko od sebe. Další obtíž se může projevit ulpíváním zraku, kdy dítě například opakovaně pozoruje například světelné efekty nebo předměty, se kterými pohybuje a sleduje je z několika úhlů. Extrémní forma je pak fascinující strnulé „zírání“. Hypersenzitivita na zrakové podněty se může projevit přecitlivělým reagováním například na blesk fotoaparátu, prudké sluneční světlo či jen změna osvětlení. Hyposenzitivita se zase může projevit nereagováním na zrakové podněty, či se může vyskytnout takzvané tunelovité vidění, což znamená, že dítě nereaguje na předměty, které nejsou v jeho zorném poli. Na sluchové podněty některé autistické děti nereagují vůbec, některé zase zareagují na sebemenší zvuk. Některé děti extrémně reagují na zvuky, které my považujeme za běžné, může u nich vyvolat panickou reakci a mohou být vnímání až bolestivě. Můžeme u nich zpozorovat zakrývání uší, ačkoliv neslyšíme žádný zvukový podnět, ale dítě se cítí ohroženo. Těmito zvuky může být cokoli, třeba projíždějící motorka, startující auto, štěkot psa či kýchnutí. Mnoho autistických lidí také špatně snáší hluk způsobený hovorem více lidí najednou (Thorová, 2006, s. 130 - 132). Podle Nesnídalové věnují autistické děti pozornost zvukům, které samy vytváří. Také uvádí, že se bojí výrazných zvuků, jako je zvuk sirén nebo vysavačů, mohou si bouchat do uší, mnout si je. Obě autorky se shodují na tom, že mnoho dětí má rádo melodickou hudbu (Nesnídalová, 1995).

Zvýšená citlivost na chuťové podněty způsobuje extrémní vybíravost a odmítání různého jídla. Hyposenzitivita naopak způsobí to, že dítě může sníst nestravitelné předměty, například mýdlo. Můžeme se také setkat se zvýšenou citlivostí na pachy, i když my tyto pachy můžeme vnímat jako příjemné vůně, u nich mohou vyvolat až pocit na zvracení. Někteří jedinci čich nemusejí ale skoro vůbec využívat. Fascinace zaměřená na čichové vjemy se může projevit ulpívavým očicháváním věcí, i například knížek, tužek a všech ostatních předmětů zájmu dítěte (Thorová, 2006, s. 133 - 134). Bazalová (2011)

uvádí, že očíháváním věcí mohou poznávat předměty ve svém okolí. Nesnídalová (1995) zase podotýká, že bylo zjištěno, že pro děti s autismem je čich nejspíše hlavní základ jejich psychické orientace. Thorová dále uvádí, že se vyskytují případy, kdy děti necítí chlad, horko, žízeň, hlad, ale také se u nich vyskytuje buď snížený práh bolesti, kdy dítě nereaguje na bolest, což může způsobit sebezraňující chování, anebo zvýšený práh bolesti, kdy dítě přehnaně reaguje na drobnou bolest a i tlak může už vnímat jako velkou bolest (Thorová, 2006, s. 136).

### **2.5.2 ODLIŠNOSTI V MOTORICKÉM VÝVOJI**

Autoři se shodují na tom, že se setkáváme s různými stupni vývoje motoriky i různou úrovní motorické obratnosti. V prvním roce života dítěte s autismem můžeme pozorovat zvýšené svalové napětí nebo naopak snížené svalové napětí. Problematické u těchto dětí je hrubá a jemná motorika. Tato neobratnost je viditelná především u Aspergerova syndromu a vysoce funkčním autismu (Thorová, 2006, s. 136). Gillberg a Peeters (2008) ve své publikaci uvádějí, že hrubá motorika je u jedinců s Aspergerovým syndromem většinou více postižená, než oblast jemné motoriky. Mají proto značné problémy se naučit například jezdit na kole, lyžovat nebo plavat. Richman (2006, s. 33) doplňuje, že můžeme, pokud má dítě dostatečné schopnosti a dovednosti, rozvíjet motorické obratnosti pomocí her. Hrubá motorika se může procvičovat při hře s míčem, házením, kopáním či hrám se stavebnicemi. Jemná motorika se zase může procvičovat například navlíkáním korálků. Thorová dále popisuje, že u dítěte může být motorika v pořádku a dítě je motoricky obratné, nebo může být dovednost opožděná. Některé děti mohou být pokládány za neobratné, ale určité dovednosti mohou být v normě. Mezi abnormity v motorickém vývoji patří opakující se stereotypní pohyby, které mohou být prosté, krátké, třepavé či krouživé pohyby rukou nebo dlouhodobé kmitání rukou před obličejem. Někteří jedinci nastavují ruce do zvláštních poloh nebo chodí po špičkách (Thorová, 2006). Hrdlička a Komárek charakterizují takzvané motorické manýry, což jsou bezúčelné, volní a opakující se pohyby rukou nebo celého těla, které se mohou objevit, pokud se dítě necítí v pohodě, slouží k uvolnění napětí a úzkosti dítěte. Dále uvádí, že hyperaktivita sice není uváděna jako jeden z příznaků pro poruchu autistického spektra, ale uvádí, že se vyskytuje u některých dětí a musí se řešit použitím farmak (Hrdlička a Komárek, 2014, s. 37 - 38).

### 2.5.3 EMOČNÍ REAKTIVITA A ADAPTABILITA

Zvláště v raném věku dítěte je emoční reaktivita méně nápadná, některé projevují emoce málo, některé děti vůbec. Na co ale většina dětí zareaguje, jsou příjemné a nepříjemné podněty, frustrační toleranci mají však nízkou, mohou emočně vybuchnout v situaci, kdy to vůbec nečekáme. U některých se můžeme setkat se zkratkovitými záchvaty nebo agresí bez patrného důvodu. Přecitlivělost se projevuje například záchvaty smíchu, agresivním chováním, pláčem, vzteku či strachu, nebo naopak, když čekáme emoční reakci na určitý podnět, nemusíme se žádné reakce dočkat. Záchvaty zlosti jsou obvyklé, pokud například není dodržen běžný rituál nebo pokud nastane nepředvídatelná změna. U některých dětí se mohou objevovat panické strachy, úzkosti či fobie. Adaptabilita, nebo-li schopnost umět se přizpůsobit situaci, umět fungovat ve společnosti, bude vždy problematické pro lidi s autismem. Autorka adaptabilitu považuje za jakousi funkčnost, která určuje, zda je dítě schopno fungovat v běžném životě. Míra narušení v oblasti adaptace je u každého jedince rozdílná, závisí na mnoho okolnostech, mezi které se řadí úroveň komunikace nebo intelektu a další faktory. Jelikož je míra narušení u každého jiná, i projevy jsou jiné, některé si nechají situaci vysvětlit, jiné nikoliv a reagují agresivně a vztekle, jiné děti prožívají úzkost a napětí. Autorka vidí projevující se problémy v přizpůsobivosti například při přerušení daného rituálu dítěte, nebo pokud se budeme snažit ovlivnit jeho navykklé chování. Další kámen úrazu může být i změna prostředí, nemusí dobře snášet, když přestěhujeme nábytek, vyměníme mu oblečení, na které je zvyklé, nebo stačí, pokud nejedeme podle obvyklé trasy. Další změnu, kterou nemusí dobře snášet, jsou noví lidé v jeho okolí. Zvykne si na určitou osobu, a pokud přijde například nový učitel, asistent, může nastat problém. Součástí adaptačního procesu člověka je touha experimentovat, poznávat a objevovat nové poznatky a vztahy, což, jak uvádějí rodiče dětí s autismem, je pro právě pro tyto děti problém (Thorová, 2006, s. 159 - 166). Poruchu sociální adaptace zmiňuje Vágnerová. Vysvětluje jí jako neporozumění a neschopnost rozlišit jednotlivé sociální situace, z čehož vyplývá, že ani neví, co je v jaké situaci vhodné a nevhodné. Tento problém se projevuje i v neschopnosti učit se nápodobou, kdy si osvojujeme mnoho způsobů chování (Vágnerová, 2004).

### **Klasifikace poruchy dle funkčnosti**

Někteří odborníci rozdělují autismus na vysoce funkční, středně funkční a nízko funkční typ. Funkčnost v tomto případě znamená, jak je daný jedinec schopný fungovat ve společnosti. Vysoce funkční autismus má dobrou prognózu, znamená to tedy, že je jedinec schopný relativně dobře fungovat ve společnosti. Je řazen mezi lehké formy autistické poruchy a objevuje se bez přítomnosti mentální retardace. Vysoce funkční autismus bývá zaměňován s Aspergerovým syndromem, tito jedinci mají často vyšší, někdy i nadprůměrné IQ, mají menší potíže a neobjevuje se u nich opožděný vývoj řeči. Mají zájem o kontakt, jejich chování je zvláštní, mají zvláštní projevy v chování i řeči, ale jejich komunikace je funkční. Mají své rituály a ulpívavé zájmy. Lehčí nebo středně těžká demence se vyskytuje u jedinců se středně funkčním autismem. Komunikační dovednosti jsou více narušené, častěji se objevuje ritualizované a stereotypní chování, větší uzavřenost, nesnášenlivost ke změnám a menší zájem o lidi a sociální interakci jako takovou. Poslední, nízko funkční typ autismu zahrnuje jedince s těžkou a hlubokou mentální retardací. Nemají plně rozvinutou řeč (nejsou schopni komunikovat nebo porozumět řeči), skoro nenavazují kontakt, vykazují vysoké stereotypní a repetitivní chování a potřebují neustálý dohled (Bazalová, 2011, s. 82 – 86, Thorová, 2006, s. 167, Hrdlička, Komárek, 2014, s. 40 – 41).

#### **2.5.4 PROBLÉMY V CHOVÁNÍ**

Thorová podotýká, že chování dětí s autismem je nepředvídatelné a impulzivní. Dále podotýká, že diagnostika problémového chování opět závisí na více faktorech, jako například osobnostní predispozice dítěte, pak dále na výchovném a terapeutickém přístupu v současnosti i minulosti. Za nejčastější problémy v chování vidí autorka v sebezraňování, destruktivní činnost, agresivitu, afektivní záchvaty, stereotypní činnost a rituály. Dále mohou mít problémy se spánkem a být vybíraví v jídle, potažmo mít problémy i se sexuálním chováním (Thorová, 2006, s. 171 - 174). Sexualitu zmiňuje také Jelínková, která podotýká, že jedinci s autismem mají sexuální citění, jen mu ale nerozumí jako ostatní lidé. Mnohé věci v oblasti sexuality pro ně neznamena tabu, proto autorka považuje za důležité zařadit do vzdělávacích programů také sexuální výchovu. Navíc zmiňuje autorka problémy v oblasti hygieny, děti se musí naučit různé úkony, které za sebou následují, aby si osvojily základní hygienické návyky. To činí dětem s autismem

problémy, nechápou některá společenská pravidla a obtížně se jím přizpůsobují (Jelínková, 2001, s. 30 a 79).

## 2.6 POPIS JEDNOTLIVÝCH PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Sládečková a Sobotková uvádí kategorii Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10), která vymezila pervazivní vývojové poruchy následovně:

F 84.0 je kód pro Dětský autismus, F 84.1 pro Atypický autismus, F 84.2 pro Rettův syndrom, F 84. 3 pro Jinou dezintegrační poruchu v dětství, F 84. 4 pro Hyperaktivní poruchu sdruženou s mentální retardací a stereotypními pohyby, F 84. 5 pro Aspergerův syndrom, F 84. 8 pro Jiné pervazivní vývojové poruchy, F 84. 9 pro Pervazivní vývojovou poruchu nespecifikovanou (Sládečková a Sobotková, 2014, s. 24).

### 2.6.1 DĚTSKÝ AUTISMUS

Podle Thorové (2006) tvoří dětský autismus jakési jádro poruch autistického spektra. Obdobně se vyjádřila i Bartoňová, Bazalová a Pipeková, které uvedly, že obecné charakteristiky autismu odpovídají klasické variantě dětského autismu. Dále uvádějí, že dětský autismus můžeme najít také pod názvy Kannerův syndrom, autistická porucha nebo infantilní autismus (Bartoňová, Bazalová a Pipeková, 2007, s. 133). Dále se můžeme v publikaci Thorové dozvědět, že pro tuto poruchu je charakteristická variabilita různých příznaků. Závažnost poruchy bývá různá, problémy se ale musí projevit v každé části diagnostické triády, kromě triády se u těchto dětí mohou projevovat i další jiné dysfunkce, které se projeví zvláštnostmi v chování. Diagnostická kritéria podle MKN – 10 pro dětský autismus popisují problémy v sociální interakci jako například nedostatek empatie, nedostatečné přizpůsobení sociální situaci, omezené použití sociálních signálů, slabé emoční, sociální a komunikační chování. Narušení komunikace se projevuje v nedostatečném používání sociální řeči, narušená hra, malá tvořivost a představivost v myšlení, dále u nich pozorujeme chybějící emoční reakce a to verbální i neverbální. Dalším diagnostickým kritériem jsou rutinní zvyky a hry, na kterých dítě lpí, stereotypní zájmy nebo ještě například odpor ke změnám. Může se u dětí objevit strach, problémy s jídlom či spánkem, záchvaty vzteku, může také chybět spontánní chování a iniciativa při vytváření jejich volného času. Dále podotýkají, že autismus by se měl projevit do třech let věku dítěte (Thorová, 2006, s. 177 - 178).

### **2.6.2 ATYPICKÝ AUTISMUS**

U atypického autismu uvádí Hrdlička a Komárek, že je tato diagnóza stanovena, pokud nejsou splněna přesná kritéria pro dětský autismus. Buď nejsou splněna, pokud se projevy objeví až po třetím roce života dítěte, nebo nesplňuje diagnostickou triádu ve všech třech bodech (Hrdlička a Komárek, 2014, s. 47). Thorová k tomuto dodává, že buď jedna z oblastí triády není výrazně narušena, nebo potíže sice mohou být zaznamenány ve všech třech oblastech autistické triády, ale vzhledem k způsobu vyjádření a počtu symptomů nenaplnuje všechna kritéria. Dále se dozvídáme, že velmi záleží na subjektivním názoru diagnostika, protože atypický autismus nemá stanoveny hranice, ani přesně definovaný klinický obraz. Co ale uvádí odborníci pro tuto poruchu za příznačné, jsou potíže v navazování vztahů s vrstevníky a přecitlivělost na určité vnější podněty. Sociální dovednosti, které jsou narušeny u dětského autismu, jsou u této poruchy narušeny méně. Lze říci, že některé děti s atypickým autismem mohou mít některé oblasti vývoje méně narušeny, než je tomu tak u dětí s klasickým autismem. Vývoj jednotlivých dovedností je u nich velmi nerovnoměrný. Ale z hlediska náročnosti péče a specifických potřeb dítěte se atypický autismus od klasického neliší (Thorová, 2006, s. 182 - 184).

### **2.6.3 ASPERGERŮV SYNDROM**

Tento syndrom popsal Hans Asperger, ale do praxe ho zavedla Lorna Wingová roku 1981 (Hrdlička a Komárek, 2014). Thorová uvádí, že Aspergerův syndrom má více forem, považuje se za těžké vymezit, kdy má dítě tento syndrom a kdy se jedná pouze o sociální neobratnost. Setkáváme se s názorem, že Aspergerův syndrom je mírnější forma autismu, což autorka považuje za příliš zjednodušené, protože i tato porucha má své problémy, které mohou být taktéž závažné, i když odlišné od jiných poruch autistického spektra. Dále se od autorky dozvídáme, že někteří nemají výraznější problémy s chováním a s individuální pomocí mohou zvládnout školu. Mohou si najít i vhodné zaměstnání, partnera a žít normálním životem, ačkoliv na okolí mohou působit jako zvláštní a introvertní. Na druhé straně jsou tu ale jedinci, kteří bez asistenta nezvládnou školu. U dětí s tímto syndromem se může, ale nemusí vyskytnout opožděný vývoj řeči a v pěti letech by měli mluvit už plynule s dobrou slovní zásobou. Mají ale problémy s ulpíváním na tématech, vykřikují nesouvislé věty, snaží se napodobovat řeč dospělých, což působí mechanicky a formálně nebo lpí na dodržování verbálních stereotypů (Thorová, 2006,

s. 185 - 186). Detailně se vyjadřují, hlavně co se týče tématu jejich zájmu, umí předříkat nazpaměť například předpisy, odborné publikace a na druhou stranu neumí definovat význam určitých slov, které jsou pro nás běžné a užít je správně ve větě. Občas šokují tím, co řeknou, jsou pravdomluvní, protože vše chápou doslovně. Jsou motoricky neobratní, mají problémy naučit se například jezdit na kole, lyžovat nebo plavat (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 135). Dále mají obtíže s chápáním společenských pravidel, mají problém zapojit se do kolektivu a navazovat vztahy s vrstevníky, proto upřednostňují hru o samotě. Působí egocentricky, bez empatie, nerozumí neverbálním gestům a výrazům, nerozumí ironicky a berou vše doslovně. Lidé s Aspergerovým syndromem jsou náchylní na stres, mají sklony k sebepodceňování, hledají na sobě chyby. Mnoho dětí nekontroluje své chování a podléhají tak záchvatům vzteku, v adolescentním věku se můžeme setkat s vyhrožováním sebevraždy. Mezi oblíbené zájmy řadí například mapy, encyklopedie, počítače či dopravní prostředky, mnohé děti mohou být velmi nadaní v několika směrech, například v paměťových dovednostech, psaní nebo mohou vynikat v matematice (Thorová, 2006, s. 186 - 188).

#### **2.6.4 DĚTSKÁ DEZINTEGRAČNÍ PORUCHA**

Nebo také Hellerův syndrom, Heller tuto poruchu popsal v roce 1908 a nazval ji dementia infantilis. Jedná se o poměrně vzácnou chorobu, u které vývoj dítěte minimálně do dvou let věku dítěte probíhá zcela normálně a nenápadně. Porucha se projevuje obvykle kolem třetího nebo čtvrtého roku, hlavním příznakem je rychlá ztráta již získaných schopností (Hrdlička, Komárek, 2014, s. 53). K dalším projevům poruchy se přidává emoční labilita, záchvaty vzteku, motorické obtíže, úzkostnost, potíže se spánkem, agresivita, zhorší se v sociálních a komunikačních schopnostech a v neposlední řadě dochází k deterioraci intelektu. Zhoršení stavu dítěte může přijít náhle nebo trvat několik měsíců, je mezitím období stagnace, původního stavu (normy) dítě už nikdy nedosáhne, ačkoliv se může stát, že se schopností mohou (ale nemusí) zase začít zlepšovat. Příčina vzniku není přesně známá, ačkoliv pár odborných studií poukazuje na genetické faktory. Můžou se vyskytovat EEG abnormality a výskyt epilepsie (Thorová, 2006, s. 194 - 196). Vágnerová (2004) se shoduje s ostatními autory a dodává, že se vyskytuje i problém s kontrolou vyměšování a podotýká, že se jedná o tak zvanou ranou demenci a prognóza této poruchy nebývá příznivá.



### **2.6.5 JINÉ PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÉ PORUCHY**

Tuto poruchu popisuje Thorová ve své knize. Dozvídáme se, že tato porucha není často užívána v Evropě a diagnostická kritéria nejsou přesně vymezena. Vyskytuje se u těchto dětí narušení kvality komunikace, sociální interakce a hry. Nicméně toto narušení není do takové míry, abychom mohli diagnostikovat autismus nebo atypický autismus, ačkoliv se mohou vyskytovat symptomy stejné s autismem, nikdy však nejsou ve velkém množství. Diagnostikujeme ji u dětí, které mají těžší poruchu pozornosti, mají vývojovou dysfázii, nerovnoměrný rozvoj kognitivních schopností nebo malý počet projevů charakteristický pro autismus. Za nespecifické potencionální symptomy můžeme brát i úzkost, nepozornost a hyperaktivitu. Autorka dále uvádí druhou skupinu, kterou tvoří děti s narušenou oblastí představivosti, nedokáží rozeznat fantazii a realitu. Důsledkem vyhraněného zájmu a narušené představivosti je narušená kvalita komunikace a sociální interakce. Autorka ale ihned podotýká, že se jedná o sekundární znaky, a že způsob komunikace a chování ve společnosti nejsou natolik typické pro autismus (Thorová, 2006, s. 204 - 208).

### **2.6.6 AUTISTICKÉ RYSY**

V knize Gillberga a Peeterse se dočteme, o možnosti diagnostikovat jedince s autistickými rysy, pokud nesplňují kritéria pro autismus, Aspergerův syndrom nebo jinou příbuznou poruchu autismu, ale projevují se u nich alespoň tři nebo i více příznaků. Dále Gillberg uvádí, že děti, které trpí poruchou pozornosti a těžkou motorickou neobratností, mohou mít znaky autistických rysů (Gillberg a Peeters, 2008). S tímto názorem nesouhlasí Thorová, která tvrdí, že v žádném případě nejsou autistické rysy diagnózou a dodává, že přitom diagnostika „autistické rysy“ jsou v České republice oblíbené. Používání této diagnózy považuje autorka za nevhodné například proto, že chybí jednotná definice pro tento pojem a vysvětlení, co vlastně autistické rysy jsou. Jako další uvádí, že tímto pojmem jsou často označeny děti, které jednoznačně mají autismus, jen se nemusí jednat o dítě s typickým vyjádřením. Popis problému je nepřesný a informovanost rodičů a ostatních je pak problematičtější, tento jev autorka nazývá falešnou negativitou. Poslední důvod popisuje autorka naopak jako falešnou pozitivitu a to znamená, že tato diagnóza je přisouzena dětem, které autistické nejsou (Thorová, 2006, s. 208 - 209). Jelínková dodává, že mezi autistické rysy lze zařadit také například poruchu pozornosti,

motoriky a vnímání – se zkratkou DAMP a poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou – ADHD, které se mohou objevit u dětí s autismem (Jelínková, 2001, s. 36).

#### **2.6.7 HYPERAKTIVNÍ PORUCHA SDRUŽENÁ S MENTÁLNÍ RETARDAČÍ A STEREOTYPNÍMI POHYBY**

Autoři se v popisu této poruchy shodují, například Hrdlička a Komárek (2014) popisují, že při této poruše se vyskytuje hyperaktivní syndrom spojený s mentální retardací s IQ nižším, než 50, dále se vyskytují stereotypní pohyby a může se objevit i sebepoškozování. Co je u této poruchy nezvyklé, je fakt, že v adolescenci se hyperaktivita změní na hypoaktivitu, což jak autoři píší, není u hyperkinetické poruchy běžné. Tuto poruchu uvádí pouze MKN – 10, americká diagnostická kritéria DSM – IV nikoliv. Mezi kritéria pro diagnostiku této poruchy uvádějí MKN – 10 například motorický neklid, dítě pořád běhá, skáče či se jinak pohybuje, má značné obtíže zůstat chvíli sedět na jednom místě v klidu, projevuje přemíru aktivity ve chvíli, kdy očekáváme, že bude v klidu. Tento motorický neklid a pohyby se nemění a často opakují, mohou se projevit v pohybech celého těla nebo jen například poklepáváním rukou. Tyto děti se mohou sebepoškozovat, chybí u nich spontánní, různorodá a sociálně napodobivá hra. IQ je, jak již bylo uvedeno, nižší než 50 a obvykle není zcela narušeno sociální chování autistického typu (Thorová, 2006, s. 210, Hrdlička a Komárek, 2014, s. 54).

#### **2.6.8 RETTŮV SYNDROM**

Tento syndrom, jak se dozvíme z většiny publikací, byl popsán dětským neurologem Andreasem Rettem a postihuje pouze dívky v jeho klasické podobě, u chlapců způsobí těžkou encefalopatii. V roce 1999 byl zjištěn gen zodpovědný za vznik této poruchy, je jím gen vyskytující se na raménku chromozomu X a v současnosti již existuje možnost genetického testování. Těhotenství i porod probíhá normálně, prvních pár měsíců (až do jednoho roku) se zdá být vývoj dítěte v normě. Kolem 5 až 48 měsíce můžeme začít pozorovat zpomalení růstu hlavičky, zpomaluje se motorický vývoj, nekouká se do očí, můžou se objevit stereotypní pohyby rukou, třes nebo vystrkování jazyka. Do čtyř let pozorujeme, že naučené dovednosti se začínají ztrácet, zhoršuje se verbální i neverbální komunikace a objevují se nefunkční, nekontrolovatelné pohyby rukou, jakými jsou například tleskání, svírání a otvírání dlaní, mohou si dávat ruce do úst, objevují se takzvané mycí pohyby rukou, mnou si je, mačkají. Celkový psychomotorický vývoj je opožděn, zhoršuje se chůze, kvalita dýchání. V průběhu dětství se může objevit

i skolióza, často se objevují epileptické záchvaty. Postupem času může dojít ke zlepšení například úchopových schopností, soustředění, jeví zájem o sociální interakci, vyloženě mají rádi, společnost a špatně snášejí nudu a samotu, projevují zájem o komunikaci, hru, fyzický kontakt. Vypadá, že jsou dívky klidnější a zdá se, že lépe rozumějí a vnímají. Do 25 roku věku ale může i dojít ke zhoršení motorických funkcí, pokud dívka dokáže chodit, začne se kvalita chůze zhoršovat. Téměř všechny dívky mají hlubokou mentální retardaci (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 133 – 134, Thorová, 2006, s. 211 – 221).

## 2.7 DIAGNOSTIKA AUTISMU

Hrdlička a Komárek, Kateřina Thorová a další odborníci se shodují, že stanovit poruchu autistického spektra není tak snadné. Je k tomu zapotřebí klinická zkušenost, k jejímu získání a následné jistotě při vyšetřování dítěte, je ale zapotřebí pracovat na pracovištích, kde se touto poruchou denně zabývají. Aby se porucha včas odhalila, je důležité, aby co nejširší okruh odborníků bylo schopných stanovit alespoň podezření na autismus. Mezi těmito odborníky jsou hlavně pediatři, psychiatři, psychologové, učitelé, neurologové, pracovníci v pedagogicko – psychologických poradnách a jiní. Vhodné jsou pro tyto odborníky screeningové metody, na které nepotřebují speciální školení, ovšem nevýhodou těchto metod autoři uvádějí jejich menší spolehlivost, zvláště co se týče diagnostikování mírnějších forem autismu (Hrdlička a Komárek, 2014, s. 91, Thorová, 2006, s. 263 – 264). Jak říká Thorová: „*V současné době neexistuje zkouška biologického charakteru, která by prokázala autismus. Screening se proto zcela zákonitě zaměřuje na mapování a výzkum chování.*“ (Thorová, 2006, s. 263). Ti, co mají větší zkušenosti a praktické znalosti, mohou využít posuzovací škály a složitější semistrukturované dotazníky, které jsou více spolehlivé při diagnostice. Autoři poznamenávají, že v České republice se nejvíce využívá semistrukturovaná škála se zkratkou CARS, také diagnostické „interview“ ADI – R a CHAT. Nejdůležitější je ale pro diagnostiku autismu pozorování, pro diagnostiku je velmi důležité vědět, jak se dítě chová i v jiných situacích, doma nebo ve škole. Pro tyto účely mohou posloužit strukturované škály a dotazníky, které je možné vyplnit i mimo ordinaci a umožnit tak přesnější stanovení diagnózy (Hrdlička a Komárek, 2014, s. 91 - 92). Posuzovací škála CARS dokáže také odhalit různou míru postižení dítěte, dokáže vymežit, zda dítě spadá do mírného, středního, či těžkého postižení. Je vhodná pro všechny věkové kategorie a obsahuje patnáct položek, ve kterých je dítě hodnoceno. Mezi

tyto položky patří vztahy k lidem, napodobování, emocionální reakce, motorika, hra, zájem o předměty, adaptace, zraková percepce, sluchová percepce, chuťová, čichová a hmatová percepce, strach a nervozita, verbální a neverbální komunikace, úroveň aktivity, úroveň intelektu a nakonec celkový dojem (Jelínková, 2001, s. 38 – 40). Bazalová a Pipeková také dodávají, že při diagnostikování autismu je hojně využívaná Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10), kterou vydala Světová zdravotnická organizace (Bartoňová, Bazalová a Pipeková, 2007). Jak Jelínková zdůrazňuje, je důležité pro správnou diagnózu absolvovat komplexní a důkladné vyšetření, které mimo jiné zahrnuje prozkoumání rodinné anamnézy, zmapování celkového vývoje dítěte, určit kdy a jak se projeví první příznaky nebo zjistit, zda dítě nemá jiné zdravotní problémy. Dále autorka uvádí, že je dobré provést také laboratorní, neurologická nebo genetická vyšetření, dále případně vyšetřit zrak a sluch. Po absolvování těchto vyšetření navazuje vyšetření psychiatrické, které zjišťuje míru problémového chování, hry, či jaké má dítě sociální vztahy. Neméně důležité je také psychologické hodnocení, při kterém se využívají například již zmiňované posuzovací škály (Jelínková, 2001, s. 34).

### **2.7.1 VÝVOJ PORUCHY V DĚTSKÉM VĚKU**

Již Kanner si všiml, že projevy autismu nejsou stabilní v čase. Pro stanovení diagnózy by u většiny poruch autistického spektra měly být patrné vývojové abnormality do třech let věku dítěte. Nicméně se klinický obraz poruchy mění s věkem, proto je stanovení diagnózy komplikovanější. Pro diagnostiku autismu je důležité chování dítěte do pěti let, ale každé dítě je odlišné a i se odlišným způsobem vyvíjí. Proto, abychom zaznamenali první příznaky a mohli tak určit diagnózu, záleží na závažnosti dané poruchy. Díky zlepšení informovanosti a odborné publikaci se snižuje průměr věku, kdy se určí diagnóza (Thorová, 2006, s. 229 – 230).

#### **Diagnostika ve školním věku**

V školním věku můžeme pozorovat zlepšující se stav a ustoupení příznaků, hlavně u těch dětí, které mluví a nemají vážnější intelektový deficit. Krejčířová vidí jako problematickou hlavně oblast školní. Uvádí, že dítě postrádá motivaci k učení čehokoli jiného, co není v oblasti jeho vlastního zájmu, nechápe požadavky školy, a proto nerespektuje učitele. Mezi vrstevníky můžeme pozorovat určité problémy. Autistické dítě se mezi spolužáky může jevit například jako neobratné, zajímá se jen o své zájmy, trvá na

svých rituálech, nebere v potaz emoce druhých, kvůli odlišnosti se může objevit i šikana ze strany spolužáků. Dítě má značné potíže v porozumění řeči, i více, než v oblasti vlastního vyjadřování. Problematika se může objevit i v omezeném využívání očního kontaktu, mimik a gest (Krejčířová, 2003, s. 8). K tomuto Thorová dokazuje obtížnost ve stanovení diagnózy v tomto věku na příkladech, kdy některé symptomy úplně vymizely, dítě například může chtít navázat kontakt či přátelství a tak se stane, že je porucha autistického spektra vyloučena. K tomu jevu přispívá fakt, že chování dítěte je proměnlivé v čase i prostoru. Může se projevovat jinak ve společnosti rodiny, ve škole. Rodiče mohou přisuzovat odlišnosti dítěte například dědičnosti. Rodiče většinou přijímají tuto diagnózu s úlevou. Je pro ně znamením, že neudělali nic špatně. Autorka na závěr dodává, že v tomto období je ještě čas na změnu, je však nutné často zavést radikální opatření. (Thorová, 2006, s. 247 – 249). I Krejčířová se dotýká tohoto tématu a dodává, že screeningové postupy u dětí předškolního věku, zůstávají obdobné jako u dětí školního věku. To znamená, že odborník může využít například metodu rozhovorovou ABC neboli „Autism Behavioral Checklist“, kde otázky vyplňuje odborník spolu s rodiči, či jinou osobou, která dítě dobře zná. Další podobná metoda je ASQ neboli v překladu „Autism Screening Questionnaire“ (Krejčířová, 2003, s. 12).

### 3 RODINA

Holeček, Miňhová a Prunner popisují rodinu ve své publikaci následovně: „*Rodina jako malá, neformální sociální skupina je manželstvím, pokrevním příbuzenstvím nebo adopcí vzniklý svazek lidí, kteří žijí ve společné domácnosti.*“ (Holeček, Miňhová, Prunner, 2007, s. 313). Dále autoři popisují Vítkovu definici rodiny, která rodinu vymezuje jako malou sociální skupinu založenou sňatkem či příbuzenskými vztahy a její členové jsou zainteresováni na společném prožívání a vzájemné pomoci (Holeček, Miňhová, Prunner, 2007, s. 313). Oldřich Matoušek vidí smysl existence rodiny, hlavně kvůli tomu, aby se lidé starali a pečovali o své potomky. Autor považuje rodinu za významnou z několika hledisek. Nejen, že je významná biologicky, protože udržuje lidstvo, ale je i tak zvanou základní jednotkou lidské společnosti. Rodinu popisuje jako významnou také proto, že pro dítě znamená první model fungování společnosti, ve které žije. Formuje jeho osobní vývoj, učí ho, jak se chovat ve společnosti, orientuje dítě na určité hodnoty a poskytuje mu podporu. To vše můžeme zahrnout do sociálních dovedností, které rodina dítě učí. V současné době se považuje láska rodičů za nezbytnou podmínku pro zdravý psychický a tělesný vývoj dítěte, za další nepostradatelnou podmínku považujeme také bezpečí domova, které by rodina měla dítěti poskytnout. Rodina by ideálně měla dávat každému svému členu bezpodmínečný pocit bezpečného zázemí. Avšak autor podotýká, že rodina může naopak být i zdrojem stresu a starostí. Rodiče musí fungovat pro děti, ať jsou odpočatí nebo unavení, často se musí dělat kompromisy, aby bylo se vyhovělo všem členům rodiny, či jednotlivec musí vyhovět a podřídit se zájmům své rodiny. Další znaky rodiny, které autor uvádí je společné hospodaření a bydlení. Je důležité, aby domov byl stabilním prvkem, kde se vychovávají děti a vytváří se i důvěrná a intimní pouta mezi partnery (Matoušek, 2003). Autoři upozorňují na znaky současné rodiny, mezi které například patří fakt, že partneři mají tendenci spíše zakládat neformální rodinu, což znamená beze sňatku. Prodlužuje se doba, po kterou děti bydlí s rodiči a převládá spíše typ dvougeneračních rodin (Holeček, Miňhová, Prunner, 2007).

#### 3.1 STRUKTURA A FUNKCE RODINY

Autoři vymezují několik typů rodinné struktury. Mezi základní typy jistě patří rodina orientační a rozmnožovací. Rodina orientační, neboli výchozí, je ta, do které jsme se narodili, kde jsme vyrůstali a rozmnožovací je rodina nově založená. Rodina může být také

dvougenerační, to znamená, že pod jednou střechou spolu žijí manželé a jejich děti nebo rodina vícegenerační, což může být soužití například s prarodiči. Dále autoři vymezují rodinu prvotní, která je založena svobodnými a bezdětnými partnery nebo druhotná, založená rozvedenými či ovdovělými manželi. Rodina může být také úplná nebo neúplná. Rodina a její členové by měli plnit několik funkcí, ať už ve vztahu k dítěti nebo partneři sami k sobě. Základní funkcí rodiny je biologická a reprodukční. Dále funkce výchovná, poskytovat bezpečí a ochranu, zajistit funkci materiální a v neposlední řadě emocionální. (Něco k tomu napsat, nic mi nenapadá, jak to rozepsat do hezkých vět). Rodina splňuje tyto funkce, označujeme ji za rodinu funkční, všechny tyto vymezené funkce jsou důležité, a pokud rodina dostatečně neplní tyto základní funkce, označujeme ji dysfunkční (Holeček, Miňhová, Prunner, 2007). Sobotková se ve své publikaci popisuje zdravé rodinné fungování, kterým se zabývá řada odborníků. Zmiňuje se, že Pattersonová viděla rodinné fungování v tom, jak dobře a jakým způsobem rodina plní své funkce. Mezi tyto funkce podle autorky patří, jakým způsobem začleňujeme jedince do rodiny, jaký mu dáváme pocit sounáležitosti, dále jestli jsou členové rodiny ekonomicky zajištěni, jestli jsou zajištěny základní potřeby. Další důležitou funkcí je péče, výchova, jaké máme hodnoty a normy, jak se každý z členů fyzicky, psychicky, sociálně i duchovně rozvíjí. V poslední, a ne méně důležité, řadě zajišťujeme ochranu zranitelnějších členů rodiny. Sobotková zdůrazňuje, že rodinné fungování je složitý jev, který ale má základní principy, na kterých je toto fungování postaveno. Mezi nimi je soudržnost (neboli koheze), adaptabilita (flexibilita) a komunikace. Soudržnost souvisí s rodinnou intimitou a sounáležitostí, ovšem je zapotřebí, aby jednotliví členové byli také samostatní. Pokud je rodina flexibilní a dokáže se přizpůsobit podmínkám, které nastanou, zvyšuje se tak šance na její funkčnost. Komunikace je nedílnou součástí správného fungování nejen rodinných vztahů. Pokud je komunikace otevřená a přímá, podporuje pozitivní rodinnou atmosféru (Sobotková, 2007).

### 3.2 RODINA S DÍTĚTEM S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

*„Být rodičem jakkoli postiženého dítěte je postižením samo o sobě ... Vůbec nejpodstatnější však je, že problémy rodičů a problémy jejich dítěte vůbec nemusí být totožné.“*

(Hrubý, 1999, ve Vágnerové, 2004, s. 164)

Rodina, která se stará o jakkoli postižené dítě se stává něčím výjimečná, odlišná. Má zcela jinou sociální identitu. Tato odlišnost se však týká všech členů rodiny a stane se jejich součástí, změní se jim životní styl a musí se přizpůsobit potřebám dítěte. Setkávají se také s nejrůznějšími reakcemi okolí, se kterými se musí vypořádat. Setkají se se zátěžovými faktory a těmi je například frustrující a dlouhý proces, než se stanoví diagnóza, dále se musí vypořádat s faktem, že autismus je trvalá porucha. S tím souvisí další jev a to ten, že veřejnost, nebo i oni sami, nemají přesné informace o tom, co vlastně porucha autistického spektra je, nebo je jejich povědomí zkreslené a nepřesné. Dalším znepokojivým faktem pro rodiče je, že chování děti s autismem je rušivé a mohou se setkat s neakceptací chování jejich dítěte, jak společností, tak někdy i ze strany vlastní rodiny či příbuzných (Vágnerová, 2004, s. 164 – 165, Sládečková, Sobotková, 2014, s. 85). Běžně se v rodině může vyskytnout jakýkoli stresový faktor, za kterým je například hádka, ztráta zaměstnání nebo rozvod. V rodinách, kde je dítě s autismem, se tyto „běžné“ stresové faktory nevyhýbají a navíc se v těchto rodinách objevují zátěže spojené s poruchou dítěte. Jelínková rozděluje ve své knize zátěžové situace v rodinách spojené s autistickým jedincem na vnější faktory a vnitřní faktory. Mezi již výše zmiňované vnější faktory zahrnuje také autorka neznalost poruchy a nevhodné reakce na dítě ze strany okolí. Rodiče mohou často dostávat nevyžádané rady ze strany okolí, jak své dítě vychovávat, neznají problematiku autismu a řeknou například: „Já bych s ním zatočil a naučil ho pořádně poslouchat a chovat se slušně!“ Toto nepochopení ze strany okolí se pro rodinu stává frustrující. Dalším problémem je obava z budoucnosti, jak z blízké, tak vzdálené. Rodiče zažívají strach z toho, co s jejich dítětem bude, kdo se o něj postará, až rodiče nebudou schopni. S nedostatečnou informovaností problematiky a charakteru postižení dítěte s autismem souvisí fakt, že jsou rodiny s tímto dítětem izolovány. Dostávají se do situací, kdy musí obhájit schování svého dítěte a vysvětlit jeho handicap. Mezi vnitřní faktory stresu zařazuje autorka potíže, které jsou důsledkem vrozených nedostatků postižených autismem, což tedy jsou potíže v oblasti komunikace, sociálních vztahů a představitosti. Potíže v oblasti sociálních vztahů, které mají lidé s autismem, způsobuje u rodičů pocit odmítnutí, protože dítě například nereaguje na úsměvy matky, mají pocit, že selhali, mnohdy, jak autorka uvádí, mají nepřiměřené nároky na dítě, které vyplývají z nedostatku informovanosti o poruše (Jelínková, 2001, s. 85 - 87).



Schopler a Mesibov se shodují s ostatními odborníky, že na rodiny, které vychovávají autistické dítě, jsou kladeny neobvyklé nároky a potýkají se se stresovými faktory, které se mění a závisí na míře poruchy daného dítěte. Dále ale dodávají, že dopad stresujících situací je jiný podle toho, jakou roli daný jedinec v rodině zastává. Podle autorů matky jsou více unavené z výchovy dítěte s poruchou autistického spektra, než otcové. Mohou se u nich vyskytovat pocity deprese nebo vzteku, mohou pociťovat omezení ve svém osobním volnu a svobodě a také mohou mít pocit, že selhaly jako matky. Velmi je trápí, jak okolí a společnost vnímá jejich dítě, jak je tohle vnímání odlišné od zdravých dětí. Gill (1990) dospěl ve svých studiích k zajímavým závěrům. Ačkoliv se u těchto matek vyskytuje vyšší míra stresu, úzkosti, somatických problémů a emocionální vyčerpání, vykazují vysoký stupeň uspokojení z rodičovství, stejně jako matky dětí s mentálním postižením. I otcové vnímají vyšší míru stresu, ale u nich autoři popisují svobodu, kterou jim zajišťuje práce. Pokud jsou ženy v domácnosti na mateřské dovolené, muži mají větší šanci najít alternativní sebeuspokojení v práci, než ženy. I když své emoce dávají méně najevo, sdílí se svými ženami pocity frustrace, vzteku nebo viny. Autoři uvádějí, že se u otců často vyskytují obavy o dopadu stresu na své manželky. Na závěr podotýkají, že pozorování rodin dětí s poruchou autismu nebo jiným postižením dokazují fakt, že ačkoliv na některé rodiny může mít postižení dítěte vliv negativní, jiná manželství tím mohou být naopak posílena, z toho vyplývá, že nelze předvídat vliv autismu dítěte na rodinu (Schopler, Mesibov, 1997, s. 182 – 183).

### 3.3 REAKCE RODINY NA SDĚLENÍ DIAGNÓZY DÍTĚTE

I touto problematikou se zabývalo několik odborníků, kteří se snažili popsat průběh reakcí rodičů na zjištění diagnózy autismu u jejich dítěte. Například Vágnerová zmiňuje, že reakce, způsob vyrovnání se s diagnózou a přijetí, závisí na více faktorech a také na předpokládané příčině vzniku. Reakce rodičů může být taktéž ovlivněna postoji a názory společnosti a okolí, ve kterém žijí. Co autorka považuje za důležité, ale i rizikové je to, že postoje a chování k dítěti bývá převážně jiné, než kdyby bylo dítě zdravé. Je tu větší riziko, že chování bude až extrémní, buď například příliš hyperprotektivní chování k dítěti, nebo naopak odtažitá a odmítavá jednání. Období, ve kterém rodiče zjistí diagnózu dítěte, nazývá Vágnerová jako fázi krize rodičovské identity. Této fázi, podle autorky, může předcházet fáze nejistoty, kdy rodiče neví, co se s jejich dítětem děje, diagnóza zatím není

potvrzena, ale už tuší, že něco není v pořádku. Když konečně zjistí, že jejich dítě má postižení, obvykle rodiče prochází následujícími pěti fázemi. První fáze, která nastane, když zazní stanovená diagnóza, je šok a popření. Lze ji výstižně charakterizovat větou, která může zaznít: „To nemůže být pravda, to musí být nějaký omyl!“. Rodiče nechtějí přijmout tento fakt a snaží se ho popřít, nechtějí uvěřit, že jejich vytoužené dítě má nevratné postižení. V této fázi rodiče nechtějí nic slyšet o možných řešeních a přístupech, protože tento fakt ještě zcela nepřijali. Autorka zmiňuje také důležitost způsobu sdělení diagnózy ze strany lékaře (Vágnerová, 2004, s. 164 – 166). K tomuto názoru se přiklání taktéž Thorová, která podotýká, že na sdělení diagnózy je důležité si vyčlenit dostatek času a soukromí. Z počátku rodiče přes veškeré emoce nevnímají doporučení a rady lékaře, proto Thorová podotýká, že by lékař měl věnovat čas zápisu všech závěrů a doporučení a dodatečně jej rodičům poslat (Thorová, 2006, s. 407 – 408). Další fázi Vágnerová nazývá fází bezmocnosti. Rodiče čelí novému, neznámému problému a neví, jak ho řešit. Pociťují bolest, zklamání, bezmoc, často jsou jejich pocity protichůdné. Mívají pocity křivdy a hanby, v tomto období jsou více citliví na reakce okolí, bojí se odmítnutí a negativních reakcí, ale také očekávají a chtějí pomoc a podporu. (Vágnerová, 2004, s. 166). Matějček považuje za důležité, aby se v rodině nehledal „viník“. Ať už hledají vinu v rodině mezi sebou nebo mezi zdravotnickým personálem nikomu to nepomůže. Uvádí, že tyto obranné reakce sice na chvíli rodinu přivedou na jiné myšlenky, ale může se stát, že fatálně pokazí rodinné vztahy, vznikne nesoulad například mezi manželi, což může vést až k rozvodu (Matějček, 1992, s. 4). V článku „The Professional Medical Journal“ popisují zajímavý fakt, že je vyšší rozvodovost u párů s dětmi s poruchou autistického spektra, než je tomu tak u jiných párů s dětmi s postižením (Mahmood a kol., 2015, [online]). Thorová fází bezmocnosti nazývá depresivním obdobím v přijímání diagnózy. Uvádí, že se může objevit i agresivní chování, jakákoli běžná věc je může vyvést z míry a můžeme zaznamenávat častější konflikty v rodině. Ve fázi postupné adaptace a vyrovnávání se s diagnózou se rodiče snaží vyhledávat všechny možné a dostupné informace. Často chtějí vědět příčiny vzniku, jaká je podstata postižení, jak se o své dítě správně starat a v neposlední řadě, jaké má dítě do budoucna vyhlídky. Každý člověk má jiné strategie jak zvládat zátěžové situace. Jsou rodiny, kde se situaci snaží řešit a snaží se aktivně vyrovnat s nastalou situací. Druhá možnost je určitá forma úniku z problémové situace, která je pro

ně příliš obtížná. Může se projevovat různě, Vágnerová popisuje například odchod z rodiny nebo přetrvávající popírání situace, kdy se k dítěti chovají, jakoby se nic nedělo, jako kdyby bylo zdravé. Jak autorka uvádí, v této fázi je důležité nejen zpracovat danou situaci, ale i najít optimální řešení. Poslední fáze je fáze realistického postoje a nalezení nové rovnováhy. Rodiče dítěte se začínají chovat přiměřeněji, lépe akceptují postižení dítěte a přijímají ho takové, jaké je. Zlepšují se vztahy v rodině, dosahují nové rovnováhy v životě a mění se hodnoty celé rodiny. Postoje rodiny však může kolísat vzhledem k vývoji dítěte a s tím spojených nově vzniklých problémů. (Vágnerová, 2004, s. 166 – 168, Thorová, 2006, s. 411).

Další situace, které mohou rodiče s autistickým dítětem čelit, je negativní reakce okolí na chování dítěte. Thorová uvádí, že může nastat situace, kdy rodič bude obhajovat své dítě. Jak autorka uvádí, mnoho lidí má sklon vysvětlovat si zvláštní a nepřiměřené chování dítěte po svém, proto můžou zaznít věty jako: „Vaše dítě je naprosto nevychované, šahá mi do kabelky, to si ho neumíte ohlídat?“. Autorka podotýká, že nepříjemná reakce ze strany okolí je pochopitelná, protože tyto reakce vychází z nevědomosti lidí, neuvědomují si, že dítě trpí autismem a emotivní reakce ze strany rodiče může situaci mnohdy ještě zhoršit. Proto Thorová podotýká, že je třeba, aby se rodiče připravili na takovéto situace a aby věděli, jak adekvátně odpovědět, jako příklad uvádí autorka větu: „Nezlobte se, ale mé dítě má autismus a chování tohoto typu je součástí diagnózy a výchovou je opravdu málo ovlivnitelné.“ Často se pak člověk, který nevěděl, že dítě trpí autismem, ještě rodiči omluví (Thorová, 2006, s. 417 – 418). Vocilka doporučuje, aby rodina své okolí nebrala jako nepřátelské a neizolovala se od nich. Podle jeho názoru je důležité umět komunikovat a vysvětlovat situaci, ať už okolí naslouchá, ale také i pokud nenaslouchá nebo se dokonce chová negativisticky. Považuje za důležité, aby se rodiny zapojovali do asociací a setkávali se tak s dalšími rodinami, které se potýkají se stejným problémem jako oni (Vocilka, 1995, s. 57).

### **Strategie vyrovnání se se situací u matek s dětmi s PAS**

V článku publikovaném v časopise „The Professional Medical Journal“ se můžeme dočíst o zajímavém kvalitativním výzkumu, který proběhl v roce 2015 a zjišťoval vyrovnávací strategie deseti matek s dětmi s poruchou autistického spektra. Metoda sběru dat byla prostřednictvím rozhovoru. Rozhovory měly do hloubky zmapovat život

matek po zjištění diagnózy u jejich dítěte. Čtyři matky z deseti byly zaměstnány, šest zbývajících pak bylo v domácnosti. Odborníci zjistili, že ženy, které byly vzdělané a měly i jiné starosti, například v práci, byly méně ve stresu. Vzdělanost a znalosti o poruše autistického spektra pozitivně ovlivnily zvládnutí této situace. Rozhovory byly vedeny ve dvou osnovách, z nich každá měla dvě hlavní kategorie - pozitivní strategie a negativní strategie. Mezi první pozitivní strategii patří integrace. Ta znamená, že rodiče zapojili autistické dítě do normálního života mezi sebe a zdravé sourozence. Rodiče změnili svůj postoj a přijali autistické dítě, které je sice zvláštní, ale je součástí jejich života, potažmo celé rodiny. Druhá pozitivní strategie zvládnutí je v originále takzvaný „networking“. To zahrnuje vyhledávání informací a vzdělanost v problematice autismu. Matky vzdělávaly nejen sebe, ale i další členy rodiny, také se hodně setkávaly s dalšími rodinami se stejným problémem. Chtěly se dozvědět co nejvíce o poruše a pozitivním přístupu, jak se s tímto faktem vyrovnat. Poslední pozitivní strategie, která byla zaznamenána v tomto výzkumu, bylo náboženství. Matky, které ani nebyly silně věřící, přijaly tuto metodu při zvládnutí smutku. Některé matky v této studii se snažily vyrovnat s bolestí tím, že se vyhýbaly myšlenkám o poruše dítěte, uzavřely se a nechtěly o tom ani mluvit. Snažily se hodně zaměstnávat prací, aby neměly čas přemýšlet nad vším, co je potkalo. Tato strategie byla ve výzkumu popsána jako negativní. Další negativní a daleko horší strategie byla ignorace. Tato skutečně nezralá strategie nepomáhala matkám, ani dětem s autistickou poruchou. Poslední kategorie byla izolace. Tato izolace vznikla ze zkušeností matek, které byly společensky izolované kvůli poruše jejich dítěte. Mezi pocity, které matky při zjištění diagnózy prožívaly, se objevovaly pocity smutku nebo šoku. Autoři uvedli i limity, které vyplývaly z provedení výzkumu. Jedním z limitů uvedli fakt, že matky nebyly nadšené z účasti ve výzkumu. Tento jev neumožnil univerzalitu, pokud jde o zjištěná fakta. Jako další limit uvedli autoři etnickou příslušnost dotazovaných matek. Etnický původ je důležitým aspektem, jak se matky vypořádají s problémovou situací, jakou mají kulturní víru, či zvyky (Mahmood a kol., 2015, [online]).

### 3.4 VZTAHY SE SOUROZENCI

Je důležité, nejen v rodině s dítětem s autismem, aby sourozenci měli mezi sebou pozitivní vztahy. Role sourozence postiženého dítěte není snadná, velmi závisí na míře poruchy, ale i tak představuje pro zdravého sourozence určitou zátěž. Sourozenci dětí

s autismem se musí vypořádat hned s několika problémy. Zdravý sourozenec může obtížně chápat zvláštní chování autistického sourozence a například jeho agresivní chování ho může děsit. Dítě si všimne, že k sourozenci přistupují jinak a může začít na postiženého bratra či sestru žárlit. Může mít pocit, že se mu rodiče tolik nevěnují a může se cítit ostrčený. Může nastat situace, že starší sourozenec pomáhá v domácnosti nebo naopak i mladší sourozenec pak pečuje o svého staršího postiženého sourozence. Tato velká zodpovědnost pro ně může být velkou tíhou, umocněnou negativními ohlasy vrstevníků a okolí a může se na nich doživotně negativně podepsat. Všechny tyto problémy se mohou podílet na vzniku rodinných vztahů, ale i na vlastním sebepojetí dítěte. Rodiče by měli se zdravým dítětem hovořit, pomoci mu pochopit a vyrovnat se s danou situací, cítit lásku od rodičů a naučit ho mít porozumění jak pro sebe, tak i pro svého postiženého sourozence (Vágnerová, 2004, s. 169, Richman, 2006, s. 95 – 96). Rodiče si také musí uvědomit, že by měli svému dítěti vysvětlit, čím autistický sourozenec trpí a zodpovědět na otázky, na které znají odpověď. Měli by dítěti poruchu vysvětlit adekvátně k jeho věku, ale pokud s dítětem o poruše svého bratra nebo sestry nebudou mluvit, může si zdravý sourozenec chování sourozence s autismem vysvětlit po svém. Děti si mohou myslet cokoli, jak uvádí Richman, například se mohou domnívat, že si s ním autistický sourozenec nehraje, protože ho nemá rád (Richman, 2006, s. 96). Thorová doporučuje vysvětlit dítěti, co je handicap, vysvětlit handicap dočasný, trvalý, viditelný a neviditelný. Vysvětlit mu, co je autismus a co daná porucha autistického spektra obnáší, vyjmenovat konkrétní problémy a situace, které vidí u svého sourozence. Autorka dodává, že přítomnost zdravých sourozenců je pro fungování rodiny velmi prospěšná. Mohou mít velmi hezké sourozenecké vztahy a pro jedince s autismem může interakce se sourozencem zlepšit sociální dovednosti (Thorová, 2006, s. 416 – 417).

Velkou pomocí pro rodiče s dětmi s autismem představuje podpora rodiny, její soudržnost a pokroky postiženého dítěte. Další pomoc pro tyto rodiny představují odborné instituce, kam mohou rodiče chodit se svými dětmi si například hrát ve svém volném čase. Jak sami Schopler a Mesibov píší: *„Jestliže jsou dostupné patřičné vzdělávací a odborné instituce, zahrnující mimo jiné možnost vzdělávání pro dítě a vyškolení rodičů, a jestliže existují svépomocné skupiny pro rodiče a sourozence, pak rodiny s postiženým členem mohou fungovat zcela normálně.“* (Schopler, Mesibov, 1997, s. 194).

# **Praktická část**

## **ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI**

### **Cíl práce**

Cílem kazuistiky bylo zmapovat a popsat rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra. Zjistit, jak rodiny a sami rodiče reagovali na diagnózu dítěte. Popsat osobní a rodinnou anamnézu dítěte, zmapovat konkrétní problematické oblasti a zjistit, jak rodina s dítětem s PAS funguje v běžném životě. Původně mělo být více kazuistik, ale vzhledem k okolnostem jsem měla možnost zpracování pouze třech kazuistik.

### **Popis zkoumaného vzorku**

Pro své kazuistiky jsem si vybrala děti s poruchou autistického spektra, které se pravidelně účastní cvičení organizované občanským sdružením pro rodiny s autistickými dětmi v Plzni. Jedná se o 3 chlapce školního věku v rozmezí od 7 do 15 let.

### **Charakteristika použitých metod**

Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí polostandardizovaného rozhovoru s rodiči dětí a pomocí vlastního pozorování. Rozhovor obsahoval přibližně 30 otázek a byl rozdělen do dvou kategorií. První kategorie se týkala rodinné anamnézy. Ptala jsem se na věk, vzdělání, na manželství a zdravotní stav obou rodičů. Zjišťovala jsem, jestli má autistické dítě sourozence a jak s ním vychází. V neposlední řadě jsem zjišťovala reakci na zjištění diagnózy. Druhá kategorie se týkala osobní anamnézy a popisu problémových oblastí dítěte. Zde jsem zjišťovala průběh těhotenství a porodu a vývoj dítěte od útlého věku. Ptala jsem se na problematické oblasti, tedy například na sociální a komunikační dovednosti, vztahy s vrstevníky, způsob hry, rituály, emotivitu a sebe obslužné dovednosti. V úvodu rozhovoru jsem zjišťovala osobní údaje dítěte. Rozhovor byl podle potřeby rozveden o více otázek. Rozhovor s rodiči probíhal během cvičení. Vlastní pozorování pak probíhalo několik měsíců, jednou za 14 dní, na jedné škole a jednorázově při nácviu sociálních dovedností v již zmíněném sdružení v Plzni.

## 4 KAZUISTIKY

### 4.1 KAZUISTIKA Č. 1

#### Osobní údaje

Jedná se o patnáctiletého chlapce F. Chlapec žije s rodiči a mladší sestrou ve městě, kousek za Plzní. Dochází již tři roky na pravidelné cvičení (i různé jednorázové volnočasové aktivity) pro děti s autismem, organizované sdružením pro rodiny v Plzni.

#### Diagnóza chlapce

Chlapci byl diagnostikován atypický autismus, syndrom ADHD a lehká mentální retardace.

#### Rodinná anamnéza

Matka je narozena roku 1977, má středoškolské vzdělání zakončené maturitou. Má potravinovou alergii, jinak je zcela zdravá. Otec je narozen roku 1976, má vystudované střední odborné učiliště. Trpí atopickým ekzémem, jinak je zdravý. Manželé jsou 16 let. Chlapec F. je prvorozený, má mladší šestiletou sestru N., sestra je zcela zdravá. S chlapcem mají hezký vztah, N. se naučila respektovat bratra, dokáží spolu vyjít, ale nehrají si spolu. N. odkoukala od rodičů, jak se k bratrovi chovají a snaží se je napodobovat. Pravidelně s bratrem dochází na cvičení. Ačkoliv rodiče tušili, že něco s jejich synem není v pořádku, reakce po sdělení chlapcovi diagnózy byl velký šok. Neznali poruchu autistického spektra, ani nikoho ve svém okolí, kdo by měl dítě trpící touto poruchou. Snažili se najít co nejvíce možných informací a knih, aby se o autismu co nejvíce dozvěděli a mohli se tak dobře o svého syna postarat a porozumět jeho světu. Matka chlapce uvedla, že širší okruh rodiny je velkou oporou. Prarodiče i okolí vzali chlapcovu diagnózu pozitivně, dobře spolu vycházejí a navštěvují se.

#### Osobní anamnéza

F. byl plánované dítě, těhotenství probíhalo vcelku v normě, chvíli měla matka problémy s krvácením. Bylo podezření na Downův syndrom, matka podstoupila vyšetření plodové vody a výsledky byly negativní. Porod probíhal bez větších komplikací, měla vyšší tlak, který byl celý porod monitorován. Chlapec se narodil s váhou 3680 gramů a s 55 centimetry.



Vývoj dítěte se zpočátku zdál v normě, začal chodit po prvním roce. Rodina začala tušit, že něco není v pořádku kolem 2 let věku dítěte. Začali si všimnout odlišností od vrstevníků. Nechtěl si s nimi hrát, hrál si sám, měl jiné, vyhraněné zájmy. Zajímal se o čísla, chtěl vědět čísla domů a bytů a všechny si pamatoval. Měl vynikající paměť jak na čísla, tak i na slova. Zprvu si rodiče mysleli, že je nadaný, měl větší slovní zásobu, než jiné děti v jeho věku. Ve školce učitelky upozornily rodiče na zvláštnosti v jeho chování. Stranil se dětem, byl samotářský, hrál si výhradně sám, s dětmi, ani s učitelkami nekomunikoval. Kolem pátého roku byla chlapci stanovena diagnóza. Měl roční odklad, poté nastoupil do první třídy běžné základní školy s asistentkou. Matka podotýkala, že ačkoliv měl v běžné škole asistentku, intenzivně se s ním učili i doma, aby dohnal zdravé děti. Později pochopili, že to není v silách rodičů, ani dítěte, aby dohnal zdravé děti. Chlapec byl vyčerpaný, více podrážděný, nervózní a agresivní. Na druhém stupni ZŠ nastoupil do praktické školy, kam dochází dodnes.

Mezi jeho zájmy patří čtení knih, rád si listuje v knihách, často si čte jen oblíbené úryvky. Také si rád přehrává písničky, také často jen úryvky. To samé, když si pustí film. Oblíbí si jeden film, který si několik týdnů často pouští a pouští si třeba jen oblíbené pasáže. Dříve se rád díval na kreslené filmy, dnes dává přednost hraným filmům. Na cvičení si pak přeřikává pro sebe úryvky z knížek nebo pasáže z filmů. Matka uvedla, že lpí na rituálech, na které si zvykne. Jako příklad uvedla, že pokud se stane, že si vícekrát sedne ve vlaku na modrou sedačku, zvykne si na tento fakt a na jinou barvu by si poté už nesedl. Na změny a plány ho musí připravovat dopředu a vše mu vysvětlit. Pokud se jede na výlet, musí mu rodiče říct kam, na jak dlouho se jede a co přesně budou na výletu dělat. Pokud se plán jen trochu odchýlí, je nespokojený a vzteká se. Rád jezdí na výlety do zoo, v létě jezdí na kole, plave a rád chodí na procházky. Také rád jezdí k babičce, kde i občas přespává. Na přespání ho musí rodiče předem připravit, před odjezdem je nervózní, ale jakmile přijedou k babičce, vše je v pořádku. Mají domácího mazlíčka, kterého si občas hladí, ale odmítá s ním chodit na procházky, nechce ho vést. Matka dále uvedla, že je hodný, ale jakmile je přetěžovaný, začne být agresivní. Agresi si vybíjí na otci nebo babičce, na matce nikdy. V jídle není vybíravý, jí téměř všechno. Trpí hypersenzitivitou na určité zvuky, jako je například zvuk projíždějící sanitky nebo neoblíbená písnička v rádiu. Při těchto zvucích si silou zacpává uši. Pokud má horečky je

klidný a hodný. Matka vyzorovala větší neklid, nervozitu a podrážděnost před rýmou. Dále je více nervózní před Vánoce, nemá rád abstraktní pojmy, jako je například Ježíšek. Na dárky se ale těší. Je samotářský, v současné době nejraději tráví čas sám u sebe v pokoji. Se sestrou N. si nehraje, ale pozitivně na ní reaguje, občas na ní promluví, navzájem se respektují. S vrstevníky nemá problém a ve škole má své oblíbené spolužáky, se kterými ale moc nekomunikuje. Komunikuje jen, když sám chce. Doma si umí říct o všechno, co potřebuje, na dotazy rodičů ale odpovídá vždy „nic“ nebo „nevím“. S neverbálními signály problémy nemá, rozpozná rozladěnost matky a hned se ptá, co se děje. Projevuje city hlavně k rodině, rád se mazlí. Dříve měl problémy s motorikou, nyní díky kreslení a modelování ve škole, se u chlapce zlepšuje jemná motorika, hezky píše. U chlapce se objevují motorické manýry – kroutí a mne si často ruce, objevují se kývavé pohyby. Umí se sám obléci, ale rodiče musí dohlížet na hygienu. Například si umí sám vyčistit zuby, ale pokud rodiče nedohlíží, jen se kýve u umyvadla a zuby si nečistí.

#### Vlastní pozorování

Pozorování probíhalo několik měsíců při speciálním cvičení organizované sdružením v Plzni. Cvičení se realizuje v tělocvičně vysoké školy v Plzni, trvá vždy hodinu a probíhá jednou za čtrnáct dní. Na cvičení dochází rodiče s dětmi s autismem a případně i se zdravými sourozenci. Jak jsem již zmínila, chlapec dochází na cvičení se svojí mladší sestrou. Oba si hrají odděleně. S ostatními problém nemá, ale hraje si sám. Chlapec má zjevné obtíže s komunikací s ostatními. Zapojuje se, hraje si, ale s nikým nekomunikuje. Někdy si brouká nebo povídá sám pro sebe. Objevují se u něj motorické manýry - mne si ruce. Je u něj viditelný motorický neklid, nevydrží dlouho sedět na jednom místě, pozornost mu občas také kolísá. Občas odbíhá od hry, aby objal matku, často se na ni otáčí. Výraz je po většinu času cvičení neutrální, občas se usměje, někdy naváže i oční kontakt na pár vteřin, na otázku ale nikdy neodpoví. Cvičení na něj má pozitivní vliv, více si zvyká na společnost lidí. A vždy je na cvičení dobře naladěný.

#### Shrnutí

Chlapec F. má největší problém s komunikací. S dětmi nemá problémy, ale nekomunikuje s nimi. Je na něm vidět, že společnost i cizích lidí mu nedělá problémy. Hlavním cílem je chlapce více zapojit do hry s ostatními a docílit alespoň drobné komunikace, jak s vrstevníky, tak i s dospělými. Je třeba také prodloužit koncentraci

pozornosti. Dále procvičovat jemnou i hrubou motoriku. Je třeba pomocí vizualizace ukázat, co má dělat. Nedělat příliš často nepředvídatelné změny a na případné změny ho včas připravit. K chlapci by se mělo přistupovat trpělivě a rozvíjet u něj sociální dovednosti. V současnosti je pro chlapce důležitým úkolem více se osamostatnit. Rozvíjet u něj praktické dovednosti každodenního života, jakými jsou například být doma sám nebo umět se správně obléci podle aktuálního počasí. Rozvinout u něj finanční gramotnost, umět si jít sám nakoupit základní potraviny a více se sám orientovat.

## 4.2 KAZUISTIKA Č. 2

### Osobní údaje

Jedná se o sedmiletého chlapce V. Chlapec žije ve městě spolu s rodiči a starší sestrou. Dochází na pravidelné cvičení pro děti s autismem, organizované sdružením pro rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra v Plzni.

### Diagnóza

Chlapec s diagnostikovaným atypickým autismem, těžkou vývojovou dysfázií, ADD, LMD a snadnou unavitelností CNS.

### Rodinná anamnéza

Oběma rodičům je 40 let, oba mají vystudovanou střední školu s maturitou. Otec je zdravý, matka má totální strumektomii, jinak je také zdravá. Manželé jsou 14 let. Chlapec V. má starší 15 letou sestru. Sestra má ADD, vývojovou dysfázii a dyskalkulii. Matka uvedla, že mají běžný sourozenecký vztah, občas se provokují, ale celkově jejich vztah hodnotí jako dobrý. I s prarodiči má chlapec hezký vztah. Matka uvedla, že má rád babičky, hlavně jedna babička si s ním umí hrát podle jeho představ. S druhou babičkou se nevidají tak často, protože nebydlí ve stejném městě. Když se ale navštíví, snaží se chlapce namotivovat ke hře prostřednictvím sladkostí (bonbónů). Dědu má chlapec už jen jednoho a udržuje si od něj odstup. Nejlíp se cítí, když si může prohlížet dědovu sbírku bojových letadel a tanků. Po sdělení diagnózy cítila rodina úlevu. Byli velmi vystresovaní a unavení ze všech vyšetření a cítili konečně jistotu. O autismu něco věděli, matka uvedla, že měli dostatek informací. I širší okruh rodiny vzali chlapcovu diagnózu pozitivně a snaží se jim pomáhat. O sdružení se dozvěděli od psychiatra.

## Osobní anamnéza

V. byl plánované dítě. Těhotenství nejdříve probíhalo v normě, během 5. měsíce se objevilo lehčí krvácení. Lékaři měli podezření, že dítě neroste, což se po vyšetření nepotvrdilo. Během porodu se objevily porodní alterace ozev, nakonec ale porod proběhl dobře a chlapec nebyl kříšen. Porodní váha a velikost dítěte byla 2900 gramů a 47 centimetrů.

Do 1 roku věku dítěte rodiče nezaznamenali žádné nápadnosti. Chlapec hodně brečel, poté nemluvil, jen říkal „máma“ a pár hlásek. Ve školce přišlo zhoršení, nemluvil vůbec a měl své rituály. V. má nápadnosti v řeči, vyskytuje se špatná skladba slov při delší větě a agramatismy. Chlapec měl roční odklad školy po doporučení po vyšetření v SPC. Velmi snadno se unaví, jak fyzicky, tak i psychicky, škola je pro něj velice náročná. Ráno nechce vstávat do školy, a zvláště, když je ještě ráno tma, říká, že je noc a v noci se ven nechodí. Po škole je velmi unaven, relaxuje nejraději u počítače, či si pouští pohádky na DVD. Poté s rodiči plní školní úkoly, což jak matka podotkla, je velmi vysilující jak pro chlapce, tak pro rodiče. Chlapec dochází na logopedii a rodiče se snaží s ním procvičovat i doma. Poté následuje společná večeře a večerní koupel. Vlasy si umývá jen podle plánu, jinak se vlasy nesmí namočit. Každý večer je zvyklí na pohádky. V posteli se na pohádky kouká, nebo mu někdo čte, či mu pohádku vypráví. Vyprávěné pohádce říkají divadlo. Téma pohádek musí být stále stejné a to o dinosaurech, kouzelné Vojtovo postýlce, nebo pohádka o štítkách. Mezi další chlapcovo rituály patří cesta do školy. Do školy musí chodit stále stejnou cestou. V tramvaji musí sedět, pokud sedět nemůže je nervózní a nevrlý. Cestou hlasitě přeřikává všechna čísla, co vidí a zapisuje si je. Nemoc snáší relativně dobře, je zvyklý brát léky a je rád, že nemusí ven. Obtížně spolupracuje, odmítá dělat věci, které ho nebaví. Je třeba ho vnějšími motivátory přimět spolupracovat – například hračkami, sladkostmi, lízátky či bonbóny. Matka podotkla, že je momentálně velmi vzdorovitý. Občas jen stojí a nijak a na nic nereaguje. Neumí rozpoznat emoce, nepozná, když je někdo smutný či unavený. Jak se cítí ostatní, ho moc nezajímá, ani někomu udělat něčím radost. Líbí se mu zvířecí mláďata. Rád si je hladí a jemnějším hlasem komentuje, jak jsou pěkně malí a heboučcí. Doma mají dvě kočky, hladí je, říká, že je má rád. Jakmile mu ale vlezou do lega, nebo jiné hračky, bez milosti je zahání, pleská a křičí „Nepřítel na dohled“. Moc nerozumí vtipům. Komunikace se postupně zlepšuje, někdy ale nereaguje,

nebo mluví skrze matku – šeptá jí do ucha a ona pak nahlas opakuje, co jí řekl. Potřebuje jasné instrukce, co dělat. Přibližně po 1 roce odmítal chodit venku, nepoužíval odrážedlo. Ve 4 – 5 letech byl ve školce neobratný, nezvládal skoky po jedné noze, běhal s roztaženýma rukama, aby udržel balanc. Hrubá motorika se nyní zlepšuje. Jemná motorika – obtížně si zapíná knoflík, neumí si zavázat tkaničky, špatně píše a má špatný úchop. Co se týče sebeobsluhy, sám se obleče, vyčistí zuby, ale stále se slovní dopomocí. Někdy vše zvládne úplně sám, jindy se zase vzteká a ječí, že „to nejde“ a neoblékne si ani ponožky. Některé hygienické návyky chybí nebo jsou chlapci nepříjemné. Když byl menší, odmítal ve hře spolčníky. Na děti ve školce vrčel, když se k němu chtěly přiblížit a hrát si s ním. Rovnal kostky podle barev a auta do řad. Nyní rád staví lego, staví pistole. Má rád hru na lupiče a policii, preferuje lupiče, zlé hrdiny. Rád hraje hry na počítači, dívá se, jak se hraje minecraft. Před rokem ve školce preferoval učitele, od dětí si udržoval odstup. Dětem se straní, preferuje spíše starší děti. Konflikty řeší tím, že dotyčného uhodí. Nedávno měl konflikt ve škole se spolužákem, dal mu facku proto, že mu spolužák posunul figurku na šachovnici. Preferuje spíše kluky, holky ignoruje, pouze starší 14 letou sestřenicí zbožňuje a hrají si spolu. Ve škole stále nedokáže spolužákovi říci, aby si s ním hrál, místo toho je začne provokovat, začne po něm házet pastelky, kostky. Rád nosí do školy své poklady, sbírky a ukazuje je ostatním, na druhou stranu má strach, aby se jeho poklady neztratily. Matka uvedla, že nepozoruje výrazné změny, co její syn začal chodit na pravidelné cvičení. Lépe a trochu více se zapojuje do kolektivu, pokud ho to zajímá.

#### Vlastní pozorování

Pozorování probíhalo při cvičení organizované sdružením v Plzni a také při nácviku sociálních dovedností. V. se do kolektivu nezapojuje, s dětmi se moc nebaví, málokdy odpovídá na otázky. Matka se mu při cvičení často věnuje a dohlíží, aby splnil úkoly, jinak často jen pobíhal a hrál si s vlastními hračkami (s dinosaury). Občas kladl odpor, válel se, jindy na matku nijak nereagoval a hrál si sám. Oční kontakt navázat umí, ale nekomunikoval. Když se na konci rozdávají malé hračky nebo bonbóny, vždy se zapojí a hračku si vybere. Při nácviku sociálních dovedností málokdy splnil úkol, který mu byl zadán. Spíše se věnoval svým činnostem. Například děti měly podat ruku speciálním pedagožkám, sám ji nepodal, ale když mu ruku vzala, nebránil se a stiskl ji. Dále měly obkreslit svoji ruku, chlapec si pastelku vzal, ale kreslil si vlastní obrázky. Preferuje žlutou

a zelenou barvu. Komunikoval minimálně, párkrát odpověděl speciálním pedagožkám na dotaz. Jako jediný se skoro nezapojoval do činností, které dělaly ostatní děti. Spíše si hraje sám. Minimálně reagoval na dotazy ostatních dětí. Objevují se u něj prvky symbolické hry.

### Shrnutí

K chlapci by se mělo přistupovat trpělivě a důsledně. Rozvíjet u něj komunikační a sociální dovednosti. Je třeba pomoci mu zapojit se lépe do kolektivu a zlepšit navazování vztahů s vrstevníky. Měly by se střídát činnosti a dělat pravidelné přestávky. V rámci logoterapie procvičovat jemnou motoriku, hlavně psaní. Neměl by se narušovat pravidelný režim chlapce a předem ho připravit na případné změny. Pomocí vizualizace a přesných instrukcí ukázat chlapci, co má dělat. Zlepšit některé hygienické návyky. V současné době je chlapec negativistický, což může pramenit z přetížení ze školy, je tedy důležité ho pozitivně motivovat a chválit. Je třeba ho naučit, aby věci dotáhl do konce. V. se bojí selhání, i z tohoto důvodu je důležité ho pozitivně motivovat, aby se nebál a více se projevil. Inteligenci má nadprůměrnou, chlapec může působit, že nevnímá, ale vše ve svém okolí registruje a zpracovává v hlavě. Měl by dostat více prostoru na zodpovězení otázky, neměl by být zahlcován více otázkami najednou. Úkoly by se měly střídát a být prokládány dostatečnou relaxací.

## 4.3 KAZUISTIKA Č. 3

### Osobní údaje

Jedná se o 9 letého chlapce F. Chlapec bydlí s rodiči a s mladší sestrou ve městě za Plzní. Dochází na pravidelné cvičení organizované sdružením pro rodiny v Plzni.

### Diagnóza

Chlapec má dětský autismus a ADHD.

### Rodinná anamnéza

Oběma rodičům je 39 let. Matka má střední školu, otec vysokou školu. Oba mají dobrý zdravotní stav. Manželé jsou 12 let. Chlapec má mladší 7 letou sestru. Matka hodnotí jejich vztah jako kladný, mají se rádi. Konečnou diagnózu se dozvěděli po předchozích vyšetřeních u několika specialistů, proto hodnotí „náraz“ jako pozvolný.

Rodina diagnózu přijala pozitivně, dále matka podotýká, že podle jejího subjektivního pocitu, se někteří z rodiny nesmířili s chlapcovo diagnózou. Vztahy s prarodiči hodnotí jako výborné.

### Osobní anamnéza

F. nebyl plánované dítě. Těhotenství a porod probíhal bez vážnějších komplikací. Porodní váha a velikost dítěte byla 49 centimetrů a 2,5 kila. Vývoj dítěte probíhal v pořádku, první příznaky se projevily mezi 3 a 4 rokem. Chlapec má nápadnosti v řeči, často opakuje slyšená slova a má špatný slovosled ve větách. Do školy nastoupil s ročním odkladem. Má své rituály, na kterých lpí. Záleží na psychickém rozpoložení, pokud je v dobré náladě, je schopný na ně zapomenout, pokud je ve špatné náladě rituály ho uklidňují. Je třeba, aby znal jakoukoli změnu oproti normálu, aby se na to mohl připravit. Když je nemocný, špatně vnímá, co mu rodiče říkají, a nereaguje. Při zátěži mívá migrénu a zvrací. Špatně se soustředí, ale je snaživý. S narůstajícím věkem rodiče pozorují problém s vrstevníky. Neumí s nimi správně komunikovat, jeho spolužáky zajímají už jiné věci. Špatně se brání a nepochopí, když na něj někdo slovně útočí. Nevládá neverbální komunikaci. Poznává smutný nebo rozzlobený výraz, ale neumí s tím pracovat dál. Umí dát najevo své emoce, pláče, směje se. V hrubé motorice nemá problémy, jezdí na kole, na lyžích. Je neobratný v jemné motorice a psaní je pro něj potíží. Sebeobsahu zvládá sám bez problémů. Hru má na nižší věkové úrovni, v kolektivu nechápe pravidla her, například u fotbalu. Je samotář, spíše pozoruje. Ve škole nemá problém s vrstevníky, je na ně hodný. Má rád lidi, své spolužáky ve třídě. Je i oblíbený, protože je hodný a nekonfliktní. Ale moc se nezapojuje, spíše rád pozoruje. Matka pozoruje zlepšení, od doby, co chodí F. cvičit. Umí pojmenovat emoce a umí se svým způsobem více zapojovat mezi lidi.

### Vlastní pozorování

Pozorování proběhlo při cvičení organizované sdružením pro rodiny v Plzni a při speciálních nácvicích sociálních dovedností. F. má oblíbené děti v kolektivu, které si vybírá. Je snaživý, snaží se komunikovat a zapojuje se do činností. Komunikuje spíše po vyzvání, sám komunikuje méně. Pozornost mu občas kolísá.

## Shrnutí

Je třeba u chlapce rozvíjet komunikační dovednosti s vrstevníky, naučit ho navázat kontakt s kamarády. Procvičovat nonverbální komunikaci. Je třeba rozvíjet také sociální dovednosti, lépe chlapce zapojit do kolektivu vrstevníků. F. velmi špatně snáší změny, obtížně se vyrovnává se situacemi, kdy neví, co se bude dít, je poté více úzkostný a jeho úzkost se somatizuje, nejčastěji zvrací. Je proto dobré chlapci nenarušovat pravidelný režim a předem připravit na případné změny. Prodlužovat koncentraci pozornosti, má značné výkyvy v pozornosti, vše ho rozptýlí. Chlapec má problémy s představivostí, je třeba ho motivovat pomocí vizualizace. U chlapce by se měla nacvičovat samostatnost a naučit ho umět si zorganizovat čas.



## ZÁVĚR

Autismus je vrozené onemocnění nervové soustavy, při kterém je výrazně narušena sociální interakce, komunikace a společenské chování. Autismus spadá mezi pervazivní vývojové poruchy. Tato porucha provází daného člověka, potažmo i jeho rodinu, po celý život. V závislosti na míře poruchy, které jedinec má, je možno pomocí speciální terapie a cvičení, často i s pomocí farmakoterapie, jedince plně integrovat do společnosti. Tuto podporu zajišťuje převážně rodina a specializované organizace a sdružení. U většiny autistických dětí není na první pohled patrné, že se odlišují od ostatních a je proto velmi obtížné pro laika rozpoznat, že dítě trpí poruchou. Děti, které mají na první pohled deficit, například tělesný, jsou pozitivněji přijímány, protože ostatní ví, jak k těmto lidem přistupovat. Autistické dítě může v člověku, neznalým touto poruchou, vyvolat dojem, že je dítě nevychované a zlobivé nebo, že se ho snaží schválně vyprovokovat. Myslím si, že se informovanost o této problematice stále zvyšuje, například v rámci osvěty byl valnou hromadou Organizace spojených národů ustanoven 2. duben jako Světový den porozumění autismu.

V rámci tématu autismus jsem se aktivně účastnila speciálních cvičení pro děti s poruchou autistického spektra, dále nácviku sociálních dovedností a mimo jiné jsem měla možnost se také zúčastnit přednášky na téma integrace dětí s PAS do běžných škol. Velmi poučné pro mě byly také rozhovory s rodiči, převážně matkami, které nám ochotně odpovídaly na dotazy a následně nám otevřeně popsaly situaci v rodině po narození autistického dítěte. Z již zmíněné přednášky bylo jasné patrné, jak důležitá je spolupráce a komunikace rodiny se školou, potažmo pedagogy popřípadě asistenty a v neposlední řadě i spolužáky daného dítěte. Pokud má autistické dítě ve svém okolí lidi, kteří o jeho odlišnostech ví, respektují je a díky tomu jedince v takové míře nevyčleňují z kolektivu, pak je i integrace do běžného života daleko jednodušší. Myslím si, že přístup k autistům vyžaduje hodnoty, které v naší společnosti a uspěchané době už nejsou samozřejmostí, jedná se o trpělivost, toleranci a schopnost empatie. Tato práce by mohla posloužit k teoretickému přiblížení základních informací o problematice autismu a teoretický popis rodiny s dítětem s poruchou autistického spektra. Dále získání nových a zajímavých informací o dětech s diagnostikovaným autismem a přiblížení fungování rodin s autistickým jedincem.

## **RESUMÉ**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou poruchy autistického spektra u dětí školního věku. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Začátek teoretické části je věnován charakteristice školního věku dítěte. Další část práce popisuje autismus. Jeho historický vývoj, příčiny vzniku, popis charakteristických projevů, popis jednotlivých poruch autismu a diagnostických kritérií. Poslední kapitola teoretické části je věnovaná rodině. V této kapitole je uveden popis struktury a funkce rodiny, dále je popsána rodina s autistickým dítětem. Zde jsou uvedeny možné reakce rodiny na sdělení diagnózy a vztahy mezi sourozenci. Praktická část práce obsahuje tři kazuistiky chlapců s autismem. Kazuistiky obsahují osobní a rodinnou anamnézu a byly vytvořeny na základě rozhovoru s matkami dětí a vlastního pozorování.

## **SUMMARY**

This bachelor's degree dissertation deals with autism spectrum disorder in children of school age. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part begins with the characteristic of school age. Another part describes autism, its historical development, causes, a description of characteristic symptoms, a description of each autistic disorder and autism diagnostic criteria. The last chapter is focused to the family. This chapter describes structure and function of the family and describes the family with autistic child. Some possible reactions of the family after admission of the diagnosis are there described also as the relationships between siblings. The practical part contains three case studies of boys with autism disorder. Case reports comprise personal and family case history and have been created on the basis of interviews with mothers of children and observation of autistic children.

## SEZNAM LITERATURY

- ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-979-8.
- BARTOŇOVÁ, Miroslava, Barbora BAZALOVÁ a Jarmila PIPEKOVÁ. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 150 s. ISBN 978-80-7315-161-4.
- BAZALOVÁ, Barbora. *Poruchy autistického spektra: teorie, výzkum, zahraniční zkušenosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011, 247 s. ISBN 978-80-210-5781-4.
- BEYER, Jannik a Lone GAMMELTOFT. *Autismus a hra: příprava herních aktivit pro děti s autismem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-157-3.
- BLAŽEK, Bohuslav a OLMROVÁ, Jiřina. *Světy postižených: sociální posila v rodinách s mentálně retardovaným dítětem*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1988. 179 s.
- ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
- DE CLERCQ, Hilde. *Mami, je to člověk, nebo zvíře?: myšlení dítěte s autismem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-235-5.
- GILLBERG, Christopher a Theo PEETERS. *Autismus - zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008, 122 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-498-4.
- HOLEČEK, Václav, Jana MIŇHOVÁ a Pavel PRUNNER. *Psychologie pro právníky*. 2. rozš. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2007. Právnícké učebnice (Aleš Čeněk). ISBN 978-80-7380-065-9.
- HOWLIN, Patricia. *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-041-0.
- HOWLIN, Patricia. *Treatment of autistic children*. Chichester: J. Wiley, 1989. Wiley series on studies in child psychiatry. ISBN 0-471-92638-8.
- HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK (eds.). *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 2., dopl. vyd. Praha: Portál, 2014, 211 s. ISBN 978-80-262-0686-6.
- JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Autismus I.: problémy komunikace dětí s autismem*. Praha: IPPP, 1999. [22] s.
- JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Autismus II.: problémy v sociálních vztazích dětí s autismem*. Praha: IPPP, 2000. 19 s.

- JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Autismus III.: problémy s představivostí u dětí s autismem*. Praha: IPPP, 2000. 14 s.
- JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Autismus VI.: diagnostika a možnosti korekce chování u klientů s autismem*. Praha: IPPP, 2002. 25 s.
- JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Autismus VIII.: pedagogicko-psychologické hodnocení a výchovně vzdělávací strategie u žáků s autismem*. Vyd. 1. Praha: IPPP, 2004. 20 s. ISBN 80-86856-00-3.
- JELÍNKOVÁ, Miroslava a NETUŠIL, Radovan. *Autismus V.: hra a hračka v životě dítěte s autismem*. Praha: IPPP, 2001. [45] s.
- JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Pětidílný sborník* Praha: IPPP, 2003, 71 s.
- JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova, 2001, 103 s. ISBN 80-7290-042-0.
- KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Autismus. VII., Diagnostika poruch autistického spektra*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2003. 54 s.
- LANGMEIER, Josef, Miloš LANGMEIER a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie s úvodem do vývojové neurofyzologie*. 1. vyd. Praha: H & H, 1998, 132 s. ISBN 80-86180-03-4.
- MARKOVÁ, Zdenka a STŘEDOVÁ, Ljuba. *Mentálně postižené dítě v rodině*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987. 126 s. Knižnice speciální pedagogiky.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Rodičům mentálně postižených dětí*. 1. Vyd. Jinočany: H & H, 1992. 16 s. ISBN 80-85467-52-6.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-19-9.
- NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. 2. opr. a dopl. vyd. Praha: Portál, 1995, 163 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-024-3.
- NOVOTNÁ, Lenka, Miloslava HŘÍCHOVÁ a Jana MIŇHOVÁ. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012, 82 s. ISBN 978-80-261-0115-4.
- PATRICK, Nancy J. *Rozvíjení sociálních dovedností lidí s poruchami autistického spektra: typy a strategie pro každodenní život*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-867-8.
- PAVLAS, Ivan a Maria VAŠUTOVÁ. *Vývojová psychologie I: pro studenty učitelství a vychovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 1999, 135 s. ISBN 80-7042-153-3.

PEETERS, Theo. *Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. 1. čes. vyd. Praha: Scientia, 1998, 169 s. ISBN 80-7183-114-x.

PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1086-6.

PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky: učebnice pro vysoké školy. Díl 1, Vývoj člověka do patnácti let*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1963. 461 s. Učebnice vysokých škol.

RICHMAN, Shira a Miroslava JELÍNKOVÁ. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 127 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-102-6.

ŘÍČAN, Pavel a kolektiv. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 9788024710495.

SCHOPLER, Eric a Gary B MESIBOV. *Autistické chování*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1997. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-133-9.

SLÁDEČKOVÁ, Soňa a Irena SOBOTKOVÁ. *Dětský autismus v kontextu rodinné resilience*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014, 224 s. ISBN 978-80-244-4219-8.

SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-250-8.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 175 s. ISBN 978-80-244-2141-4.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 453 s. ISBN 80-7367-091-7.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012, 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

VERMEULEN, Peter. *Autistické myšlení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1600-3.

VOCILKA, Miroslav. *Autismus a možnosti výchovné praxe: [pro učitele speciálních škol a vychovatele ústavů sociální péče pro mentálně postiženou mládež]*. 1. vyd. Praha: Septima, 1995, 82 s. ISBN 80-85801-58-2.

## ČLÁNKY

MAHMOOD, Dr. Hamid, Prof. Dr. Munir SALEEMI, Dr. Hashim RIAZ, Yasir HASSAN a Farzana KHAN. *COPING STRATEGIES OF MOTHERS WITH ASD CHILDREN*. DOI: 10.17957/TPMJ/15.3078. ISBN 10.17957/TPMJ/15.3078. Dostupné z WWW: <<http://www.theprofesional.com/article/vol-22-no-11/prof-3078.pdf>>.

## **INTERNETOVÉ ZDROJE**

APLA [online]. Asociace pomáhající lidem s autismem [cit. 1. 3. 2016]. Dostupný z WWW: <<http://www.praha.apla.cz>>.

Autismus – o autismu [online]. Portál o poruchách autistického spektra [cit. 7. 3. 2016]. Dostupný z WWW: <<http://www.autismus.cz>>.

Autistické dítě [online]. Co je to Autismus [cit. 17. 1. 2016]. Dostupný z WWW: <<http://www.autistickedite.cz/co-je-to-autismus>>.

Metodická příručka [online]. Specifické problémy dnešních dětí ve společenských vztazích a komunikaci [cit. 1. 12. 2015]. Dostupný z WWW: <<http://www.ieducare.com/soubory/File/anotace/prirucka.pdf>>