

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

ÚSTAV PRIMÁRNÍ A PREPRIMÁRNÍ EDUKACE

# **AGRESIVITA U ŽÁKŮ S PAS NA 1. STUPNI ZŠ**

*Diplomová práce*

Autor: Hana Hajzlová

Studijní program: M7503 Učitelství pro základní školy

Studijní obor: Učitelství pro 1. stupeň ZŠ

Vedoucí práce: PhDr. Pavel Zíkl, Ph.D.



## Zadání diplomové práce

<b>Autor:</b>	<b>Hana Hajzlová</b>
Studium:	P131384
Studijní program:	M7503 Učitelství pro základní školy
Studijní obor:	Učitelství pro 1. stupeň základní školy
<b>Název diplomové práce:</b>	<b>Agresivita u žáků s PAS na 1. stupni ZŠ</b>
Název diplomové práce AJ:	Aggressive children with ASD at primary school

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Diplomová práce se zabývá spojením PAS s agresivitou u žáků prvního stupně ZŠ. V teoretické části uvádím základní informace o PAS, agresivitě žáků s PAS a možnostech řešení. Praktická bude zpracována formou kazuistických studií žáků s PAS a agresivitou v základních školách. Jejím výstupem bude analýza možností práce s těmito žáky v ZŠ.

Garantující pracoviště:	Ústav primární a preprimární edukace, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Pavel Zikl, Ph.D.
Oponent:	Mgr. Lucie Francová, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	26.5.2016

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a s použitím zdrojů, které jsem uvedla v seznamu literatury.

V Hradci Králové dne

Hana Hajzlová

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu mé diplomové práce PhDr. Pavlu Ziklovi, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady. Dále bych ráda poděkovala rodičům a učitelům dětí, kteří mi poskytli podklady pro případové studie.

## **Anotace**

HAJZLOVÁ, Hana (2018). *Agresivita u žáků s PAS na 1. stupni ZŠ*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové. Diplomová práce.

Diplomová práce se zabývá spojením PAS s agresivitou u žáků prvního stupně ZŠ. V teoretické části uvádím základní informace o PAS, agresivitě žáků s PAS a možnostech řešení. Praktická část je zpracována formou kazuistických studií žáků s PAS a projevem agresivity v základních školách. Jejím výstupem je analýza možností práce s těmito žáky v ZŠ.

Klíčová slova: poruchy autistického spektra, problémové chování, agresivita

## **Annotation**

HAJZLOVÁ, Hana (2018). *Aggressive children with ASD at primary school*. Hradec Králové: Faculty of Education University of Hradec Králové. Thesis.

This thesis is about Aggressive children with ASD at primary school. In the theoretical part are basic information about ASD, aggressive children with ASD and possibilities of solution. The practical part is processed by case reports pupils with ASD and aggressiveness at primary school. Its outcome will analyse the possibility of working with these pupils at primary schools.

Keywords: autism spectrum disorders, behavioural disorders, aggressiveness

# Obsah

Úvod.....	1
1 Poruchy autistického spektra .....	2
1.1 Definice a vymezení pojmu .....	2
1.2 Historie poruch autistického spektra .....	3
1.3 Triáda postižených oblastí vývoje u poruch autistického spektra.....	4
1.4 Etiologie poruch autistického spektra .....	4
1.4.1 Výskyt poruch autistického spektra .....	5
1.5 Klasifikace poruch autistického spektra z pohledu medicíny .....	6
1.5.1 Dětský autismus .....	6
1.5.2 Atypický autismus .....	7
1.5.3 Aspergerův syndrom.....	8
1.5.4 Dětská dezintegrační porucha .....	9
1.5.5 Jiné pervazivní vývojové poruchy .....	9
1.5.6 Autistické rysy .....	10
1.5.7 Rettův syndrom.....	10
1.6 Klasifikace poruch autistického spektra z pohledu funkčnosti .....	11
1.6.1 Vysoce funkční typ autismu .....	11
1.6.2 Středně funkční typ autismu .....	12
1.6.3 Nízko funkční typ autismu.....	12
1.7 Klasifikace poruch autistického spektra z pohledu sociálního chování.....	12

1.8	Diagnostika poruch autistického spektra .....	13
1.9	Výchova a vzdělávání dětí s poruchami autistického spektra.....	14
2	Problémové chování .....	18
2.1	Dělení problémového chování podle stupně intenzity.....	19
2.2	Výskyt a příčiny vzniku problémového chování .....	19
2.3	Specifické vzorce chování.....	20
2.4	Agrese .....	21
2.4.1	Dělení agrese.....	22
2.5	Další projevy problémového chování .....	23
2.6	Prevence problémového chování .....	24
2.7	Teoretická východiska řešení problémového chování .....	24
2.8	Metodika práce s žáky s poruchami autistického spektra a problémovým chováním ve škole .....	24
2.8.1	Strukturované učení .....	24
2.8.2	Behaviorální přístupy.....	27
2.8.3	Farmakoterapie .....	29
3	Metodologie .....	30
3.1	Případové studie .....	32
3.1.1	Anna.....	32
3.1.2	Jáchym .....	39
3.1.3	Radim.....	47



3.1.4	Tomáš.....	54
3.2	Shrnutí.....	60
3.3	Diskuse.....	62
3.4	Doporučení pro praxi .....	63
	Závěr .....	64
	Seznam použité literatury .....	65
	Online zdroje.....	68

# Úvod

V diplomové práci se zabývám agresivitou u žáků s poruchami autistického spektra na 1. stupni základní školy, která je jedním z častých projevů zmíněných poruch. Problematický je především projev autoagrese, ale nejen té, závažná je též agrese vůči jiné osobě či agrese vůči majetku.

V současné době se pojem poruchy autistického spektra dostává do povědomí široké veřejnosti více než v době minulé, avšak právě projev agresivity bývá často považován za nevychovanost, rozmazlenost či selhání rodičů, s čímž se musí potýkat většina z nich. Právě z tohoto hlediska je agresivita jako projev poruchy autistického spektra nejproblematictější. Projevy agresivity se týkají nejen běžného života v rodinném prostředí, ale i ve škole, kdy s ní přichází do kontaktu také učitelé.

Teoretická část diplomové práce je věnována vysvětlení základních pojmů, představení jednotlivých poruch autistického spektra. Zmíněno je problémové chování u těchto jedinců se zaměřením se na projev agresivity. Dále jsou uvedeny možnosti terapie a práce se žáky s poruchami autistického spektra a projevem agresivity na 1. stupni základní školy.

Praktická část je založena na čtyřech případových studiích žáků různých typů základních škol. Všichni žáci mají poruchu autistického spektra s projevem agresivity. Cílem této diplomové práce je ukázat, jaké jsou možnosti práce s těmito žáky v různých typech základní škol, jejich porovnání a hlubší popsání ilustrativních případů za využití kazuistik.

# Teoretická část

## 1 Poruchy autistického spektra

### 1.1 Definice a vymezení pojmu

Pojem porucha autistického spektra je termínem Americké psychiatrické asociace (DSM-V). V této práci je termín zmiňován jako synonymum pro pojem pervazivní vývojová porucha, který je termínem Mezinárodní klasifikace nemocí. V případě citací je zachována terminologie publikace.

Pervazivní vývojové poruchy jsou skupinou poruch, které charakterizuje kvalitativní porušení vyrovnanosti sociální interakce, především komunikace, a stereotypními zájmy. „*Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci.*“ (MKN-10, F84.0, 2018)

Pojem pervazivní Thorová (2016) vysvětluje jako všepřonikající. Tento pojem vystihuje fakt, že vývoj dítěte s poruchou autistického spektra je narušen ve více oblastech. Porucha autistického spektra je následně synonymem k poruše pervazivní.

„*Porucha autistického spektra je stav související s vývojem mozku, který má vliv na to, jak člověk vnímá a socializuje s ostatními, což způsobuje problémy v sociální interakci a komunikaci. Porucha zahrnuje také omezené a opakující se vzorce chování. Termín "spektrum" v poruchách autistického spektra se týká širokého spektra příznaků a závažnosti.*“ (Mayo Clinic Staff, 2017)

Dle Thorové (2016) jsou pervazivní vývojové poruchy jedny z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Autorka dále zmiňuje, že dítě s poruchou autistického spektra vnímá, prožívá, chová se jinak než dítě se stejnou mentální úrovní v důsledku vrozeného postižení mozkových funkcí. Postižené jsou funkce umožňující dítěti komunikaci, sociální interakci a symbolické myšlení, tedy fantazii.

Říčan, Krejčíková a kolektiv (2006) uvádějí, že pervazivními vývojovými poruchami se rozumí těžké vývojové poruchy, které se projevují v raném dětství, a to od narození nebo kolem druhého a třetího roku života.

Poruchy autistického spektra jsou doprovázeny dalšími termíny, kterými jsou termín nízko funkční autismus a termín vysoce funkční autismus. Hrdlička a Komárek (2014) definují pojem vysoce funkční autismus jako postižení, při kterém není přítomno mentální postižení, jedinec je schopen samostatnosti. U nízko funkčního autismu mentální postižení přítomno je a jedinec není schopný být samostatným.

## **1.2 Historie poruch autistického spektra**

Termín *autismus* poprvé použil americký psychiatr Leo Kanner, který si všiml nepřiměřeného chování u skupiny dětí. Následně autismus popsal, k čemuž použil dvě klíčová sousloví a to „autistická uzavřenost“ a „touha po neměnnosti“. K termínu ho inspiroval význam řeckého slova „autos“, což znamená „sám“. (Richman, 2008) Poruchu nazval jako „early infantile autism“, tedy časný dětský autismus (Thorová, 2016). O rok později popsal Hans Asperger stejné projevy a nezávisle na Kannerovi je pojmenoval jako autismus. Kanner se později věnoval spíše dětem s těžšími formami autismu, zatímco Asperger se zabýval dětmi s mírnějšími formami, které nazýval autistickou psychopatií. Tento pojem byl nahrazen pojmem Aspergerův syndrom, který poprvé použila Lorna Wingová. Wingová se dále zasloužila o rozšíření poznatků poruch autistického spektra v oblasti psychopatologie.

Richman (2008) dále uvádí, že autismus byl poprvé popsán u dětí z vyšší společenské vrstvy, jednalo se o děti rodičů, kteří měli prostředky na jejich psychiatrickou léčbu. Za příčinu vzniku autismu byly běžně označovány matky dětí.

Až v 60. letech 20. století byl tento názor přehodnocen, a to na základě výsledků výzkumu Ivara Lovaase, který se zabýval aplikovanou behaviorální analýzou. Devět z devatenácti dětí díky terapii dosáhlo na úroveň zdravých dětí. (Richman, 2008)

Poruchy autistického spektra jsou termínem novějším a používanějším. Bazalová (2017) uvádí, že termín pervazivní vývojové poruchy se používá spíše v medicínské oblasti.

### **1.3 Triáda postižených oblastí vývoje u poruch autistického spektra**

Thorová (2016) uvádí vymezení problémových oblastí, které provedla v sedmdesátých letech britská psychiatrička Lorna Wingová. Wingová nazvala tyto oblasti *triádou poškození*. Těmito oblastmi jsou sociální interakce, komunikace a představivost. Bazalová (2011) doplňuje, že Wingová spolupracovala s Judith Gould a studii provedly na 173 dětech na jihu Londýna. V jiné knize Thorová (2007) uvádí dílčí symptomy každého projevu, kterými jsou:

- sociální interakce: sociální dovednosti uplatňované ve vztazích s blízkými i cizími lidmi;
- komunikace: potíže s řečí, omezení gest a mimiky;
- představivost: hra, volný čas, schopnost používat různé předměty, reagovat.

Tyto dílčí symptomy nejsou pro diagnózu stěžejní. Stěžejní je kombinace projevů. (Thorová, 2007)

Mezi další projevy poruch autistického spektra Opařilová (in Pipeková et al., 2010) řadí přehnané smyslové reakce a problémové chování, kterým jsou především výbuchy vzteku, agrese vůči ostatním, agrese vůči sobě.

### **1.4 Etiologie poruch autistického spektra**

Říčan (2006) uvádí, že obecně známá je biologická etiologie poruch autistického spektra, a to souhra faktorů organických a hereditárních. Přičemž organické faktory zahrnují vnější negativní vlivy, které zasahují vyvíjející se centrální nervovou soustavu dítěte, pravděpodobně v raných stádiích těhotenství. Hereditární faktory jsou předmětem hypotéz.

Thorová (2016) uvádí, že genetické faktory a jejich vliv je podpořen výsledky výzkumů, které byly prováděny na dvojčatech. „*Rané studie došly k závěru, že genetika se podílí na vzniku autismu až v 90 %.*“ (Bailey, 1996; Steffenburg, 1989 in Thorová, 2016) V současnosti je zdůrazňován především vliv prostředí.

Podle Vágnerové (2004) jsou poruchy autistického spektra důsledkem organického poškození mozku i přesto, že etiologie není přesně vymezena. Dále Vágnerová uvádí genetickou podmíněnost, vlivy, které působí prenatálně, biologický základ a vnější faktory.

Jak uvádí Thorová (2016), existují různé teorie příčin, avšak v odborné literatuře není možné nalézt jednoznačné vysvětlení.

### **1.4.1 Výskyt poruch autistického spektra**

Určení výskytu každé z poruch je problematické. Výskyt autismu se obvykle uvádí jako celkový počet za všechny poruchy autistického spektra. Někteří autoři výskyt konkrétních poruch uvádí. Například Hort, Hrdlička a kol. (2008) uvádí, že výskyt dětského autismu je 5-10/10 000 dětí. Tato porucha je častější u chlapců než u dívek, a to v poměru 4-5:1.

Ze statistické ročenky školství ve školním roce 2016/2017 vyplývá, že se na území České republiky vzdělávalo formou integrace celkem 81 644 žáků se zdravotním postižením. Z celkového počtu žáků s postižením bylo 5 465 žáků s poruchou autistického spektra. Ve školním roce 2017/2018 je formou integrace v České republice vzděláváno celkem 95 631 žáků se zdravotním postižením, z toho 3 599 žáků s poruchami autistického spektra (MŠMT, 2018)

Pracovníci Centers for disease control and prevention (Centra pro kontrolu a prevenci nemocí, 2018) v USA uvádějí, že z posledních výzkumů, které proběhly v roce 2014, bylo s poruchou autistického spektra identifikováno jedno dítě z padesáti devíti. Z výzkumů také vyplývá, že se počet dětí s poruchou autistického spektra neustále zvyšuje. Například v roce 2000 se jednalo o jedno dítě ze sto padesáti, v roce 2008 o jedno dítě z osmdesáti osmi. Jako další informace k výskytu pracovníci centra uvedli, že poruchy autistického spektra se vyskytují ve všech etnických a sociokulturních skupinách a jsou přibližně čtyřikrát častější u chlapců než dívek.

## **1.5 Klasifikace poruch autistického spektra z pohledu medicíny**

### **1.5.1 Dětský autismus**

*„Typ pervazivní vývojové poruchy, která je definována přítomností abnormálního nebo porušeného vývoje manifestujícího se před věkem tří let, a charakteristickým typem abnormální funkce všech tří oblastí psychopatologie, kterými jsou reciproční sociální interakce komunikace a opakující se omezené stereotypní chování. K těmto specifickým diagnostickým rysům dále přistupuje běžně škála dalších nespecifických problémů jako fobie, poruchy spánku a jídla, návaly zlosti (temper tantrum) a agrese namířená proti sobě.“ (MKN – 10, F84.0, 2018)*

Jak uvádí Thorová (2016), jeho závažnost může být různá, a to od formy mírné, kdy se vyskytuje minimum symptomů, až po formu vážnou. Říhová uvádí (2011), že výskyt symptomů u jedince s dětským autismem je vždy ve všech částech výše zmíněné triády. Navíc se mohou vyskytovat i příznaky jako jsou poruchy spánku, specifické strachy, agrese a autoagrese apod. Thorová (2016) doplňuje nespecifické rysy o absenci spontaneity, tvořivosti při organizaci volného času, o potíže s tvořením myšlenkové koncepce apod.

#### **1.5.1.1 Diagnostická kritéria pro dětský autismus**

V knize Thorové (2006) jsou uvedena následující diagnostická kritéria:

- projev autismu před třetím rokem věku dítěte;
- kvalitativní narušení sociální komunikace, které se projevuje například absencí sociálně-emoční vzájemnosti, neschopností přizpůsobit se sociálnímu kontextu, odpovídat na lidské emoce druhých;
- kvalitativní narušení komunikace, pod kterým si lze vybavit nesprávné užívání důrazu v řeči, nedostatečnou gestikulaci či absenci emoční reakce na přátelský přístup druhých lidí;
- omezené a opakující se stereotypní způsoby chování, zájmy a aktivity, kterými jsou často data, jízdni řady, pohyby, lpění na rutině, odpor ke změnám.

## 1.5.2 Atypický autismus

*„Typ pervazivní vývojové poruchy, která se odlišuje od dětského autismu buď věkem začátku, nebo tím, že nesplňuje všechny tři skupiny požadavků pro diagnostická kritéria.“* (MKN – 10, F84.1 2018)

Thorová ve své knize uvádí (2016), že u dítěte s atypickým autismem nalezneme řadu symptomů shodujících se symptomy projevujícími se u jedinců s autismem. Bazalová (2011) uvádí, že nemusí chybět pouze jedno diagnostické kritérium, ale mohou chybět dvě ze tří.

Ve své knize Thorová (2016) dále odkazuje na Mahoneyho (1998 in Thorová, 2016), který uvedl, že v americkém diagnostickém systému atypický autismus neměl své místo, užíval se pro něj termín pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná. Proto mívají kliničtí lékaři často problém s odlišováním dětského a atypického autismu.

*„Celkově lze říci, že pouze část dětí s atypickým autismem má některé oblasti vývoje narušeny méně než děti s klasickým autismem. Vývoj dílčích dovedností je u těchto dětí značně nerovnoměrný. Z hlediska náročnosti péče a potřeby intervence se atypický autismus neliší od dětského autismu.“* (Thorová, 2016, s. 186)

### 1.5.2.1 Diagnostická kritéria pro atypický autismus

Kategorie atypického autismu nemá v evropském systému přesně stanovené hranice. Diagnóza mnohdy závisí na subjektivním mínění diagnostikující osoby. Nejdůležitější je fakt, že jedinec nesplňuje kritéria jiné pervazivní vývojové poruchy. (Thorová, 2016)

Obvykle je atypický autismus diagnostikován:

- pokud byly první symptomy autismu zaznamenány až po třetím roce života dítěte;
- pokud je abnormální vývoj zaznamenán ve všech oblastech diagnostické triády, ale diagnostická kritéria nejsou naplněna;
- pokud jedna z oblastí diagnostické triády není narušena;
- pokud se projevují autistické symptomy v nízkém mentálním věku dítěte.



### 1.5.3 Aspergerův syndrom

Aspergerův syndrom byl objeven Hansem Aspergerem, vídeňským psychiatrem, v roce 1944. Čadilová a kolektiv (2007) uvádí, že pro diagnózu Aspergerova syndromu je typický dobrý intelekt a řečové schopnosti dítěte, které jsou však v rozporu se sociálním chováním a komunikací.

Bazalová (2011) uvádí, jakým způsobem se zmíněný dobrý intelekt běžně projevuje, a to především nestandardními zájmy. Takovými zájmy jsou například znalosti jízdnicích řádů vlaků s přesnými časy, stanicemi i dalších dopravních prostředků, dále znalosti map, dopravních značek, zájmy encyklopedické.

Dle Thorové (2016) řečové schopnosti mohou i nemusí být opožděné. Většina dětí v pěti letech mluví plynule, často umí zpaměti dlouhé básně, texty, úryvky knih a po formální stránce mluví na úrovni dospělých. Na základě těchto řečových schopností dochází k problémům s komunikací ve svém sociálním prostředí. S vrstevníky nemají společná témata, obtížně navazují vztahy, často nemají žádné kamarády.

*„Liší se od autismu hlavně tím, že není opoždění ve vývoji řeči a kognitivních schopnostech. Tato porucha je často spojena se značnou nemotorností. Abnormality mají velkou tendenci přetrvávat do dospívání a dospělosti.“ (MKN – 10, F84.5, 2018)*

#### 1.5.3.1 Diagnostická kritéria pro Aspergerův syndrom

Diagnostických kritérií pro Aspergerův syndrom je podle autorů MKN-10 šest. Ve své knize je uvádí Thorová (2016):

- kvalitativní poruchy sociální interakce jako je tomu u autismu;
- stereotypní zájmy, aktivity, vzorce chování;
- problémy v sociálním, profesním i životním fungování;
- nevyskytuje se opoždění ve vývoji řeči, s čímž však Thorová (2016) nesouhlasí, protože kolem 5. roku života bývá řečová úroveň již v normě, záleží tedy na věku dítěte při diagnostice;
- intelekt, sebeobsluha a adaptivní chování jsou v normě;
- nemotornost.

### 1.5.4 Dětská dezintegrační porucha

*„Typ pervazivní vývojové poruchy, která je charakterizována tím, že po období zcela normálního vývoje následuje trvalá ztráta dříve získaných dovedností v různých oblastech vývoje průběhem několika měsíců. Typicky je to doprovázeno ztrátou zájmu o okolí, stereotypním motorickým manýrováním a porušenou sociální interakcí a komunikací, podobně jako u autismu. V některých případech může být porucha v určitém spojení s encefalopatií, ale diagnóza by měla být založena na projevech chování.“ (MKN – 10, F84.3, 2018)*

Současná podoba dětské dezintegrační poruchy se významně neliší. Thorová (2016) uvádí, že dětská dezintegrační porucha se projevuje i emoční labilitou, agresivitou, hyperaktivitou, abnormní reakcí na sluchové podněty a dalšími. Období tzv. „normálního vývoje“ probíhá po dobu dvou let, následně přichází regres v získaných schopnostech. Stejně údaje uvádí i Bazalová (2011), která navíc doplňuje informaci, že porucha se může projevit až kolem 10. roku věku dítěte. Hrdlička a Komárek (2014) uvádějí, že tato porucha nezbudila žádný větší zájem o její výzkum, protože je poruchou vzácnou.

### 1.5.5 Jiné pervazivní vývojové poruchy

Thorová (2016) o této skupině poruch autistického spektra uvádí, že se jedná o kategorii, která není v Evropě příliš používaná. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (2018) by se tato diagnóza měla používat pro poruchy, jejichž projevy se nerovnjí žádné z ostatních diagnóz, obvykle jsou některé z nich protichůdné. Kritéria pro diagnostiku nejsou přesně definována. Podle Thorové (2016) v praxi rozlišujeme dva typy dětí spadajících do kategorie jiné pervazivní vývojové poruchy, kterými jsou:

- děti, jejichž narušení kvality komunikace, sociální interakce i hry není v takové míře, aby odpovídalo autismu; některé z dílčích schopností v triádě jsou téměř v normě, avšak nejedná se o děti bez potřeby zvýšené péče;
- do druhé skupiny dětí patří jedinci, jejichž oblast představivosti je výrazně narušena; typická je i neschopnost rozeznávat realitu a fikci, stereotypní zájmy; dále sem patří děti, které mají schizotypní a schizoidní rysy a nevyhovuje jim konkrétní porucha autistického spektra.

### 1.5.6 Autistické rysy

Thorová (2016) uvádí, že chybí jednotná definice diagnózy autistických rysů. Není totiž jasné, zda jsou autistické rysy synonymem pro symptomy poruch autistického spektra nebo projevem chování, které neodpovídá ani jedné z výše zmíněných diagnóz. V případě Thorové (2016) není užívání této diagnózy vhodné, protože chybí oficiální definice, jsou takto pouze označovány děti, které nejsou typickým vyjádřením Kannerova syndromu, anebo jsou autistické rysy naopak diagnózou pro děti, které autismus nemají.

V Mezinárodní klasifikaci nemocí se již s tímto pojmem nesetkáme, jedná se o pojem zastaralý. Avšak pojem „Mentální retardace s autistickými rysy“ je uveden jako starší pojem pro atypický autismus. (MKN 10, F84.1, 2018)

### 1.5.7 Rettův syndrom

*„Stav až dosud zjištěný pouze u dívek s obvyklým začátkem ve věku 7-24 měsíců. Po období časného vývoje, probíhajícího normálně, se objevuje částečná nebo pozvolná ztráta řeči a porucha obratnosti při chůzi a užívání rukou, současně se zástavou růstu hlavy.“ (MKN – 10, 2018)*

Rettův syndrom je vývojovou poruchou mozku, jejíž příčiny se neustále zkoumají. (Thorová, 2016) Zhruba 80 % případů vzniká podle Huppke a Kerra (2000 a 2001 in Thorová, 2016) geneticky. „Zbýlých 20 % tvoří dívky, u nichž se nepotvrdí na základě dosavadních limitovaných znalostí genetická porucha, ale splňují kritéria Rettova syndromu či se k nim nenápadně blíží.“ (Solaas, 2002 in Thorová, 2016) Pokud gen stejně mutuje u chlapce, nemá novorozenec šanci na dlouhé přežití. Dle Bazalové (2001) je kromě postižení řeči, funkčních pohybů rukou, zastavení sociálního vývoje a herních dovedností pro Rettův syndrom typické nadměrné a časté slinění, vyplazování jazyka, vybočení páteře či apraxie okohybných svalů. Vágnerová (2012) uvádí, že Rettův syndrom postihuje 0,007 % dívčí populace.

## **1.6 Klasifikace poruch autistického spektra z pohledu funkčnosti**

Bazalová (2011) uvádí, že klasifikace poruch autistického spektra z pohledu funkčnosti není oficiální klasifikací. Jedná se o způsob fungování jedince s poruchou autistického spektra ve společnosti, protože právě u těchto jedinců se stupeň funkčnosti mnohdy výrazně liší. V České republice se vymezují tři následující typy funkčnosti, v anglicky mluvících zemích Evropy a v USA jsou to typy dva. Jedná se pouze o vysoce a nízko funkční autismus.

Podle Thorové (2016) je vždy narušena schopnost přizpůsobovat se změnám. Potíže s adaptací se poté projevují v různých souvislostech, jako je změna:

- v rituálu dítěte při činnosti jako je například stravování či uspávání;
- prostředí nebo v prostředí, kdy se dítě snaží obnovit původní stav;
- osoby v domácím nebo školním prostředí;
- v požadavku na spolupráci, kdy dítě následně vymýšlí únikové strategie ze situace.

### **1.6.1 Vysoce funkční typ autismu**

Vysoce funkčním autismem je myšlena porucha, při které není přítomno mentální postižení. Jedinec je schopen alespoň částečně samostatného fungování, což znamená, že se jedná o celkově lehkou formu postižení. (Hrdlička, Komárek, 2014)

Bazalová (2011) uvádí, že vysoce funkční typ autismu bývá často zaměňován s Aspergerovým syndromem. Jedinci s tímto syndromem mívají méně potíží, obvykle také vyšší intelekt a vývoj řeči nebývá opožděn. Nejedná se však o pravidlo, Aspergerův syndrom nemusí být pouze vysoce funkční.

Vysoká úroveň adaptability je Thorovou (2016) charakterizována v pěti oblastech, a to v oblasti sociálního chování, komunikace, hry a volného času, intelektu, chování a aktivity. Jedinec s vysoce funkčním autismem se zajímá o sociální vztahy, komunikuje, i když je pro něj typická ulpívavost na tématech či jiné verbální rituály. Dále má zvláštní zájmy, obtížně chápe pravidla, nezajímá se o kolektivní hry. Jeho intelekt je průměrný či

nadprůměrný. Jedinec s vysoce funkčním autismem je schopný spolupracovat, na motivaci reaguje, je přiměřeně aktivní.

### **1.6.2 Středně funkční typ autismu**

Hrdlička a Komárek (2014) uvádí, že „*středně funkční autismus zahrnuje jedince s lehkou nebo středně těžkou mentální retardací, kde je již více patrné narušení komunikativní řeči a v klinickém obraze přibývá stereotypií.*“ Bazalová (2011) doplňuje, že určení funkčního typu závisí na diagnostice a názoru diagnostikující osoby.

Thorová (2016) opět uvádí základní charakteristiku funkčnosti dítěte s autismem v jednotlivých oblastech. Dítě se středně funkčním typem autismu je více uzavřené, hůře navazuje kontakty. V oblasti komunikace rozumí běžným pokynům, objevují se zvláštnosti v řeči, jako je například echolalie či agramatismy. Při hře se objevují stereotypní manipulace s předměty, prvky konstrukční hry a problémové chování je většinou zvladatelné. Vyskytuje se také hyperaktivita či hypoaktivita.

### **1.6.3 Nízko funkční typ autismu**

Nízko funkční autismus bývá diagnostikován u jedinců s těžkým či hlubokým mentální postižením. (Hrdlička, Komárek, 2014) Typická je v sociálním chování uzavřenost, neschopnost navazovat kontakty. V komunikaci se jedná o neschopnost vyjadřovat se i porozumět. Jedinci s nízko funkčním typem autismu často vydávají pouze zvuky. Thorová (2016) dále uvádí, že převažuje manipulační nebo žádná hra a výrazné problémové chování, kdy jedinec vyžaduje neustálý dohled, nespolupracuje, je negativistický, těžce hyperaktivní či hypoaktivní.

## **1.7 Klasifikace poruch autistického spektra z pohledu sociálního chování**

Bazalová (2011) uvádí, že v roce 1979 popsala Lorna Wing tři typy sociální interakce u jedinců s poruchami autistického spektra, a to typ osamělý, pasivní a aktivní – zvláštní. O 18 let později k němu Thorová (2016) přidala ještě typ formální – afektovaný. V České republice díky Thorové, jako přední odbornici na diagnostiku poruch autistického spektra, je používán ještě typ pátý a to smíšený – zvláštní.

*Osamělým typem* jsou děti odtažitě, uzavřené, bez snahy navazovat fyzický kontakt, komunikovat, nezajímají se o vrstevníky, kolektivní hry. V ranném věku se neprojevuje separační úzkost. (Thorová, 2016)

*Typ pasivní* jsou jedinci, kteří se nevyhýbají kontaktu, ale neumí vyjádřit své potřeby, projevují omezenou schopnost empatie. Obvykle se neobjevují poruchy chování, ve většině případů jsou to děti hypoaktivní. (Thorová, 2016)

Dalším typem je *typ aktivní – zvláštní*, který charakterizuje nepřiměřený sociální kontakt, kdy jedinci nemají k druhé osobě vztah, avšak nedodrží intimní vzdálenost, lidí se dotýkají, i když je neznají. Jejich chování bývá problematické a obtěžující. Častým projevem je hyperaktivita. (Thorová, 2016)

*Typ formální* – afektovaný je typický pro jedince s vyšším IQ. Jedinci mají dobré vyjadřovací schopnosti, chovají se konzervativně, imitují dospělé. Problémem je, že doslovně nechápou vše slyšené, nechápou ironii, bývají sociálně naivní a jsou nepřiměřeně věku zdvořilí. (Thorová, 2016)

Poslední, dle Thorové, je *typ smíšený – zvláštní*, kdy je sociální chování nesourodé, ovlivněné prostředím a situací. Objevují se prvky osamělosti, pasivity i aktivního přístupu. Projevují se prvky všech ostatních typů. (Thorová, 2016)

## **1.8 Diagnostika poruch autistického spektra**

Komplexní diagnostika poruchy autistického spektra je, jak uvádí Opařilová (in Pipeková et al., 2010), mezioborová. V diagnostice je zahrnuto vyšetření psychologické a psychiatrické, neurologické a speciálně – pedagogické.

Při psychologické a psychiatrické diagnostice se využívá několik škál. Škála s názvem CARS, tedy Škála dětského autistického chování, z anglického Childhood Autism Rating Scale, se využívá v České republice pro rámcové hodnocení míry dětského autismu. Tato škála se používá pro již dvouleté děti nebo děti, které dosáhly osmnácti měsíců mentálního věku, avšak i přesto nemluví. (Opařilová in Pipeková, 2010)

Dále se provádí neurologická diagnostika a to proto, že u přibližně poloviny jedinců s poruchou autistického spektra bylo zjištěno poškození mozku, jak uvádí Opařilová (in Pipeková, 2010).

Následná speciálně-pedagogická diagnostika je zaměřena na hodnocení vývojové úrovně a chování. V České republice se používají Psycho – edukační profily a Edukační hodnotící profily.

V současné době je vyvíjen tlak na sjednocení diagnostického postupu, jak uvádí Bazalová (2017). Celý proces je náročný, komplikovaný a závisí na odborné vzdělanosti osoby, která diagnostiku provádí, i pracovišti, na kterém je diagnostika prováděna.

Stanovení diagnózy je pomyslným odrazovým můstkem pro volbu dalších kroků, postupů. (Bazalová, 2017)

Reynolds a Kamphaus (2013) uvádí následující diagnostická kritéria:

- deficity v sociální komunikaci a sociální interakci jsou trvalé, projevují se téměř ve všech situacích;
- vzorce chování a zájmů jedince jsou omezené a opakují se;
- příznaky se projevují v ranném věku (i přesto že se nemusí projevit plně);
- symptomy negativně působí v sociálních, pracovních i dalších oblastech;
- poruchu nelze vysvětlit pouze intelektuálním postižením.

## **1.9 Výchova a vzdělávání dětí s poruchami autistického spektra**

### **Výchova, rodina dítěte s poruchou autistického spektra**

Jak uvádí Říčan (2006), výchova dětí s poruchami autistického spektra je velmi náročná. Již od útlého věku je důležitá dostatečná emoční opora a vedení rodičů.

Každá rodina dítěte s poruchou autistického spektra si po sdělení diagnózy projde několika fázemi. Jak uvádí Thorová (2016), vztah rodičů a dítěte se utváří již v těhotenství, rodiče plánují budoucnost již nenarozenému dítěti, o to těžší je poté smíření se s diagnózou, budoucností dítěte, případně rodiny.

Jako první nastává *období sdělení diagnózy, šok*. V tomto období si podle Thorové (2016) rodiče kladou spoustu otázek, na které ještě neznají odpovědi, přemáhají příval emocí a nezvládají vnímat důležité informace. Vosmik a Bělohlávková (2010) doplňují, že v tomto stadiu se s rodiči setkají pravděpodobně i učitelé a doporučují umožnit rodičům projevit své emoce, poskytnout jim dostatek informací a zachovat klid.

Poté následuje *zapojení obranných mechanismů*, kdy jsou rodiče dítěte otřeseni. „*Šok vyvolává obranu.*“ (Vosmik, Bělohlávková, 2010) Jedním z obranných mechanismů je popření neboli útěk ze situace, kdy utichne prvotní rozruch kolem diagnózy a o problému se nemluví. Pokud okolí rodinu utvrzuje v tom, že je tato reakce na situaci vhodná, doba popření se prodlužuje. Po popření dochází k vytěsnění, kdy si obvykle rodiče stěžují na nedostatečnou informovanost, která však vzniká jako důsledek jejich vytěsnění již obdržených informací. Třetím obranným mechanismem je kompenzace nebo také víra v zázrak. Rodiče si přečtou několik článků na internetových stránkách a věří, že jejich dítě se „uzdraví“. V takovém případě je nutné projevit trpělivost, chování rodičů neodsuzovat. (Thorová, 2016) Ve školním prostředí je důležité trpělivě vysvětlovat, začít poskytovat potřebnou zvláštní péči. (Vosmik, Bělohlávková, 2010)

Následně nastává *depresivní období v přijímání diagnózy*. Toto období se daří zdárně překonat především díky dobrým vztahům v rodině. U většiny rodičů se objevují agresivní reakce vůči okolí, hledá se viník, dochází k častým konfliktům mezi partnery, ale i dalšími jedinci. (Thorová, 2016) Ve školním prostředí je podstatné o emocích hovořit, být trpěliví a tolerantní. (Vosmik, Bělohlávková, 2010)

Po bouřlivějším období nastává *období kompenzované*. Deprese je na ústupu, očekávání se upravují, rodiče se snaží o dítě aktivně a racionálně postarat. (Thorová, 2016) Toto období se také nazývá *realistické*. V tomto období je důležité zapojit oba rodiče, konkrétně je úkolovat. (Vosmik, Bělohlávková, 2010)

Posledním obdobím je *období životní rovnováhy, přebudování hodnot*. V této fázi rodina přijímá dítě s poruchou autistického spektra takové, jaké je, prožité trauma funguje jako motivátor k tomu, aby členové rodiny byli moudřejší, měli více porozumění. (Thorová, 2016) V tomto období se často mění žebříček hodnot celé rodiny. (Vosmik, Bělohlávková, 2010)



## Vzdělávání

Možnosti vzdělávání jsou legislativně ustanovené, a to školským zákonem č. 561/2004 Sb., který stanovuje možnost inkluzivního vzdělávání ve školách hlavního vzdělávacího proudu a ustanovuje povinnost spádové školy vzít každého žáka ze své oblasti. Zároveň pro zařazení dítěte do speciální školy je nutná žádost rodičů, případně zákonných zástupců. Jak uvádí Bazalová (2017), u žáků s poruchami autistického spektra bývají nejčastěji v běžných školách vzděláváni žáci s Aspergerovým syndromem. Pro žáky s lehkým mentálním postižením jsou určeny bývalé základní školy praktické. Podle nové vyhlášky (27/2016 Sb.) se jedná o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami ve školách existujících na základě § 16 odst. 9 školského zákona. Právo na vzdělávání v základní škole speciální mají žáci se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, se souběžným postižením, více vadami a žáci s poruchami autistického spektra (§ 48 školského zákona). Celkově ze statistik vyplývá, že ve školním roce 2017/2018 je do běžných základních škol integrováno celkem 95 631 žáků, z toho 3 599 žáků s poruchami autistického spektra. Ve speciálních třídách a školách je vzděláváno 27 212 žáků se zdravotním postižením, z toho 1552 s poruchami autistického spektra. V běžných třídách je vzděláváno 68 416 žáků se zdravotním postižením, z toho 2 047 žáků s poruchami autistického spektra.

Možnosti základního vzdělávání, které uvádí Bazalová (2017), jsou:

- „ve školách hlavního vzdělávacího proudu (podle novelizovaného školského zákona a navazující vyhlášky se klade výrazný důraz na tento způsob);
- ve speciálních školách pro žáky se zdravotním postižením;
- ve třídách, odděleních nebo studijních skupinách ve školách (pro děti s poruchami autistického spektra, ale i jen s Aspergerovým syndromem nebo s různými typy postižení);
- jiným způsobem (individuální vzdělávání bez pravidelné účasti ve vyučování nebo vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením)“ (Bazalová, 2017, s. 127)

Thorová (2016) uvádí, že integrace do běžné základní školy, běžné třídy není vhodná pro všechny žáky s poruchou autistického spektra. Integraci je předem nutné konzultovat s pracovníkem poradenského zařízení. Thorová (2016) uvádí i faktory, které mohou být předpokladem úspěšné integrace, a to:

- dítě je schopno navazovat kontakt;
- před nástupem do školy si dítě vytvořilo (alespoň částečně) schopnost spolupracovat;
- dítě je adaptabilní (alespoň částečně);
- extrémní emoční reakce se neobjevují příliš často;
- dítě umí napodobovat;
- chování dítěte není problémové;
- dítě není příliš hyperaktivní;
- rodina dítěte spolupracuje se školou, s poradenskými zařízeními, je motivována k integraci;
- řečové schopnosti dítěte jsou rozvinuté.

Rozhodnutí, zda dítě integrovat či nikoli není snadné. Thorová (2016) uvádí jako výhody integrace kontakt žáka s poruchou autistického spektra se zdravými vrstevníky, v případě přítomnosti asistenta možnost individuálního přístupu, dobrý pocit rodičů z toho, že se alespoň pokusili, pokud se integrace nezadaří. Mezi nevýhody následně řadí například nižší míru uspokojenosti specifických potřeb dítěte, vyšší emoční zátěž pro rodiče, negativní dopad přítomnosti dítěte s poruchou autistického spektra na spolužáky a podobně.

## 2 Problémové chování

Termín *problémové chování* má řadu synonym jako například abnormální, odchýlné, poruchové, dysfunkční, nepřizpůsobivé apod. Emerson (2008) uvádí, že tyto pojmy dříve popisovaly širokou škálu neobvyklého chování jedinců s těžkým mentálním postižením. Termínu *problémové* v sobě nezahrnuje určité předsudky jako většina ostatních pojmů. Pod tímto termínem se může objevit i chování ukázněné, logicky organizované. Jak uvádí Emerson (2008), důležité je zmínit, že pojmem *problémové* nerozumíme psychickou poruchu. Emerson definuje problémové chování jako „*kulturně abnormální chování takové intenzity, frekvence nebo trvání, že může být vážně ohroženo fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých, nebo chování, které může vážně omezit používání běžných komunitních zařízení nebo může vést k tomu, že dané osobě do nich bude odepřen přístup.*“ (Emerson, 2008, s. 13)

Thorová (2016) uvádí, že obtížné výchovy a řízení dětí s autismem si všiml již Van Krevelen v 50. letech. Krevelen pozoroval, zda se záchvaty vzteku objevují při zázkech a neúspěchu, Kanner zase popisoval záchvaty při změnách. Thorová (2016) dále uvádí, že poruchy chování nejsou přímým diagnostickým kritériem poruch autistického spektra, avšak se spolu obvykle pojí. „*Celkový obraz problémového chování závisí na celkové tíži symptomatiky, osobnostních predispozicích dítěte, výchovném a terapeutickém přístupu v minulosti i současnosti. Některé problémové chování je naučené, jiné má biologický základ a behaviorální terapii není odstranitelné.*“ (Thorová, 2016, s. 174)

Jako formy problémového chování uvádí Thorová (2016) sebezraňování, destruktivní činnost, agresivitu, afektivní záchvaty, výraznou stereotypní činnost a rituály. Problémové chování ovlivňuje chod celé rodiny, projevuje se v mnoha aspektech. Bazalová (2017) projevy problémového chování doplňuje o plivání, vulgarismy, nevhodné sexuální projevy.

V průvodci pro rodiče dětí s poruchou autistického spektra Thorová (2011) uvádí, že za problémové rodiče autistických dětí často chybně označují kývání, olizování hraček, poskakování, třepání rukama a podobně. V takových případech se však obvykle jedná o uvolňování napětí, vyrovnávání se se stresovou situací. Dítě tento projev z určitého důvodu potřebuje a pokud nikomu neublíží, neměl by mu v tom nikdo bránit.

## **2.1 Dělení problémového chování podle stupně intenzity**

Problémy v chování Thorová (2016) rozlišuje na:

- *mírné*, kdy zdraví dítěte není ohroženo, dítě nezpůsobuje materiální škody, problémy v chování se objevují zřídka a je možné je usměrnit, společně se vyskytuje jeden až dva typy problémů;
- *středně těžké*, kdy již dochází ke škodám materiálním, pro okolí i dítě samotné je riziko úrazu či následků, současně se vyskytuje několik typů problémového chování, které je spojené s rigiditou, je obtížné je odklonit, typická je i vyšší emoční labilita;
- *těžké*, kdy je ohroženo zdraví dané osoby i jejího okolí, poškozování majetku je opakované, problémy v chování se objevují každý den, intervencí je funkční behaviorální analýza a často i podpůrná medikace, společně se vyskytuje více typů problémového chování s rigiditou, je opět obtížné je odklonit, častá vysoká emoční labilita.

## **2.2 Výskyt a příčiny vzniku problémového chování**

Thorová (2016) uvádí, že zhruba u jedné třetiny dětí s poruchami autistického spektra se projevují agresivní a sebepoškozující tendence. Problémy v chování u dítěte s poruchou autistického spektra podle Thorové (2011) nastávají při nepochopení v komunikaci, při neschopnosti určování času, při nepochopení neverbálních projevům, při neobvyklém vnitřním prožívání situace. Jedinec se dostává do situace, která je z jeho pohledu příliš složitá a on není schopen si říci o pomoc. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

Podle Bazalové (2017) je četnost a intenzita problémového chování u jedinců s poruchami autistického spektra tím vyšší, čím hlubší je mentální postižení a postižení v oblasti komunikace. V letech 2010–2011 provedla Bazalová (2017) výzkum, který se týkal výskytu agresivity u dětí s poruchou autistického spektra a účastnilo se ho 237 rodičů těchto dětí. Z výsledků vyplynulo, že agresivita se vyskytuje u 52 % případů. Častější byla agrese vůči sobě samému než agrese vůči okolí. Jako příčinu takového chování rodiče uváděli nesplněná očekávání, která dítě mělo, událost, kterou nebylo možné předvídat, neplánovanou změnu nebo přerušení činnosti.

Richman (2008) uvádí příčin problémového chování hned několik:

- *prostředí* – pokud se v určitém prostředí dítě necítí příjemně a nemá to komu sdělit nebo to sdělit neumí, může se projevovat nevhodným chováním, taková reakce může nastávat například v jedné místnosti v bytě ale i při přechodu ven;
- *zdravotní problémy* – například u dětí, které mají ortopedické vady se může projevit problémové chování při dlouhé chůzi; děti, které tloučou hlavou či ušima do zdi, země, tahají se za vlasy, často trpí ušní infekcí, v takových případech je nutné odborné vyšetření lékaře, které vyloučí zdravotní důvody nežádoucího chování;
- *přiměřenost úkolů* – důležité je na dítě klást přiměřené nároky, nepřetěžovat ho, dopřát mu dostatek odpočinku, například při psaní, které dělá dítěti problém, dělat pauzy, kdy se vrátí ke své oblíbené činnosti a následně zase pokračovat;
- *sebestimulační chování* – jedná se o projevy, které přináší dítěti určité uspokojení, klid v oblasti smyslů, například třepání rukama, pohupování se, chůze po špičkách; tyto projevy není snadné omezit, protože přináší právě zmíněné uspokojení smyslů;
- *získávání pozornosti* – v získávání pozornosti se často změní sebe stimulační činnosti, při kterých si dítě ubližuje, matka ho přijde uklidnit, konejšit, dítě si to spojí s tím, že takovým způsobem získá potřebnou pozornost, obecně si dítě problémovým chováním vyžaduje pozornost dospělé osoby;
- *únik před povinnostmi* – u dětí s poruchou autistického spektra je běžné využívání nevhodného chování pro únik z nepříjemné, pro ně nezvladatelné, situace nebo vyhýbání se těžkému úkolu.

### **2.3 Specifické vzorce chování**

U jedinců s poruchami autistického chování se často setkáváme s určitým stereotypním chováním. Jedinci opakují pohyby, slova, činnosti. Gillberg a Peeters (1998) uvádí ve své knize motorické stereotypy, které se obvykle objevují již v prvním roce života. Jedná se o opakované pohyby, které mohou vypadat jako tiky. Nejčastěji se setkáváme se třepáním máváním či plácáním rukama. Kromě těchto pohybů je také oblíbené dívání se mezi prsty jedné ruky, kterou děti obrací z jedné a druhé strany a přikládají k obličeji. Z některých

stereotypních vzorců chování se postupem času stává sebezraňování. Pro jedince s poruchou autistického spektra je běžný snížený práh bolesti.

Kromě motorických pohybů zmiňují Gillberg a Peeters (1998) ještě omezený repertoár chování a zájmů. Takové chování nesouvisí s úrovní intelektu ani s věkem jedince. Děti i dospělí s poruchou autistického spektra se obvykle dlouhodobě zabývají stejnou činností.

Thorová (2016) dále uvádí percepční poruchy. Jedinci s poruchami autistického spektra mají svůj zvláštní způsob vnímání, bývají přecitlivělí nebo naopak málo citliví na smyslové podněty. Často také bývají fascinováni, projevují zvýšený zájem o určité senzorické vjemy.

Také emoční reaktivita je především u mladších dětí minimální. Není neobvyklé, že děti s poruchami autistického spektra neprojevují své emoce vůbec. Pokud se však jedná o podnět, který je nepříjemný, může nastat emocionální výbuch. (Thorová, 2016)

Specifika se projevují i v adaptabilitě, jak uvádí Thorová (2016). Schopnost přizpůsobovat se změnám je u jedinců s poruchami autistického spektra vždy narušena, záleží pouze na míře narušení. Některé dítě reaguje na změnu vztekem a agresí, jiné si nechá danou situaci vysvětlit.

## **2.4 Agrese**

Na úvod tématu agrese je důležité rozlišit pojmy agrese a agresivita. Matějček s Dytrychem (1997) uvádí, že *agrese* je určitý akt, chování či projev jedince v určité situaci. Pojmem *agresivita* označujeme trvalou vlastnost, kterou mají v určité míře všichni lidé společnou a stojí za agresivním chováním. „*Agresivitou a násilím se rozumí manifestní, pozorovatelné chování, vedené úmyslem poškodit jiný organismus (zvíře či člověka) nebo předmět neživotný.*“ (Fischer, Škoda, 2014)

Dále se v práci objevuje pouze pojem agrese, která je právě útočným jednáním jedinců s poruchami autistického spektra. Čermák (1999) pojmy doplňuje o *násilí*, které je chováním, jehož záměrem je někomu fyzicky ublížit, obvykle však bývá z agrese vyčleňováno. Pojem *asertivita* je Čermákem (1999) vysvětlena jako dispozice k agresivnímu chování. *Hněvem* se rozumí stav, kterým je agrese ve většině případů

doprovázena, jedná se o stav emocionální. *Hostilitou* je negativní postoj k jednomu či více lidem, který se projevuje nadměrou kritikou vůči nim.

Agrese jako taková je podle Poněšického (2010) psychologickou mohutností, jejíž hlavním cílem je poškodit, a to především přírodu, hmotné věci, lidi nebo sebe samotného. Agrese je vrozenou vlastností, díky které je jedinec schopný se prosadit či bránit.

Všeobecně je agresivita častější u mužského pohlaví, jak uvádí Janata (1999), což způsobuje testosteron, který je mužským pohlavním hormonem. Agresivita u žen vzrůstá až po menopauze.

Schopler (1999) uvádí, že agresivní chování trápí rodiče dětí autistických dětí ze všeho nejvíce. Ohrožení se netýká pouze dítěte, ale jeho celé rodiny, jejíž chod je tímto problémovým chováním narušen.

Agresivní chování může podle Schoplera (1999) vyvolat například pocit zklamání z neschopnosti domluvit se, komunikovat, špatného pochopení sociální situace, chybné vnímání druhých lidí a další.

### **2.4.1 Dělení agrese**

Čermák (1999) uvádí, že s agresí se setkáváme každý den, a to přímo či nepřímo. S tím souvisí i praktické hledisko dělení agrese na *přímou, nepřímou a verbální, fyzickou*. Agresivní jedinec může zaútočit přímo verbálně, nepřímo verbálně, přímo fyzicky či nepřímo fyzicky. Čermák (1999) uvádí, že v případě nepřímé agrese se jedná o situaci, kdy není možné, aby agrese probíhala přímo, a to z důvodu uvědomění si jejich důsledků. Projevem nepřímé verbální agrese jsou například pomluvy, nevhodné poznámky. Projevem nepřímé fyzické agrese je především ničení majetku. Agrese může být dále *symbolická*, což znamená, že se projevuje v kresbách či jiných uměleckých dílech.

#### **Autoagrese**

Synonymem pojmu agrese je sebezraňování. Podle Hartla a Hartlové (2015) se jedná o agresi vůči sobě. Pod agresi vůči sobě Schopler (1999) zahrnuje tlučení hlavou, mačkání očí, kousání rukou, trhání vlasů, mačkání kloubů, škrábání kůže na nose.

## **Heteroagrese**

Jedná se o agresi zaměřenou na jinou osobu než na sebe samého. (Hartl a Hartlová, 2015) Agrese vůči druhým je obvykle způsobena zklamáním z neschopnosti domluvit se s ostatními jedinci, jak uvádí Schopler (1999). Hartl a Hartlová (2015) ještě dodávají, že v krajním případě heteroagrese končí vraždou.

## **Agrese vůči majetku**

Tento typ agrese se obecně projevuje poškozováním hmotných věcí.

## **2.5 Další projevy problémového chování**

### **Problémy se spánkem a jídlem**

Problémy se spánkem jsou u dětí s poruchou autistického spektra časté. Problémy mohou být krátkodobé i dlouhodobé. Problémy se netýkají pouze dětí, ale samozřejmě i dospělých jedinců s poruchou autistického spektra.

Problémy s jídlem bývají spíše dlouhodobějším problémem. Jak uvádí Thorová (2016), běžné jsou extrémní případy, kdy děti vyžadují nebo naopak odmítají jídlo určité barvy, jídlo určité konzistence, jídlo určitého tvaru. Opět se nejedná pouze o problém dětí, ale i dospělých.

### **Problémy v sexuálním chování**

Problémy v sexuálním chování jsou úzce spjaté s problémy v sociálním chování, které jsou jedním z projevů poruchy autistického spektra. Těmto problémům je podle Thorové (2016) možné předcházet včasnou sexuální výchovou, nácvikem sociálních dovedností. Problémy, se kterými je možné se u jedinců s poruchami autistického spektra setkat jsou:

- přílišná masturbace, která je typická pro předškolní věk;
- neschopnost rozlišovat, co je veřejné a co je intimní stejně jako co je vhodné a co nevhodné;
- neschopnost běžného kontaktu s osobou, která v jedinci vzbudila sexuální zájem;
- neporozumění sociální situaci;



- zaměření se na předměty, které vzbuzují sexuální zájem a při jejichž získání se mohou jedinci dopustit přestupku;
- nedostatečné vysvětlení vhodného veřejného chování, sexuálních projevů.

## **2.6 Prevence problémového chování**

Emerson (2007) uvádí, že pro prevenci problémového chování je nutné zajistit, aby tito jedinci žili, pracovali, učili se v podnětném prostředí, rozvíjeli své sociálně vhodné i adaptivní chování.

## **2.7 Teoretická východiska řešení problémového chování**

Thorová (2011) uvádí, že pro zmírnění problémového chování u dítěte s poruchou autistického spektra je nutné zaměřit se na příčiny, které jsou spouštěčem daného chování. Pro začátek je nutné dodat dítěti bezpečí zpřesněním časového a prostorového vymezení. Dále se dítě učí vyjádřit své pocity, potřeby, přání. Potřebné je dítěti ukázat, že nemusí mít obavy z navazování nových vztahů, ze sociálního kontaktu. Vše by mělo probíhat postupně a nenásilně. Stejně tak je nutné, aby dítě více poznávalo samo sebe. Vhodná je metoda tvoření prožitkového deníku, kam si dítě lepí fotografie z různých zážitkových situací, případně vpisuje poznámky.

## **2.8 Metodika práce s žáky s poruchami autistického spektra a problémovým chováním ve škole**

Bazalová (2017) uvádí jako základní pravidla práce s těmito dětmi strukturu, vizualizaci, neměnnost, motivaci a zajištění funkční komunikace. *„Jedná se o pravidla přesnosti, jasnosti instrukcí a zajištění předvídatelnosti, jasné a konkrétní motivace, vyšší míry tolerance, důslednosti v přístupu, vyšší míry vizuální podpory, využití hmatu, vhodné a efektivní strategie nácviků zohledňující speciální potřeby klientů a nadstandardní řešení obtíží s pozorností.“* (Bazalová, 2017, s. 63)

### **2.8.1 Strukturované učení**

Čadilová a Žampachová (2012) uvádí, že základem celé metodiky strukturovaného učení je teorie učení a chování. Dále uvádějí, že strukturované učení vzniklo pro děti

s poruchami autistického spektra, jelikož využití této metodiky umožňuje zohlednit celou škálu poruch autistického spektra, osobnostních i charakterových zvláštností a mentální úroveň dítěte. Podle Bazalové (2017) je strukturované učení alfou a omegou při práci s dětmi s poruchami autistického spektra.

*„Strukturované učení je možné charakterizovat jako ucelený, speciálněpedagogický přístup, uzpůsobený specifickým potřebám a stylu učení osob s poruchou autistického spektra.“* (Tuckermann, Häußler, Lausmann, 2014, s.6)

### **2.8.1.1 TEACCH program**

Metodika strukturovaného učení vychází z TEACCH programu. Ten vznikl jako reakce na tvrzení, že děti s poruchou autistického spektra jsou nevzdělavatelné, v roce 1966 ve Spojených státech. Jeho název TEACCH znamená Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children, tedy Terapie, výchova a vzdělávání dětí s autismem i jiným komunikačním handicapem. Opařilová (in Pipeková, 2010) uvádí, že program vznikl spoluprací rodičů dětí s poruchami autistického spektra a profesionálů. Nejdůležitější je podle TEACCH programu včasná diagnóza a speciální pedagogická péče. Thorová (2016) uvádí jako zásady a filozofii zmíněného programu individuální přístup, propojení školní a domácí práce s dítětem, integraci do společnosti, vztah mezi intervencí a hodnocením, pozitivní přístup i k dětem s problémovým chováním. S tímto programem jsou rodiče velice spokojeni, jak uvádí Thorová (2016). Rodiče vidí zlepšení v chování dětí, rozvoj v komunikaci. Výhodou je také to, že náklady na aplikaci teorie do praxe jsou nízké.

### **2.8.1.2 Výhody strukturovaného učení**

Jako výhody strukturovaného učení Čadilová a Žampachová (2012) uvádí:

- strukturované učení vychází z moderních vědeckých poznatků;
- vychází z respektování individuality dítěte;
- intervence vychází z vývojové úrovně dítěte a osobnostních charakteristik;
- hodnocení je založeno na specifických metodách, specifickém přístupu;
- kognitivní deficity jsou snižovány;
- důraz je kladen na silné vývojové stránky dítěte;

- díky strukturovanému učení je dítě s poruchou autistického spektra flexibilnější v myšlení i chování, umí zobecňovat získané dovednosti;
- úzká spolupráce s rodinou dítěte;
- optimismus ve výchově a vzdělávání žáka s poruchou autistického spektra.

Čadilová a Žampachová (2012) uvádí čtyři principy strukturovaného učení a pouze intervence využívající dále uvedené principy zajišťuje přiměřený přístup k jedincům s poruchou autistického spektra.

### **Individualizace**

Individualizací se rozumí princip poznání konkrétních potřeb konkrétního jedince, individuální přístup, postup při vzdělávání. Čadilová a Žampachová (2012) zdůrazňují důležitost tohoto principu, protože při vzdělávání dítěte s poruchou autistického spektra je zapotřebí myslet na nejmenší detaily.

### **Strukturalizace**

Jak uvádí Čadilová a Žampachová (2008), se slovem struktura a strukturalizace se setkáváme téměř denně a téměř všichni potřebujeme ve svém životě určitý řád, strukturu. Jedincům s poruchami autistického spektra můžeme pomoci právě jednoznačným uspořádáním prostředí, času i jednotlivých činností. Pro tyto jedince je důležitá orientace. Díky strukturalizaci je možné předcházet problémovému chování.

### **Vizualizace**

Dle Čadilové a Žampachové (2008) vizualizace úzce souvisí s předchozím pojmem, tedy strukturalizací. Strukturu a vizuální podporu od sebe není možné oddělit. Dále uvádí, že díky vizuální podpoře je pro jedince s poruchou autistického spektra snazší strukturovat svůj čas, prostor, činnosti. Vizuální podporou je možné kompenzovat handicap ve funkci pozornosti a paměti.

### **Motivace**

Čadilová a Žampachová (2008) uvádí, že při práci s dětmi s poruchami autistického spektra je klíčová motivace používaná jako způsob ovlivňování jejich chování. Uvádí také, že „*systematické poskytování odměn za žádoucí chování vede u řady dětí k trvalému*

*zlepšení chování. Je důležité si uvědomit, že je daleko výhodnější uplatňovat pozitivní motivaci („Když tohle uděláš, dostaneš..“, „Moc mi pomůže, když tohle pro mě uděláš.“) než negativní podněty („Když to neuděláš, nedostaneš...“, „Jestli mi nepomůžeš, neudělám ti...“). (Čadilová a Žampachová, 2008, s. 66)*

## **2.8.2 Behaviorální přístupy**

Schopler a Mesibov (1997) uvádí, že porucha autistického spektra není jednotným onemocněním, což je předností, kterou mají behaviorální přístupy. Behaviorální přístup spočívá ve studiu a pochopení specifických projevů v řeči, pozornosti, sociálním chování.

Behaviorálních přístupů užívaných u dětí s poruchou autistického spektra je více. Konkrétní výběr je závislý na individuálních dispozicích dítěte. Schopler, Reichler a Lansing (2011) dělí behaviorální intervence do tří skupin, z nichž první je pozitivní posilování, druhou jsou mírné tresty a třetí skupinou jsou tresty přísné.

Pozitivní posilování spočívá v odměňování, které je závislé na vývojové úrovni dítěte. Pokud dítě nechápe vztah mezi vhodným chováním a odměnou, je nutné odměňovat ihned a ideálně pamlskem. Pokud dítě již tento vztah chápe, je vhodné volit souhlas a odměnu poskytnout s odstupem času. (Schopler, Reichler, Lansing, 2011)

Mírné trestání je prováděno spontánně a je velice důležité při rozvoji vhodného chování dětí. Takovým trestem je například zavrtění hlavou. Trestání se postupně navyšuje, přísné tresty, například izolaci, je vhodné použít pouze v případech, kdy mírnější formy selhaly. (Schopler, Reichler, Lansing, 2011)

### **2.8.2.1 Aplikovaná behaviorální analýza (ABA)**

Aplikovaná behaviorální analýza je individuálním přístupem zaměřeným na konkrétní dítě. Jejím propagátorem byl tým odborníků vedených Olem Iivarem Lovaasem. „*Jedná se o propracovaný, strukturovaný a systematický intervenční program, který se u lidí s PAS používá od šedesátých let.*“ (Thorová, 2016, s. 406) Tento program je velice intenzivní, terapeuti přímo pracují s dítětem 40 hodin týdně. Celý program je založený na pěti krocích, kterými si dítě musí postupně projít a pokaždé si krok dostatečně osvojit. (Thorová, 2016)

Jak uvádí Čadilová s Žampachovou (2012), aplikovaná behaviorální analýza se používá u lidí různého věku a různého postižení. Zaměřuje se na chování, proces učení, stejně tak na jedince i jeho rodinné zázemí. I přesto, že je vysoce individuální, Čadilová a Žampachová (2012) uvádí následující společné znaky:

- vedení odborným terapeutem;
- srozumitelnost cílů pro všechny účastníky;
- stanovení objektivní škály pro posouzení dosažení cílů;
- možnost přizpůsobovat cíle a postupy aktuálním potřebám;
- zaměřenost cílů především na dovednosti, které nejsou dostatečně rozvinuté;
- posloupnost složitosti nácviku dovedností od jednodušších ke složitějším;
- zaměření na samostatnost v naučených dovednostech;
- důrazné využívání pozitivních sociálních interakcí;
- posilování vhodného chování, odučování nevhodného;
- využívání technik, pomocí kterých bude jedinec schopen použít naučené dovednosti v různých situacích;
- využití rozmanitých situací pro nácvik;
- spolupráce s rodinou.

Hrdlička a Komárek (2014) uvádí pět kroků, kterými si prochází každý účastník aplikované behaviorální terapie. Prvním krokem je *zaznamenávání problémového chování a následná analýza chování, lékařské posouzení*, kdy je potřebné zjistit, v jakých případech, situacích, prostředích, kontaktu, s kterou osobou, se vyskytuje či nevyskytuje problémové chování dítěte. Pokud nezjistíme, co konkrétního je spouštěčem, přejdeme ke druhému kroku, a to *analýze prostředí*. Při analýze prostředí je nutné analyzovat, jak působení jedince na prostředí, tak i působení prostředí na jedince. Pokud je prostředí v pořádku, tedy nespouští jedincovo problémové chování, dostáváme se ke třetímu kroku, a to *analýze činností a volného času*. Při této analýze je proveden rozbor veškerých činností, strukturalizace času. „*Pokud klientovi dává náplň dne smysl, úlohy jsou přiměřeně obtížné a zajímavé, a přesto přetrvává výskyt problémového chování, přidáme čtvrtý krok postupu.*“ (Hrdlička, Komárek, 2014, s. 179) Čtvrtým krokem jsou *odměny za vhodné chování*, na který naváže *averzivní tlumení*, spočívající v systematické změně

klienta prostřednictvím restriktivních postupů. Restriktivní postupy jsou postupným řešením jednotlivých konkrétních problémů. (Hrdlička, Komárek, 2014)

*„Využívání ABA při vzdělávání žáků s autismem je velmi efektivní způsob, jak naučit nové dovednosti.“* (Čadilová, Žampachová, 2012)

### **2.8.3 Farmakoterapie**

Jednou z možností řešení problémového chování je medikace. Nejedná se o školský postup, ale bývá využíván, a proto je důležité, aby byl také uveden. Hrdlička a Komárek (2014) také uvádějí, že konkrétně u dětského autismu byly provedeny studie různých druhů psychofarmak. *„Dosud nebyla nalezena žádná účinná farmakologická léčba proti tzv. jádrovým příznakům autismu (narušení řeči a komunikace, sociální izolace, abnormální zájmy apod).“* (Hrdlička, Komárek, 2014) Dále uvádějí, že pomocí psychofarmak je možné léčit agresivitu, emotivitu, poruchy spánky a další projevy autismu. Schmidtová (in Čadilová, Jůn, Thorová, 2007) rozděluje psychofarmaka na:

- neuroleptika, která se používají ke zvládnání problémového chování, agresivity, neklidu, tlumení nadměrné sexuální aktivity a celkovému utlumení;
- antidepresiva, anxiolytika a thymostabilizátory, které ovlivňují efektivitu jedince, používají se ke zvládnutí autoagrese a heteroagrese, působí protiúzkostně;
- psychostimulancia, hypnotika a nootropika, která mají budivý účinek na centrální nervový systém a ovlivňují vědomí, procesy učení a paměti.

## Praktická část

### 3 Metodologie

Následuje praktická část diplomové práce, která se zabývá kvalitativním výzkumem. Výzkum je proveden prostřednictvím případových studií. Kvalitativní výzkum je podle Maňáka a Švece (2004) podrobná analýza dat, nikoli jejich kvantifikace. „*Kvalitativní výzkum se provádí nejčastěji jako intenzivní a dlouhý kontakt s terénem nebo životní situací. Tyto situace jsou často zcela banální, týkající se každodenního života jedince, skupiny, společnosti nebo organizace.*“ (Hendl, 1999, s. 43) Podle Skutila (2011) je jednodušší spíše kvantitativní výzkum než mnou zvolený výzkum kvalitativní. Je důležité použít kvalitativní metodologii, orientovat se v oblasti, která je předmětem zkoumání, předvídat, přizpůsobit se, mít dostatek času pro sběr dat a jejich vyhodnocení.

Hendl (2005) ve své knize uvádí jaké přednosti, a naopak jaké nevýhody kvalitativní výzkum má. Mezi přednosti patří například získání podrobných informací, podrobného vhledu při zkoumání, ať jedince či skupiny, události. Další předností je bezpochyby zkoumání osoby, jevu apod. ve svém přirozeném prostředí. Kvalitativní výzkum umožňuje studovat procesy a navrhopat teorie atd. Jeho stinnou stránkou je získaná znalost, která nemusí být zobecnitelná ve svém kontextu. Při kvalitativním výzkumu se obtížně ověřují a testují hypotézy a teorie a také jsou výsledky snadno ovlivnitelné osobností, preferencemi, postoji výzkumníka.

Hendl (1999) uvádí několik zásad kvalitativního výzkumu:

- *otevřenost* – což se projevuje především tím, že plán výzkumu či jeho hypotézy jsou dotvářeny až v průběhu výzkumu;
- *zahrnutí subjektivity* – zde Hendl uvádí, že výzkumník by měl umět být kritický;
- *procesuálnost* – výzkum je procesem, ve kterém se mění metody, způsoby interpretace;
- *reflexivita* – výzkumník musí být schopen reagovat na nečekané aspekty;
- *zaměření na případ* – v průběhu výzkumu je věnována pozornost jednotlivým objektům výzkumu, provádí se jejich popis, navrhuje se teorie apod.;

- *historicitu a kontextuálnost* – pro porozumění výzkumu je důležité situování v širším sociálním a historickém kontextu a snaha pochopit veškeré jevy, projevy v kontextu dané situace;
- *problematizace determinovanosti* – „Kvalitativní výzkum má odhalit, jak lidé aktivně odpovídají na podmínky. Ne pouze popisovat uzavřené řetězce chování jako reakcí na dané podmínky.“ (Hendl, 1999, s. 45);
- *iterativní heuristika* – již počáteční sběr dat je obvykle analytickým procesem, získané výsledky dále ovlivňují průběh výzkumu.

Jako metodu sběru dat jsem si zvolila neformální rozhovor. Hendl (2005) uvádí, že neformální rozhovor probíhá jako přirozená interakce, otázky jsou generovány spontánně. Nasbíraná data se následně u každého rozhovoru liší. Výhodou neformálního rozhovoru je skutečnost, že na jeden rozhovor může navazovat rozhovor další, a to se stejnou osobou. Oba zúčastnění poté staví na předchozím rozhovoru a informace dále rozvíjejí. „*Síla neformálního rozhovoru spočívá v tom, že rozhovor zohledňuje individuální rozdíly a změny situace. Otázky mohou být individualizovány, aby se dosáhlo hloubkové komunikace a využilo se prostředí a situace a aby se zvýšila konkrétnost a bezprostřednost rozhovoru.*“ (Hendl, 2005, s. 175) Dále Hendl uvádí jako slabost neformálního rozhovoru fakt, že získání veškerých potřebných informací je časově náročné. Kvalita rozhovoru je závislá na tom, jak je tazatel schopný rozhovor vést.

Rozhovory jsem vedla vždy s matkou a třídní učitelkou dítěte, jejichž případové studie jsou v diplomové práci předkládány. Včetně neformálních rozhovorů jsem využila i studium zdravotní dokumentace, doporučení poradenského zařízení, individuálních vzdělávacích plánů, slovního hodnocení a vysvětlení. Závěry u každé kazuistiky jsou zaznamenány prostřednictvím SWOT analýzy. „*SWOT analýza je univerzální analytická technika zaměřená na zhodnocení vnitřních a vnějších faktorů ovlivňujících úspěšnost organizace nebo nějakého konkrétního záměru (například nového produktu či služby). Nejčastěji je SWOT analýza používána jako situační analýza v rámci strategického řízení.*“ (Management Mania, 2017) Jelikož se jedná o univerzální analytickou techniku, je možné ji používat i v případě vzdělávání. Díky této technice je na konci každé kazuistiky tabulka s důležitými informacemi o silných a slabých stránkách v práci s daným dítětem, o případných hrozbách a příležitostech.



## **3.1 Případové studie**

### **3.1.1 Anna**

#### **Rodinná anamnéza**

Uvedené informace jsem získala na základě rozhovoru s matkou Anny.

Anna (9 let) žije v úplné rodině s otcem, matkou a o sedm let starší sestrou. Podle názorů matky není jejich soužití idylické, a to především proto, že rodina se přizpůsobuje a podřizuje potřebám Anny.

Matka i otec jsou vyučeni, otec pracuje jako obráběč kovu, matka je OSVČ, čímž má možnost svou pracovní dobu upravovat potřebám Anny. Sestra studuje střední školu, přes týden je na internátu, takže je s Annou v kontaktu pouze o víkendech či prázdninách. Když je starší dcera doma, vyžaduje Anna pozornost rodičů, především matky, více, než když je na internátu.

Rodiče ani sestra netrpí žádnou poruchou, jejich celkový zdravotní stav je dobrý, avšak otec prodělal před dvěma lety infarkt, jak uvedla matka. Na základě vyšetření poradenským zařízením rodiče zjistili, že starší sestra je nadaná v hudebním oboru, její inteligence je v pásmu zvýšeného nadprůměru.

Anna je v rodině jediná, kdo trpí poruchou autistického spektra se. Jak matka uvedla, další prokázané onemocnění, které se v rodině objevilo, je epilepsie. Jedná se o příbuzné z matčiny strany. Anny babička (z matčiny strany) trpí od mládí epilepsií, kterou léčí antiepileptiky. Strýc matky trpěl afektivní poruchou, která však léčena nebyla. Diagnózy dalších generací nejsou známé, ale z vyprávění matky je zřejmé, že se především psychiatrické poruchy projevovaly v rodině častěji, nejedná se však o konkrétní diagnózy. V rodině z otcovy strany se nevyskytují žádná postižení.

#### **Osobní anamnéza**

Z informací sdělených Aninou matkou jsem se dozvěděla, že Anna se narodila na jaře roku 2008 jako donošené miminko. Těhotenství probíhalo bez problémů, ale z důvodu

vysokého alfa fetoproteinů byla provedena aminocentéza, jejíž výsledek byl negativní. Po narození Anna měřila 47 centimetrů a vážila 2550 gramů.

Chodit začala Anna v jednom roce a šesti měsících, do té doby se nejraději plazila. Lezení ve svém vývoji úplně vynechala. Ve srovnání se starší sestrou byly její schopnosti opožděné a omezené. Již v batolecím věku byla silně fixovaná na matku. Matka mi sdělila, že oba rodiče se ji snažili rozvíjet podle zkušeností s předchozím dítětem, matka s dcerou navštívila několikrát pediatričku, která ji vždy uklidnila, že Anna je v naprostém pořádku.

Opožděný byl i řečový vývoj, mluvit krátké a jednoduché věty začala Anna ve 3 letech, delší a složitější věty používala až po čtvrtém roce života.

V 5 letech nastoupila Anna do školky, kde si paní učitelka všimla, že si dívka nehraje s ostatními dětmi, naopak se jich straní. Také si nehraje se stejnými hračkami jako ostatní, občas si představuje imaginární hru bez jakýchkoliv pomůcek. Díky mladé paní učitelce, která měla spoustu informací o poruchách autistického spektra z nedávno ukončeného studia, byla Anna poslána na první vyšetření. Do této doby byla vždy všemi lékaři považována za zdravou holčičku, která se pouze opoždí a vše časem dožene.

Již v předškolním věku se začalo projevovat agresivní reagování na situace, které Anna nezvládala vykomunikovat. Stačila drobná změna denního plánu, narušení určitého rituálu (jako například pořadí večerní hygieny a večeře) a Anna reagovala vztekem a náhodným vykřikováním vulgarismů a urážek.

Dnes je Anna žačkou 3. třídy, trpí nadváhou a vzhledem vypadá starší, což je pravděpodobně způsobeno předčasnou pubertou. Anna má husté tmavé vlasy a kdyby se usmála, vypadala by jako sympatická mladá slečna, její postižení nebylo při setkání na první pohled zřejmé. Anna je však, dle slov matky, většinu dne negativistická a zamračená. Agresivně a vulgárně nereaguje jen na změny v plánech, ale i pokud se jí něco nelíbí či něco nechce dělat. Matka uvedla, že tyto situace nastávají v poslední době často. Anna reaguje agresivně vůči sobě, kdy si ubližuje údery o tvrdé předměty, vykřikuje náhodná vulgární slova a nadávky, případně je agresivní vůči matce. Matka si sama neumí tyto činy vysvětlit, dle jejích slov, je ona nejbližší osobou, kterou Anna má,

i přesto jí je ubližováno. Rodina se, jak mi sdělila sama matka, nachází v obtížné situaci, kdy přemýšlí o budoucnosti nejen Anny, ale celé jejich rodiny.

### **Lékařská anamnéza**

#### *Logopedická vyšetření*

Z lékařské zprávy jsem se dozvěděla, že Anna dochází k logopedovi již třetím rokem. Rozvíjená je obsahová složka řeči, prováděny jsou myofunkční cvičení se špachtlí, masáže ortofaciální oblasti. Artikulace Anny se zlepšuje, stejně jako artikulace sykavek, hlásky *l*. Nejvíce problémová je hláska *r*.

#### *Psychologická vyšetření*

Ze zpráv pedagogicko-psychologické poradny jsem se dozvěděla, že Anně bylo provedeno již více psychologických vyšetření, a to nejprve vyšetření školní zralosti, na jehož základě jí byl doporučen odklad školní docházky pro nezralost. Dále vyšetření psychologičkou, která uvedla na základě pozorování, že Anna neudržuje oční kontakt, občas mluví nesrozumitelně, zpoždění ji rozruší a je vyšetřována vždy v přítomnosti matky. Kresba otce, kterou změnila na kresbu rodiny, byla nezralá a dětská. Otec ve středu listu působil žensky, byl největší. Všechny postavy měly dlouhé vlasy, paže ztvárněné jednodimenzionálně. Do kresby přidala i slunce a mraky. Vyšetřena byla na žádost matky z důvodu vážného zdravotního stavu otce, který lékařka Anně pomohla sdělit přiměřeně jejímu stavu a rozumové úrovni.

Z výsledků vyšetření vyplynulo, že Anna datum svého narození nezná, bylo jí naměřeno IQ = 52, přičemž percepční vnímání zasahuje do pásma středně těžkého mentálního postižení. Problematicky se začleňuje do kolektivu. Pokud nechápe své okolí, reaguje agresivně.

#### *Neurologické vyšetření*

V 6 letech byla Anně stanovena konečná diagnóza, a to Asociací pomáhající lidem s autismem (APLA, dnes NAUTIS), která zní vysokofunkční autismus. Dále byla Anně diagnostikována porucha pozornosti (ADHD) a porucha chování a emocí.

V předchozím roce se projevíly epileptické tonické záchvaty, nyní díky medikaci Anna záchvaty nemívá, zřídka se objevují absence, o kterých mě informovala její matka.

### *Další vyšetření*

Na očním oddělení byl Anně ve 3 letech diagnostikován strabismus, který je nyní napraven. Následně byla zjištěna amblyopie, která se koriguje brýlemi na dálku.

Genetické vyšetření nepotvrdilo žádné získané předpoklady pro Aniny poruchy.

Na endokrinologii je Anna sledována pro předčasnou pubertu, medikaci nedostává.

### **Pedagogická anamnéza**

Anna navštěvuje základní školu praktickou (v současnosti školu dle §16 odst. 9), nyní její třetí třídu. V této škole je od začátku povinné školní docházky. Ve třídě má několik kamarádek a milou paní učitelku. Kromě té je ve třídě i asistentka pedagoga, která je zároveň školním speciálním pedagogem.

Paní učitelka mi sdělila, že oblíbeným předmětem Anny je český jazyk, jelikož vyniká v pamětném učení, které využívá například při recitaci básní. S tím souvisí i její ostych v kolektivu, který paní učitelka zmírňuje díky vyzdvihování Anniných předností.

V matematice Anně jasně chybí početní představa. Při počítání tedy využívá nejrůznějších pomůcek, které má k dispozici i při písémkách. Matematika je pro Annu předmět, který ji nejvíce stresuje, sama má pocit, že ji neovládá. Právě v hodinách matematiky se projevuje nejvíce agresivně.

Výtvarná výchova a pracovní činnosti, dle slov učitelky, patří také mezi Aniny oblíbenější předměty, i když vývoj jemné i hrubé motoriky je opožděný.

Opoždění vývoje hrubé motoriky se projevuje především v hodinách tělesné výchovy, kde se Anna vyhýbá všem novým aktivitám.

Anna je vzdělávána podle individuálního vzdělávacího plánu, který byl sepsán již v prvním ročníku a další roky na něj paní učitelka navazuje. Očekávané výstupy jsou omezené na minimální.

Kromě předmětů v hodinách navštěvuje Anna i odpolední kroužky, kterých škola nabízí spoustu. Od první třídy chodí na kroužek keramiky, která jí pomáhá s rozvíjením a trénováním jemné motoriky a rodiče i paní učitelka mají radost, že Annu baví. Letos si ke keramice přibrala ještě divadelní kroužek, čímž své okolí překvapila, protože i přes své problémy v sociální oblasti dokáže vystupovat, spolupracovat.

Podle paní učitelky je Anna milá slečna, které někdy vydrží dobrá nálada po celý den, jindy je tomu naopak. Paní učitelka je téměř v každodenním kontaktu s matkou Anny, předávají si informace, mohou spolu hovořit narovinu, jak sama uvádí. Společně se snaží zamezit agresivním výstupům a paní učitelka věří, že se jim toto chování podaří omezit na minimum.

### **Agresivní projevy**

Jak již bylo zmíněno výše, u Anny se agrese projevuje především sebezraňováním a zraňováním matky. Dle slov matky i paní učitelky prozatím nedošlo k útoku vůči spolužákům, jiným dětem ani jiným dospělým.

Při zraňování sebe samotné používá Anna vždy určitý předmět. Daný předmět si předem nevybírá, nezaměřuje se na něj. Tímto předmětem se následně tlučte především do hlavy či obličeje, což není pravidlem. V případě, že se jedná o ubližování směrem k matce, používá Anna své pěsti. Informace jsem získala od matky Anny.

### **Opatření a pomoc dalších osob**

Matka Anny i její třídní učitelka o sobě říkají, že jsou již „vytrénované“ a velmi pohotové. Pro předcházení ubližování sobě samotné nenechávají v Anině blízkosti žádné tvrdé a ostré předměty. V případě, kdy Anna s takovými předměty manipuluje nebo je má ve své blízkosti, jsou obě ženy vždy připravené zakročit. Paní učitelka uvedla, že však není možné v každé situaci předvídat, který předmět si Anna vybere, a proto z počátku bylo náročné zabránit tomu, aby si Anna opravdu neublížila.

V praktickém životě se tato opatření týkají především využíváním plastového nádobí, molitanových a gumových hraček, stejně jako školních pomůcek. Anna píše obyčejnou tužkou, která nebývá ořezaná do špičky.

Anna navštěvuje psychologa, se kterým by měla hovořit o situacích, kdy dochází k agresi. Dle slov matky se Anně o těchto jevech nehovoří snadno a pravděpodobně nemá zájem o nich hovořit. V posledních šesti měsících došlo dvakrát k situaci, kdy na sezení nemohla matka s Annou dorazit, z důvodu agresivního výstupu Anny ještě před odjezdem. Matka se domnívá, že ke zmíněnému agresivnímu výstupu došlo právě z důvodu psychologického sezení.

Matka mi sdělila, že psychoterapeuta ani psychiatra s Annou prozatím nevyhledala. Dále také uvedla, že na práci s Annou se podílí především ona sama, případně učitelka, v době školní docházky. Od matky jsem zjistila, že otec se snaží o zabezpečení rodiny, ne však o starosti s domácností a Annou. Starší sestra Anny již nesdílí s rodinou společnou domácnost, avšak v počátcích byla nápomocná, především s vizualizací režimu dne.

Paní učitelka mi sdělila, že analýza autoagrese u Anny nebyla provedena, i přesto že matka získala od školního poradenského zařízení doporučení. Paní učitelka nemá kompetence k intenzivnější práci s Annou a speciální pedagog ve škole nefunguje dle očekávání, jak uvedla sama učitelka.

## **Závěr**

Z výše uvedených informací o Anně a jejích agresivních projevech vyplývá, že matka s učitelkou jsou jediné, kdo s Annou pracuje a pečuje o ni. Dle mého názoru však nevyužívají všech dostupných metod a volí pouze zvýšený dohled nad Annou, tudíž potřebná péče není dostatečná. V případě psychologa se dle mého názoru jedná o takový případ, kdy k němu Anna dochází pouze proto, že ji tam matka vodí. Fakticky u Anny nedochází k žádné terapii, k řešení agrese, dochází pouze k řešení krizových situací.

O Annu pečuje pouze matka, bylo by tedy vhodné zapojit do péče i otce. Domnívám se, že by bylo také vhodné obrátit se na další odborníky, především psychiatra či psychoterapeuta, stejně jako komunikovat s jinými rodiči, kteří řeší podobné záležitosti. Stejně tak by bylo vhodné, aby matka brala doporučení školského poradenského zařízení vážně a byla provedena analýza autoagrese.

Ve škole je uplatňován systém strukturovaného učení, v domácím prostředí je Anna zvyklá především na vizualizaci. Dle mého názoru bylo vhodné dospět i ke strukturalizaci, propojit školní a rodinné prostředí.

Z matky jsem měla pocit, že chce Anně pomoci sama, avšak postupně jí ubývají síly. Domnívám se, že předcházet ubližování si u Anny nebude možné po celý život pouze používáním plastového nádobí, molitanových pomůcek při vzdělávání apod.

Tab. 1 SWOT analýza – Anna

Silné stránky	Slabé stránky
péče ze strany matky; přístup učitelky; strukturované učení	péče dalších členů rodiny; absence činnosti speciálního pedagoga
Příležitosti	Hrozby
psychiatr, psychoterapeut; KBT; rodinná terapie; zapojení speciálního pedagoga	případné stupňování agresivity v důsledku absence terapie; vyhoření pečujících

### **3.1.2 Jáchym**

#### **Rodinná anamnéza**

Jáchym je jedenáctiletý chlapec, který žije se svým o čtyři roky starším bratrem v úplné rodině. Otec však doma netráví příliš času, má dvě zaměstnání. Matka Jáchyma mi sdělila, že otec se práci věnuje především proto, že neumí zvládat stres, kterému se doma nevyhne.

Otec má střední vzdělání zakončené maturitní zkouškou, matka má vyšší odborné vzdělání a pracuje jako OSVČ, stejně jako matka předchozí, z důvodu péče o Jáchyma. Jáchym se není schopný dopravit do školy sám, z čehož vyplývá, že na matce závisí ranní odvoz a odpolední vyzvednutí Jáchyma. Matka má také dvě zaměstnání, ale obě provozuje z domova a Jáchymovi se tak může věnovat 24 hodin denně.

Matka mi sdělila, že oba rodiče Jáchyma nemají žádné zdravotní problémy. Dále jsem se od ní dozvěděla, že starší bratr má od školního věku diagnostikované ADHD. Právě porucha pozornosti se mezi příbuznými vyskytuje častěji. Příbuzná z matčiny strany trpí lehkými depresemi, sestřenice matky trpí těžšími depresemi a úzkostmi. Bratr babičky z matčiny strany měl dětskou mozkovou obrnu. Z otcovy strany je u bratrance zřejmé lehké mentální postižení.

#### **Osobní anamnéza**

Matka uvedla, že Jáchym se narodil v prosinci roku 2006 v plánovaném termínu. Jednalo se o již páté těhotenství matky, tři z nich byly na přelomu 3. a 4. týdne ukončena pro missed AB. Porodní váha Jáchyma byla 4 400 g a 52 cm. Celé těhotenství probíhalo jako rizikové. Porod byl komplikovanější než u Jáchymova staršího bratra. Jáchym měl omotanou pupeční šňůru kolem krku, porodní nádor a velmi silnou novorozeneckou žloutenku. Byl tedy lékaři sledován, a to až do jeho čtyř měsíců, kdy byly veškeré výsledky v pořádku.

Podle matky byl Jáchym „jiný“ už od mala. Matka měla podezření na určité rysy poruchy autistického spektra, ale nepovažovala za důležité jim věnovat více pozornosti. Jáchym již od předškolního věku trpěl nočními děsami. Vždy probíhaly stejně a to tak, že hleděl do dálky a jen křičel. Matka ho musela držet, aby si neublížil. Také nerad navazoval oční



kontakt, prošel si obdobím, kdy muselo být vše seřazené podle něj, sebemenší změnu poznal a vztekal se. Nejvíce si střežil hračky v poličkách, jídlo na stole a oblečení. Také nevyhledával společnost ke hře, hrál si nejraději sám a nejčastěji hrál hru „na někoho“. Podle slov matky miloval kostýmy a chtěl být někdo jiný. Pokud si hrál na někoho, bývala to postava z filmu, kterou velice detailně napodoboval.

Dalším jeho zvykem byla obliba vždy v jedné z pohádek, a to na několik týdnů. V pozdějším věku se zaměřil na číslo 4, vše chtěl opakovat čtyřikrát (čtyřikrát políbit na dobrou noc, čtyřikrát pohladit, čtyřikrát se mohla matka dotknout jeho ruky apod.). Dnes se již nezaměřuje na číslo 4, ale na všechna sudá čísla. Matka uvádí, že lichá čísla ho uvádějí do nepokoje. Proto se rodina vyhýbá například lichým místům v divadle, kině apod.

Řečový vývoj byl, dle anamnézy uvedené ve zprávě z pedagogicko-psychologické poradny, opožděný. Lékaři se domnívali, že má Jáchym přirostlou podjazykovou uzdičku, ale ani její přestřížení nevedlo k nápravě. Jáchym nechtěl opakovat slova ani po matce, nejbližší osobě. Měl svou vlastní řeč, které rozuměla pouze ona.

Chodit začal chlapec v 11 měsících. Ve dvou letech prodělal závažnější onemocnění, měl dlouhodobě vysoké horečky, byl hospitalizován, dostával kapačky a prošel si mnoha vyšetřeními. Následně se mu na nohách vytvořilo onemocnění *erythema nodosum*, což je zánětlivé postižení podkožních tkání. V předškolním věku následovaly ještě neštovice, v 10 letech prodělal mononukleózu a otřes mozku. Matka uvádí, že jinak byl nemocný málo, ale nyní dlouhodobě trpí na migrény.

Dle matčiných slov se ve školce Jáchymovi nelíbilo, stranil se kolektivu, měl pocit, že ho tam nikdo nemá rád a vyžadoval se pouze matky. To se však změnilo nástupem do školy, kam se Jáchym moc těšil. Ještě před zahájením povinné školní docházky uměl číst. Celý srpen před začátkem školy vyžadoval každodenní kontrolu, zda už škola není otevřená. V prvních dvou ročnících se vyhýbal ostatním dětem, neustále si stěžoval na hluk a nedodržování pravidel, nespravedlnost, nedostatek učení. Podle slov matky však ještě bylo vše zvládnutelné, i přestože si Jáchym vynutil ranní odvedení i vyzvednutí pouze od ní.

Ve třetí třídě se jeho obtíže zhoršily natolik, že se o přestávkách zavíral na toaletě, v úterý nechtěl chodit do školy vůbec nebo ho matka musela vyzvednout, protože zvracel. V té době Jáchym začal mít panický strach z únosu, z nemocí, z toho, že umře jeden ze členů rodiny. Měl také obavy z utrácení, bál se, že rodina nebude mít peníze, a to především na jídlo. Jeho obavy rostly, až si Jáchym v létě nekoupil ani zmrzlinu, šetřil vodou při hygieně, ředil mýdla, šampony a podobně. Současně také úplně ztratil oční kontakt, nebyl schopný nikam dojít, nic neudělal bez doprovodu matky. Každé ráno vyžadoval změření teploty, promačkání břicha, zkontrolování krku, až poté mohl jít do školy. Častější však byly dny, kdy zvracel, jeho migrény se zhoršily.

V té době, tedy v období třetí třídy základní školy, nastoupil do třídy staršího bratra nový spolužák s Aspergerovým syndromem. V tu chvíli si matka uvědomila, že Jáchym má Aspergerův syndrom také. Sama si následně vyžádala vyšetření, která prokázala celkem 6 diagnóz, jednou z nich je právě Aspergerův syndrom.

Matka uvádí, že Jáchyma je možné charakterizovat několika vlastnostmi, činnostmi:

- *být nejlepší* – Jáchym chce být nejlepší ve všem, má veliký talent na recitaci, a to díky paměti a jeho přecitlivělosti (pravidelně se umísťuje v okresních i krajských kolech recitačních soutěží), stejně tak umí využít svou fantazii i zálibu ve psaní (vyhrál též spoustu literárních soutěží), zpěvu, hudbě, tvorbě videí;
- *snížený práh bolesti* – při sebemenším problému je nutné volat matku, před cizími lidmi se předvádí, že mu není nic vážného, avšak v takovém případě v sobě dusí strach a paniku, která se projeví později, většina lékařských ošetření musí probíhat pod vlivem uklidňujících léků;
- *separační úzkost* – přes noc nevydrží bez matky (nestačí mu ani otec, bratr), každou noc se několikrát budí a kontroluje, zda je matka u něj, proto má matka v případě hospitalizace právo zůstat s ním, pokud by došlo k opačné situaci a byla by hospitalizována matka, zaplatila by si nadstandard, aby byl Jáchym u ní;
- *nerozumí humoru* – především ironickým poznámkám, které si bere velmi osobně, má pocit, že se mu okolí posmívá, že mu chtějí ublížit;
- *nemá časovou představivost* – orientuje se podle digitálních hodin, analogové se naučil, ale tvrdí, že jim nerozumí, ke všemu potřebuje přesný čas, nerozumí abstraktním pojmům jako je dříve, později apod.;

- *nikam nejde sám* – stále má strach ze svého okolí, s matkou se cítí bezpečně, proto ho všude vodí atd.;
- *přecitlivělý sluch* – každý nečekaný silný hluk Jáchyma bolí, když na něj zvýší hlas matka, zacpává si uši, bojí se i jí, pokud něco takového udělá ve škole, dává tím najevo svůj strach a bolest, občas potřebuje jen chvilku klidu – zavře oči, zacpe si uši;
- *skáče do řeči* – potřebuje vše říct hned, aby to nezapomněl, když mluví, mluví nahlas a vše vypravuje do detailů (někdy napodobuje přesně, jak kdo něco řekl);
- *problém s rozhodováním* – neumí se rozhodnout sám, vždy potřebuje pomoc;
- *strach* – bojí se především velkých očí, nyní se pouze vyhýbá očnímu kontaktu s takovými lidmi, největší strach má ze smrti matky, říká, že až matka zemře, on raději také;
- *plánování* – především doma používá Jáchym harmonogram činností, stručný harmonogram má i ve škole;
- *vybíravost v jídle* – Jáchym jí pouze to, co dokonale zná, jinak raději trpí hladu;
- *upřímnost* – upřímně sděluje své pocity, často rychleji mluví, než přemýšlí a následně si vyčítá, že řekl i něco ošklivého;
- *agrese* – často u něj agresi vyvolají pocity méněcennosti, pocity toho, že je špatný, že by bylo lepší, kdyby nežil, při rozmlouvání se po komkoliv (i matce) ožene, hází blízkými předměty.

Od příštího roku by rád přestoupil na víceleté gymnázium do čehož všichni vkládají veliké naděje. Dle slov matky bude mít Jáchym příležitost zapadnout do kolektivu, najít si kamarády. Matka očekává, že Jáchym bude samostatnější, trpělivější, spokojenější.

## **Lékařská anamnéza**

### *Neurologická vyšetření*

Na základě neurologických vyšetření, zaznamenaných v lékařské zprávě, byl Jáchymovi v 9 letech diagnostikován Aspergerův syndrom. Další poruchy odhalila vyšetření psychiatrická.

### *Psychiatrická vyšetření*

Jáchym je v péči psychiatra, kam dochází na pravidelné kontroly. Na základě psychiatrických vyšetření mu byla současně s Aspergerovým syndromem diagnostikována obsedantně kompulzivní porucha, několik fobií, separační úzkostná porucha, panická porucha a noční děsy.

Vyšetřen byl také v pedagogicko-psychologické poradně. Jeho inteligenční kvocient odpovídá pásmu vysokého nadprůměru, konkrétně IQ = 129.

### *Další vyšetření*

Jáchym pravidelně navštěvuje gastro poradnu, kam byl, dle slov matky, zaslán na doporučení pediatra.

Největším problémem jsou rehabilitace, na které by měl Jáchym docházet kvůli vysedlým lopatkám, ale spolupráce s rehabilitačními sestrami je mu natolik nepříjemná, že se snaží cvičit doma a sám, což nemá potřebný účinek, matka ho však do rehabilitací nenutí.

### **Pedagogická anamnéza**

Současná paní učitelka je třídní učitelkou Jáchyma již od prvního ročníku. Dle svých slov si všimla již v prvních týdnech, že se Jáchym straní spolužáků, nespolupracuje, skupinové práce jsou mu nepříjemné. Na svou obhajobu, proč na své poznatky neupozornila rodiče, mi bylo sděleno, že nemá vzdělání speciálního pedagoga a nepovažovala za důležité sdělovat své pouhé domněnky.

Jáchym dle paní učitelky byl a je velice pozorným a chytrým žákem, kterému nečiní učební látka žádné obtíže na zadaném úkolu vždy svědomitě pracuje.

Největším Jáchymovým problémem je spolupráce se spolužáky, kterou paní učitelka řeší tím způsobem, že nechá chlapce pracovat na stejném úkolu samostatně, nebo dostává svou zvláštní práci. Paní učitelka si je, dle svých slov, jistá, že takové řešení je jediným možným, aby byl spokojený Jáchym i ona. Dle jejích slov pomoc školního speciálního pedagoga nevyužívá, jelikož ji nepotřebuje.

Mezi Jáchymovy oblíbené předměty řadí paní učitelka především český jazyk, čtení. Jeho nadání pro recitaci se snaží rozvíjet v co nejvyšší míře.

### **Agresivní projevy**

Třídní učitelka uvedla, že ve škole se Jáchym agresivně neprojevuje. Přesněji se za uplynulé roky školní docházky ještě agresivně neprojevil nikdy. Paní učitelka v tomto směru nemá, dle svých slov, obavy, že by mohlo dojít k agresivnímu chování, ať již vůči sobě nebo druhé osobě.

Jáchymovy agresivní projevy se týkají jeho matky. Agresivně se chlapec projevuje v případech, kdy není vyhověno jeho potřebám, avšak ne ve všech. Projevuje se tak pouze v případech, kdy jeho potřebám nevyhoví matka. V takové situaci, jak uvedla Jáchymova matka, ji štípně do paže. Jako místo útoku si vždy vybírá oblast blízko k rameni. Jáchym totiž dobře ví, že matka nenosí trika bez rukávů, ale vždy s krátkým či dlouhým rukávem, a tak jeho útok nebude viditelný. Matka mi sdělila, že si není jistá duševní přítomností Jáchyma při agresivních výstupech, v každém případě si chlapec následně uvědomuje, co se událo.

### **Opatření a pomoc dalších osob**

Jako opatření matka volí především vyhýbání se situacím, které vyvolají agresivní útok. Těmto situacím není možné předcházet či zabránit vždy. V případech, kdy dojde k agresivnímu výstupu, je matka klidná, což Jáchyma znejistí a se svou agresí racionálně přestane. Nejedná se o řešení agrese, jedná se o řešení krizové situace. Výhodou je fakt, že je Jáchym rozumným chlapcem a své činy si plně uvědomuje.

Jelikož je komunikační inteligence Jáchyma na dobré úrovni, dochází pravidelně k psychologovi. Jak uvedla matka, chlapci prospívá hovořit o uvedených problémech s agresí s jinou osobou, než jsou jeho nejbližší. Po sezení se vždy chlapec snaží matce vysvětlit své pocity, které prožívá při záchvatu agrese. Obvykle uvede, že se nedokáže ovládnout a dále je zklamaný, že neumí své výbuchy zlosti ovládat. Matka mi také sdělila, že Jáchym nemá obtíže v používání vhodných slov k vyjádření téměř všeho, a proto je pro něj následně frustrující, když své pocity neumí přesně identifikovat.

Aktuálně rodina dochází na rodinnou terapii, protože otec se s Jáchymovým postižením doposud nevyrovnal a jeho bratr má obavy o stav matky, která je často vyčerpaná. Matka mi též sdělila, že rodina by ráda začala pečovat o Jáchyma společně, stejně jako on sám by rád byl samostatnější.

## **Závěr**

Někteří lidé nemusí štípnutí zařazovat mezi agresivní projevy, ale Jáchym matku štípe v případech, kdy neumí situaci řešit jiným způsobem. V daných situacích se v něm nahromadí hněv, který se projeví uvedeným způsobem. I přesto, že je Jáchym komunikativní, má dobré vyjadřovací schopnosti, je pro něj v daný okamžik problematické najít vhodná slova. Místo slov následně volí činy, které nejsou racionální.

Jáchymův psycholog si je, dle slov matky, jistý, že se situace, ve kterých Jáchym volí agresi, zlepší a postupem času naprosto vymizí. Jelikož se jedná o mírné projevy agresivity, doufám, stejně jako Jáchymova rodina, že k tomu opravdu postupem času dozraje.

Myslím si, že rodinná terapie prospěje všem členům rodiny. Jáchyma v příštích měsících čeká velká změna, změna školního prostředí, proto bude potřebovat podporu matky o něco více. Bylo by vhodné, aby se o péči o Jáchyma rodina dělila. Nejsm si jista, zda to bude možné, protože Jáchym je na matce silně závislý. Naše rozhovory probíhaly v době, kdy byl Jáchym ve škole, v jiném čase naše setkání nebylo možné.

Matka brala doporučení lékařů i školského poradenského zařízení vážně, avšak v tomto případě vhodně nespolupracovala Jáchymova třídní učitelka. Paní učitelka nemá, dle mého názoru, vztah k žákům s jakýmkoliv zdravotním postižením a informace o Jáchymovi mi podala velice stroze. Při našem setkání neměla problém povídat o jiných žácích, ale z povídání o Jáchymovi jsem měla dojem, že kvůli němu musí připravovat práci navíc, a to ji obtěžuje. Na druhou stranu velice dobře komunikuje s Jáchymovou matkou, jsou v častém kontaktu. Jáchym je jediným integrovaným žákem v dané třídě a s Aspergerovým syndromem neměla učitelka prozatím žádné zkušenosti. Věřím, že paní učitelky v dalším vzdělávání budou k jeho syndromu a dalším poruchám vstřícnější.

Tab. 2 SWOT analýza – Jáchym

Silné stránky	Slabé stránky
úroveň inteligence; rodinná terapie	závislost na matce; přístup učitelky
Příležitosti	Hrozby
psychiatr; KBT, psychoterapeut	přechod na jinou školu – riziko zvýšení počtu agresivních výstupů

### 3.1.3 Radim

#### Rodinná anamnéza

Radim je desetiletý chlapec, který žil celých deset let s matkou a otcem. Před několika měsíci přibyla do rodiny mladší sestra. Matka uvedla, že měli s otcem velké obavy, jak Radim nového člena rodiny přijme, ale naštěstí se ukázalo, že byly zbytečné. Od narození sestry si ji Radim pochoval pouze jednou, nejeví o ni téměř žádný zájem, ale to rodičům nevadí. Obavy se týkaly především toho, aby ji neublížoval, nežárlil na ni a následně neublížoval sobě nebo rodičům. I přesto, že se Radim o sestru nezajímá, jak uvedla matka, má rád, když sestra škytá, je to pro něj zábavné.

Otec i matka Radima mají vystudované střední odborné učiliště. Otec pracuje jako řidič ve státním podniku a matka je s Radimovou sestrou na mateřské dovolené. Před narozením Radimovy sestry, byla matka také v domácnosti a o chlapce pečovala.

V rodině ze strany matky ani otce se nevyskytují žádná podobná postižení. Z ostatních matka nepovažovala žádné za stěžejní pro sdělení.

#### Osobní anamnéza

Matka Radima uvedla, že těhotenství bylo bezproblémové. V průběhu absolvovala odběr plodové vody, jehož výsledky byly v pořádku.

Po narození Radim měřil 49 cm a vážil 2990 g. Krátce poté byla Radimovi diagnostikována vrozená oční vada kolobom, tedy defekt duhovky, rozštěp rtu a patra a svalová hypotonie. Dále byla zjištěna vzácná vrozená vada *agnesis corpus callosum*, kdy se pás bílé hmoty mezi hemisférami mozku nerozvíjí normálně. Postupem času byla Radimovi diagnostikována i nedoslýchavost.

Již pět dní po narození absolvoval chlapec první operativní zákrok, který se týkal rozštěpu rtu. Od matky jsem se dozvěděla, že péče o Radima byla velice náročná především v případě krmení, a to z důvodu absence sacího reflexu a dalšími problémy s příjmem potravy. Náročná byla také péče o jizvy či neustálé dojíždění k různým lékařům.

Radim absolvoval již v útlém věku více operací grometek do ušních bubínků. Již v jednom roce a půl dostal chlapec naslouchátka na obě uši, která však v současnosti nosit



odmítá. Matka uvedla, že s nimi dříve neměl žádný problém, ale z nezjistitelné příčiny je nyní nepoužívá, jsou mu nepříjemné.

Dle matčiných slov již od třech měsíců Radimova života s ním oba rodiče cvičili Vojtovu metodu. O tři měsíce později dostal brýle a zaznamenali velké zlepšení v celkovém vývoji vlivem korekce zraku a fyzioterapie.

I přesto byl v celkovém vývoji Radim výrazně opožděný. Matka mi sdělila, že ho často srovnávala s dalšími dětmi z jejich okolí. Radim nepásl koně, nepřevaloval se, nepoužíval ruce k poznávání předmětů, téměř se nezajímal o okolní svět. Vše se změnilo, když matce lékaři sdělili, aby začala uvažovat o ústavní péči pro syna. S tím se matka nechtěla smířit, proto s devítiměsíčním Radimem poprvé nastoupila do léčebny. Již po prvním pobytu se chlapec začal otáčet, používat své ruce k hraní si s různými předměty. Od té doby jezdil po dobu tří let na tento pobyt dvakrát do roka.

V lékařské zprávě je uvedeno, že chodit Radim začal ve třech letech a třech měsících. Matka mi sdělila, že pro ni bylo zásadní, aby se postavil a věřila, že následně mu půjde chůze přirozeně. Trvalo ještě několik měsíců, než Radim zvládl první samostatné krůčky.

V téměř čtyřech letech chlapec nastoupil do speciální mateřské školky, kterou navštěvovaly děti s mentálním i tělesným postižením. Radim školku, dle slov matky, navštěvoval rád, těšil se tam, pouze se vyhýbal kolektivu. Učitelky se Radimovi dostatečně věnovaly, a tak jeho rodiče zaznamenávali pokroky ve vývoji a v komunikaci s ostatními dětmi. V té době začala matka s Radimem navštěvovat logopeda, docházeli na ergoterapii, hipoterapii a rehabilitace.

Při přechodu na základní školu rodiče bez váhání vybrali základní školu speciální. Matka uvedla, že díky takové škole tráví Radim čas terapiemi, které by nebyly v běžné škole možné. Chlapec si oblíbil muzikoterapii, bazén s míčky a místnost *snoezelen*.

V současnosti je Radim mobilní, není schopný srozumitelné řeči, základní sebeobsluhy. Ke komunikaci používá zatavené fotografie známých předmětů, osob a míst. Od matky jsem se dozvěděla, že se jednalo o náhodné zjištění, kdy si Radim sám přinesl obrázek a vyjádřil tím svou touhu. Do jeho sedmi let mu tak rozuměla pouze matka

z důvodu nesrozumitelné řeči. V současnosti dokáže komunikovat i s otcem, paní učitelkou a v některých případech i s dalšími osobami.

## **Lékařská anamnéza**

### *Neurologická vyšetření*

Na základně neurologických vyšetření byl Radimovi v jeho čtyřech letech a šesti měsících diagnostikován dětský autismus. Vyšetření bylo provedeno na žádost matky, která již v Radimových třech letech vyslovila, že se u něho objevují určité rysy. Sama matka mi sdělila, že podle neurologa bylo na vyšetření příliš brzy. O rok a půl později byla diagnóza potvrzena.

### *Psychologická vyšetření*

Z lékařské zprávy od psychologa jsem se dozvěděla, že je Radim medikovaný. Pravidelně užívá lék Medorisper pro celkové zklidnění. Matka mi sdělila, že byl Radim po několik měsíců velice čilý, a to především v noci. Spát vydržel obvykle do jedné hodiny ranní. Tento režim rodina vydržela právě několik měsíců, avšak po této době byla již situace neúnosná a bylo potřebné jednat.

### *Psychiatrická vyšetření*

V péči psychiatra je Radim prvním rokem. Přibližně půl roku užívá lék Lamotrix. Matka uvedla, že mu lékař zmíněný lék předepsal, aby byl Radim šťastnější. V lékařské zprávě je uvedeno, že medikace je nezbytná pro přetrvávající negativistické nálady.

### *Další vyšetření*

Z dalších vyšetření matka uvedla vyšetření genetické. Vyšetření proběhlo přibližně v sedmi měsících věku Radima a nepřineslo žádné výsledky. V sedmi letech bylo vyšetření provedeno znovu a zjištěn uštipnutý dílek na dvanáctém chromozomu, který je posazený na dvacátém druhém chromozomu.

## **Pedagogická anamnéza**

Na základě rozhovoru s třídní učitelkou Radima jsem získala následující informace.

Paní učitelka je Radimovou učitelkou od počátku jeho školní docházky. Radim nastoupil do základní školy speciální po ročním odkladu. Paní učitelka chlapce charakterizovala jako šikovného a snaživého chlapce. Avšak postupem času jsem se dozvěděla, že šikovný a snaživý je pouze v případech, kdy on sám má zájem takový být a takových dnů je s přibývajícím věkem méně.

V první i druhé třídě byl Radim vzorný, dle slov paní učitelky se rozvíjel, neustále se učil novým věcem, dovednostem, o které měl on sám zájem. Ve škole se mu líbilo, těšil se tam. Téměř denně chodil domů s výrobkem, obrázkem, známkou v žákovské knížce či úsměvem na tváři. Matka i paní učitelka byly z Radima a jeho pokroků nadšené a předpokládaly, že v tom bude pokračovat i nadále. V té době neměl problémy s chováním.

Na konci druhé třídy Radim onemocněl, léčba banální nemoci se vlekla a Radim zůstal doma celé dlouhé čtyři měsíce včetně letních prázdnin. Právě tomuto dlouhému pobytu doma přisuzuje paní učitelka význam ve změně chování.

Do třetí třídy nastoupil chlapec od října a postupně se učil všem již osvojeným dovednostem spojeným se školním prostředím a prací ve škole. Kromě regrese ve školních povinnostech se začaly projevovat problémy v chování.

Paní učitelka společně s paní asistentkou vyhranily Radimovi speciální místo ve třídě, které však není úplně samostatným, vzhledem k velikosti třídy. Důležitější bylo zamezit výhledu z okna a následným agresivním projevům, které jsou popsány níže.

Ve třídě, kterou jsem měla možnost navštívit, jsem si všimla dostatku hudebních nástrojů a zvukových hraček. Právě zvukové hračky jsou Radimovými oblíbenými již od útlého věku a každý den přichází do školy s jinou takovou hračkou. Paní učitelka využívá jeho oblíbené hračky jako odměny za dobře odvedenou práci.

Dle slov jejích slov má Radim rozvinutý hudební sluch, a tak kromě strukturovaného učení paní učitelka ve škole využívá komunikaci s Radimem prostřednictvím písniček. Písničky používá také k jeho zklidnění, případně odvrácení pozornosti, pokud tuší agresivní projev v jeho chování. Z těchto informací je zřejmé, že Radimův nejoblíbenější předmět je hudební výchova. V den, kdy ráno Radim vidí na nástěnce obrázek předmětu

hudební výchova, prozatím nedošlo k žádnému nežádoucímu chování, což je skutečnost vyzorovaná učitelkou. Paní učitelka se domnívá, že je Radim schopný své chování ovládat, ale potřebuje za něj být řádně odměněn. Stejně tak si musí být vědom, že při nezvládnutí svého chování by byla kartička s hudební výchovou z nástěnky sejmuta a vyměněna za neoblíbenou matematiku.

### **Agresivní projevy**

Matka mi sdělila, že agresivně se Radim začal projevovat v létě roku 2017, kdy byl dlouhodobě nemocný, a kromě špatného zdravotního stavu zažil i psychicky náročné období. Rozvod strýce s tetou, a její následné odstěhování, bylo zážitkem, který Radima hluboce poznamenal. Chlapec od té doby neovládá své chování při pohledu na dodávku, protože ji má spojenou s náročnou situací popsanou dále. Matka uvedla, že v některých případech ho rozhodí pouze fakt, že dodávka projede kolem nebo stojí v Radimově blízkosti. V některých případech se neovládne až v případě, že je do dodávky nakládán nebo z dodávky vykládán jakýkoliv náklad.

Matka uvedla, že dodávky nejsou jediným spouštěčem Radimovy agrese. Dalším spouštěčem je poslech hudby jinými lidmi, než je on sám. Jak již bylo zmíněno výše, Radim má zálibu ve zvukových hračkách, je velmi melodický, přes hudbu komunikuje s paní učitelkou. Hudba jej uklidňuje, většinou poslouchá své hračky, ale vlastní i přehrávač se sluchátky a s několika dětskými písničkami.

Radimova agrese se v uvedených situacích projevuje vůči matce. Paní učitelka uvedla, že z počátku se projevoval i vůči ní, paní asistentce, ostatním dětem. Ve škole byla neprodleně nastavena jasná pravidla a Radim je, dle slov paní učitelky, pochopil a začal respektovat.

S agresí vůči matce to však, jak sama uvedla, není tak snadné. Při projevu takového chování Radim matku fyzicky napadá a používá vše, co je v danou situaci možné. Obvykle začíná údery pěstmi, pokud mu matka brání, kope, kouše, mlátí hlavou apod. Při útoku nepoužívá jiné předměty.

Pro odvrácení agresivního útoku používá matka odvedení pozornosti, a to právě prostřednictvím Radimových oblíbených zvukových hraček či poslechem hudby. Sama

uvedla, že ne vždy se jí to daří a poukázala na modřiny nacházející se na různých částech těla.

### **Opatření a pomoc dalších osob**

Opatřením matky spočívá v předcházení agresivních projevů, které plyne z vyhýbání se dodávkám a mládeži, jenž právě poslouchá hudbu. Tudíž se nejedná o nápravu, ale pouze o přecházení problémovým situacím.

Paní učitelka jako opatření zvolila zabezpečení místa, na kterém Radim ve třídě sedí. Jeho lavice je obklopená ze dvou stran regálem, okno má vždy zatažené žaluzie, z další strany je v těsné blízkosti lavice spolužačky. Mezi Radimem a jeho spolužačkou sedící vedle něj je prostor pro paní asistentku.

Matka uvedla, že již po narození začala rodina spolupracovat s rodinným integračním centrem. Služby rané péče byly ukončeny, když bylo Radimovi sedm let, spolupráce však pokračuje dál, jelikož centrum nabízí sociálně integrační služby rodinám s dětmi s poruchou autistického spektra až do osmnácti let jejich věku. Prostřednictvím centra se Radim účastní komunikační terapie, muzikoterapie, canisterapie a arteterapie. Dle slov matky dělá Radim neustále drobné pokroky ve všech postižených oblastech.

Z důvodů jazykové bariéry matka uvedla, že Radim nedochází k psychoterapeutovi, i když by si přála, aby toho byl schopný. Pravidelně s Radimem dochází na rehabilitace a stále jezdí do léčebny.

### **Závěr**

Radim se potýká s různými zdravotními problémy již od samého narození. I přesto, že jeho příchod na svět byl klidný, následující dny již tolik klidné nebyly. Od útlého věku absolvoval různá vyšetření, operativní zákroky. Jeho matka je, dle slov paní učitelky, silná žena, která se raduje z každého progresu v Radimově vývoji. V této rodině matka obstarává domácnost, pečuje o děti, otec rodinu zabezpečuje především finančně. Otec se však nepodílí pouze na materiálním zabezpečení. Dle slov matky se otec stará o děti během víkendu a při dalších volnech, kdy dopřává matce čas pro sebe. V této rodinné situaci, kdy matka pečuje o kojence a postiženého syna, je důležité, aby si dostatečně odpočinula.

Radimova agrese se neprojevuje pravidelně, ani ve stejných případech. Jediné, co je jisté, je fakt, že Radim je agresivní v případě, kdy vidí dodávku, případně dodávku, do které je nakládáno či je z ní vykládáno. Druhým spouštěčem jeho agrese je poslech hudby jinými lidmi. I přesto že rodina využívá různé terapie pro Radima, prozatím se nedaří agresivním výstupům přímo zabránit a pravděpodobně se tedy jedná o terapie nedostatečné.

Myslím si, že prostředí základní školy speciální je pro Radima vhodné. Stejně tak je výborný přístup paní učitelky. Dle mého názoru je Radimovi poskytována potřebná péče. Bohužel není jisté, zda v jeho životě nedojde k dalším událostem, které ovlivní jeho problémové chování.

V současnosti se Radim ve škole postupně vrací do stavu, v jakém byl před dlouhodobou nemocí. Je to dlouhodobý proces a věřím, že péče, kterou mu rodina i škola poskytuje, jim bude oplacena jeho progresem.

Tab. 3 SWOT analýza – Radim

Silné stránky	Slabé stránky
<p>strukturované učení; podpora v rodině; základní škola speciální; rodinné integrační centrum</p>	<p>zaměřování se na řešení krizových situací, ne terapii</p>
Příležitosti	Hrozby
<p>KBT; spolupráce s SPC</p>	<p>tzv. spouštěče agrese (tj. dodávky, poslech hudby jinými lidmi)</p>

### **3.1.4 Tomáš**

#### **Rodinná anamnéza**

Tomáš je sedmiletý chlapec, který žije pouze s matkou. Matka mi sdělila, že svého otce Tomáš nezná, otec o svého syna nikdy nepečoval. Tomáš je jedináček. Většinu času, kdy není ve škole, tráví se svou babičkou z matčiny strany. Otec rodinu opustil již v době těhotenství, které bylo pro matku velice náročné, a s otcovou rodinou od té doby není matka v kontaktu.

Anamnéza rodiny z otcovy strany tudíž není známá. Matky sestra nemá diagnostikovanou poruchu autistického spektra, avšak dle slov matky, se u ní autistické rysy projevují. Jedná se pouze o domněnky. Další poruchy se v rodině nevyskytují nebo nejsou známé.

Matka pracuje jako manažerka v soukromé firmě a práci tráví deset až dvanáct hodin denně. Proto Tomáš tráví čas i se svou babičkou, která je již v důchodu. Od Tomáše jsem se dozvěděla, že s babičkou je rád a často spolu hrají jeho oblíbenou stolní hru *Člověče, nezlob se*. Od matky vím, že Tomášova babička se zabývá alternativní medicínou a je odpůrcem přesně stanovených diagnóz, především diagnóz bez jasné etiologie a léčby.

Matka mi sdělila, že Tomáš je spokojeným dítětem a snaží se žít jako spokojená rodina, ve které roli druhého rodiče doplňuje prarodič. Matka a babička jezdí s Tomášem na výlety, dovolené, snaží se o jeho maximální socializaci do společnosti.

#### **Osobní anamnéza**

Těhotenství s Tomášem matka označila za příjemné, i přes náročnou životní situaci, kterou v té době prožívala. Z důvodu vyššího věku matky v době těhotenství (38 let) byla v osmnáctém týdnu provedena aminocentéza s negativním výsledkem.

Tomáš se narodil v posledním týdnu těhotenství, několik dní před plánovaným termínem. Z lékařské zprávy bylo možné vyčíst, že Tomáš měřil 51 cm, vážil 3280 g a byl zdravým miminkem. Po porodu měl novorozeneckou žloutenku, která měla obvyklý průběh i dobu trvání.

Následující měsíce se Tomáš vyvíjel, dle lékařů, bezproblémově. Opoždění ve vývoji se začalo objevovat přibližně v jednom roce, kdy Tomáš neprojevoval žádnou snahu učit se

chodit, nestál, začal mu vadit fyzický kontakt a nejevil zájem o běžné hračky. Matka uvedla, že se vše odehrávalo na konci prvního roku Tomášova života, avšak je možné, že do té doby si drobného opožďování nevšimla nebo si ho nepřipouštěla.

Tomáš začal chodit téměř ve třech letech, kdy již lékaři měli podezření na poruchu autistického spektra a sníženou úroveň rozumových schopností. Chlapec nemluvil, dělal první krůčky, hrál si pouze s vybranými hračkami modré barvy a často plakal. Matka v té době přerušila své budování kariéry a plně se věnovala Tomášovi.

Ve třech letech a pěti měsících byl Tomášovi diagnostikován nízko funkční autismus a mentální postižení. V té době byla matka na tuto diagnózu připravená a již shromažďovala informace, jak s takovým dítětem pracovat, co vše bude muset změnit a přeorganizovat. Spojila se s dalšími rodiči, kteří se nacházeli ve stejné situaci nebo měli již diagnózu stanovenou. Z rozhovoru s matkou jsem měla dojem, jako by následně přeskočila všechna období, se kterými se obvykle rodiče potýkají po sdělení diagnózy jejich dítěte, a přímo začala s reorganizací a novým životem.

Matka Tomášovi zajistila speciální předškolní zařízení, do kterého docházely jak děti s poruchami autistického spektra, tak i děti s jiným postižením. Začlenění Tomáše do kolektivu bylo, dle slov matky, náročné, zdlouhavé. Tomášovi trvalo déle než rok, než šel do školky v klidné náladě. Ve školce si našel i kamaráda, se kterým sice nemluví, ale dokážou si spolu hrát. Oba chlapci mají poruchu autistického spektra, oba nenavazují oční kontakt, dotyky dalších lidí jsou jim nepříjemné. Matka mi sdělila, že mezi nimi díky jejich poruše vzniklo pouto a jsou nerozlučnou dvojicí. Poté, co na situaci upozornila paní učitelka, navázala matka kontakt s matkou druhého chlapce a následkem toho se mohou chlapci vídat i v současné době, kdy každý navštěvují jinou základní školu.

První slova Tomáš vyslovil ve čtyřech letech, kdy nastalo období negativismu a na vše říkal pouze *ne*, *nechci*, *nebudu*. Matka říká, že nebyla zklamaná, že jeho první slovo nebylo *máma*, ale byla šťastná, že Tomáš mluví. Již delší dobu si myslela, že Tomáš mluvit umí, měla pocit, že si dokonce povídá sám pro sebe, ale nikdy se jí ho nepodařilo přistihnout. Až s nástupem zmíněného období negativismu Tomáš začal postupně mluvit úplně, bohužel nezačal mluvit s okolím, ale pouze sám se sebou.



Matka o Tomášovi říká, že je jako jiné děti, jen potřebuje více vizualizace, strukturalizace, individualizace, čehož se mu dostává jak doma, tak i ve škole. V současnosti Tomáš navštěvuje první třídu běžné základní školy a, dle slov paní učitelky, úspěšně. Matka měla obavy, aby se neopakoval stejný nástup jako s předškolním zařízením, ale její obavy byly zbytečné. Tomáš do školy chodí rád, což dává najevo tím, že se ráno sám oblékne.

Tomáše charakterizují určité rituály. Matka zdůraznila, že vše musí být v každém případě čisté a modré. Modrá barva Tomáše uklidňuje. Tomáš jí a pije pouze z modrého nádobí, nosí modré oblečení, má modře vymalovaný pokoj, veškeré jeho hračky jsou modré.

## **Lékařská anamnéza**

### *Neurologické vyšetření*

První neurologické vyšetření absolvoval Tomáš přibližně ve dvou letech věku. Na základě tohoto vyšetření bylo zřejmé, že se bude jednat o poruchu autistického spektra, avšak z důvodu pravděpodobného sníženého intelektu bylo matce doporučeno se stanovením diagnózy vyčkat.

Diagnóza nízko funkční autismus byla vyřčena v Tomášových třech letech a pěti měsících Národním ústavem pro autismus (NAUTIS).

### *Psychologická vyšetření*

Psychologická vyšetření, která byla popsána v lékařských zprávách, probíhala s Tomášem zpočátku obtížně. Chlapec nekomunikoval, odmítal kreslit, psát. V jeho čtyřech letech, kdy začal hovořit, proběhlo významné vyšetření inteligence, které ukázalo snížení rozumové úrovně do pásma lehkého mentálního postižení. Tomášovo IQ = 59.

### *Další vyšetření*

V útlém věku, kdy Tomáš nekomunikoval, mu byla provedena vyšetření sluchu, zraku, řečových orgánů, kdy vše bylo v pořádku.

Dále absolvoval vyšetření genetické, které nepřineslo žádné výsledky.

Tomáš nemá žádné další přidružené poruchy.

## **Pedagogická anamnéza**

Tomáš od září letošního školního roku navštěvuje první třídu základní školy v blízkosti svého bydliště. Paní učitelka mi sdělila, že integrovaným v její třídě není pouze Tomáš, ale ještě další dvě děti. Žádné z nich však nemá diagnostikovanou poruchu autistického spektra jako Tomáš. Celkem je ve třídě 23 žáků.

Paní učitelka úzce spolupracuje s matkou Tomáše, vytvořily společně kartičky, kterými se Tomáš každý den řídí, které určují jeho denní harmonogram. Sady kartiček vytvořily hned tři, a to pro potřeby školy, domova a do zásoby v případě ztráty.

Tomáš má místo ve třídě umístěné tak, aby jeho práce, a případné povídání si pro sebe, nerušilo ostatní děti, ale zároveň aby nebyl vyčleněný z kolektivu. V celé třídě se nevyskytují žádné předměty z barevného skla, což je odůvodněno v další části.

Paní učitelka uvedla, že nejoblíbenějším předmětem Tomáše je matematika. Tomáš jeví zájem o čísla, o jejich sčítání i odčítání. Právě tyto početní operace mu však již od počátku dělají potíže, zaměňuje je, špatně se orientuje v číselné řadě. Jeho zájem paní učitelka s asistentkou podporují, neustále vymýšlí nové pomůcky, trpělivě vysvětlují.

Během prvního pololetí se u Tomáše ve škole neprojevily žádné problémy v chování. Dle slov paní učitelky dělá Tomáš velké pokroky. Tomáš je vzděláván podle individuálního vzdělávacího plánu, ve kterém jsou očekávané výstupy sníženy na minimální, je mu poskytován třetí stupeň podpůrných opatření.

## **Agresivní projevy**

Přibližně v pěti letech se projevila Tomášova autoagrese. Postupem času matka zjistila, co agresí u něho vyvolává. Sama toto období popsala jako období hledání jehly v kupce sena. Když jeho sebezraňování vygradovalo takovým způsobem, kdy si rozřízl dlaň skleněným střepem, napadlo matku, že jeho stavy vyvolává sklo. Nejedná se o veškeré skleněné předměty, pouze o předměty, které jsou vyrobené z barevného skla. Tento materiál proto nesmí být v Tomášově blízkosti. Skleněné výplně oken se jeho rozrušení netýká, stejně jako běžné sklenice apod. Při dlouhodobém pozorování Tomáše matka vypožorovala, že je z barevného skla Tomáš rozrušený právě proto, že není průhledné jako sklo čiré, pro něj běžné.

V případě, že je barevný skleněný předmět v Tomášově blízkosti, chová se, jak uvedla matka, rozrušeně. Následně stačí pouhá drobnost, která by obvykle způsobila jen mírné rozrušení, ale v tomto případě dojde k rozbití předmětu a snahy o říznutí sebe samotného.

Když toto období začalo, měl Tomáš různé drobné škrábance, matka si je nespojovala s rozbitou skleněnou soškou apod. Když bylo nutné zašít jeho dlaň, uvědomila si matka spojitost mezi rozbitými předměty a drobnými rankami na Tomášově těle. Naštěstí k těmto situacím nedocházelo často, ale matka si vzpomněla na čtyři takové.

### **Opatření a pomoc dalších osob**

Opatření, která matka ve spolupráci s paní učitelkou zvolily, jsou odstranění a nevyužívání barevných skleněných předmětů v Tomášově přítomnosti. Matka uvedla, že je to jediná možnost, jak Tomáše udržet v bezpečí. I v tomto případě se jedná o řešení krizových situací, ne o terapii jako takovou.

S péčí o Tomáše matce pomáhá jeho babička, která se, jak jsem již uvedla, zajímá o alternativní medicínu. Z pomoci dalších osob matka využívá canisterapii a muzikoterapii, na které dochází Tomáš pravidelně. V současné době se Tomášova babička aktivně zajímá o Son Rise program a ráda by se zúčastnila Start-up programu.

Ve škole i doma je uplatňován systém strukturovaného učení, který Tomášovi, dle matky i paní učitelky, prospívá. Výhodou je, že matka s učitelkou úzce spolupracují, již před zahájením školní docházky byla paní učitelka na Tomáše připravena.

Medikace prozatím nebyla navrhnutá. Aktuálně se matka zajímá o kognitivně behaviorální terapii, která jí byla doporučena školním psychologem.

### **Závěr**

Tomáš je žákem první třídy a ve škole se mu daří, v domácnosti žije pouze se svou matkou, ale volný čas tráví spíše s babičkou. Tomášovou diagnózou je nízko funkční autismus a mentální postižení, avšak jeho matka i babička jsou přesvědčeni, že se nejedná o diagnózu, která mu zůstane po zbytek života.

Agrese se u Tomáše projevuje způsobem, kdy ubližuje sám sobě. V současné době je vše pod kontrolou matky, babičky i paní učitelky. V situacích, kdy se Tomáš dostane do styku

s předměty z barevného skla se všichni snaží předcházet jeho špatné náladě a následné možnosti autoagrese.

K terapii agrese jako takové u Tomáše nedochází. Matka se snaží situaci zvládnout sama, případně za pomoci své matky, pedagogických pracovníků. U Tomáše nebyla provedena analýza autoagrese, z čehož vyplývá, že předměty, které ji vyvolávají, jsou vyzorované matkou. Je tudíž možné, že bude v budoucnu docházet k dalším agresivním projevům a spouštěčem bude další předmět, situace.

S Tomášem je pracováno, dle matky, intenzivně a ta je přesvědčená, že je mu poskytnuta veškerá možná péče. Já stejný názor nezastávám, a proto v následující analýze uvádím příležitosti, které ještě rodina nevyzkoušela.

Tab. 4 SWOT analýza – Tomáš

Silné stránky	Slabé stránky
optimismus rodiny; spolupráce matky a učitelky	absence terapie (pouhé vyhýbání se spouštěčům agresivity);  nedostatečná péče
Příležitosti	Hrozby
psychiatr; KBT, psychoterapeut; analýza autoagrese; spolupráce s SPC	možnost výskytu dalších spouštěčů

## 3.2 Shrnutí

Veškeré výše uvedené informace jsem získala na základě rozhovorů s matkami dětí, s jejich třídními učitelkami, studiem lékařské dokumentace, individuálních vzdělávacích plánů, doporučení poraden, slovních hodnocení a vysvědčení.

V následujícím shrnutí bych ráda porovnála získané teoretické poznatky týkající se problémového chování u dětí s poruchami autistického spektra s poznatky, které jsem získala prostřednictvím neformálních rozhovorů s matkami dětí a jejich učitelkami a rozbořem dalších podkladů, které jsou uvedené na začátku praktické části.

V teoretické části své diplomové práce jsem uvedla, že záchvaty vzteku u dětí s poruchou autistického spektra se objevují v případech, kdy je jim udělen zákaz, jsou neúspěšní. Problémové chování obvykle spočívá v sebezraňování, agresivitě, afektivních záchvatech, výrazných stereotypních činnostech a rituálech. Problémové chování také ovlivňuje celou rodinu, ve které dítě s poruchou autistického spektra žije.

V praktické části jsem se setkala právě s projevy problémového chování, které jsou popsány v odborné literatuře. Zaměřila jsem se na čtyři případy dětí různého věku, z různého typu základní školy. Důraz je kladen na odlišné typy školského zřízení, jelikož v každém z nich jsou rozdílné možnosti práce. V dnešní době se můžeme setkat i s těžšími poruchami v běžných základních školách, ačkoli v této diplomové práci se takový případ nevyskytuje. Ve všech čtyřech případech je práce s dětmi založená na blízké spolupráci mezi rodinou a školou, konkrétně mezi matkou dítěte a učitelkou. Tyto případy jsou příkladem, kdy díky úzké spolupráci žáci dobře školně prospívají. Nejedná se o prospívání celkového psychického a fyzického stavu dítěte, kterému by měla být věnována větší péče ze strany dalších členů rodiny, dalších pedagogických pracovníků a jiných odborníků.

Dvě z dětí, jejichž případy jsou výše popsány podrobněji, navštěvují běžnou základní školu. Tomáš třídu první, Jáchym pátou. Anna navštěvuje bývalou základní školu praktickou a Radim základní školu speciální. V základní škole speciální, i bývalé základní škole praktické, je možnost využití různých terapií v souvislosti s vyučováním, kdežto v běžné základní škole tyto možnosti Tomáš ani Jáchym nemají. Všechny rodiny získaly zkušenosti s muzikoterapií, canisterapií a dalšími terapiemi, všechny se shodly na tom,

že takové terapie jsou pro děti s poruchami autistického spektra prospěšné. Nicméně tyto terapie neřeší agresivitu jako takovou, jedná se pouze o metody doplňkové.

V případech předcházení problémovému chování u svých dětí rodiny vždy volí předcházení situacím, při kterých dochází k agresi. Bohužel se nejedná o nápravu agrese, ale pouze o řešení krizových situací. Ve většině případů takové řešení bývá úspěšné, avšak z vlastní zkušenosti vím, že je to pro rodinu psychicky náročné. Domnívám se, že do budoucna nebude možné se ve všech situacích vyhýbat například skleněným předmětům, jako je potřebné v případě Tomáše nebo dodávkám, jako je zapotřebí v případě Radima.

Některé z rodin se vyhýbají medikaci, jiné ji neodsuzují. Záleží na názoru každého, avšak v některých případech bývá medikace nezbytná. Jak ilustruje případ Radima, medikace může působit pozitivně na zlepšení psychického stavu, konkrétně nálad, dítěte, ale i rodičů.

Ve třech případech jsem se setkala se systémem strukturovaného učení. Jáchym, chlapec s Aspergerovým syndromem, tento systém nevyužívá, ale pořádek ve věcech, plány na týden dopředu si připravuje sám, čímž dle mého názoru k určité strukturalizaci dochází.

Zaujalo mě, že v žádném z případů nebyla projevena ani snaha o kognitivně behaviorální terapii, která je poměrně účinná při řešení agresivity u dětí. Pravděpodobným důvodem je nedostatek terapeutů. V České republice jich působí přibližně 80, a nejsou dostupní v každém z regionů.

Z uvedené SWOT analýzy je možné vyvodit několik poznatků. Jedním z nich je fakt, že o všechny čtyři děti pečuje především matka. Vlivem toho je dvěma rodinám doporučena, jako příležitost, rodinná terapie. V jedné z rodin již probíhá, v další rodině je otec neznámý. Dále je ve třech případech ze čtyř dobrý přístup učitelky, přínosný především v tom, že spolupracuje s matkou a k dítěti přistupuje individuálně, toleruje jeho zvláštnosti. V jednom z případů k takovému chování nedochází. V žádném případě nedochází ke kognitivně behaviorální terapii, což může být způsobeno vlivem nedostatku terapeutů (viz. odstavec výše), avšak tato terapie je doporučena. V žádném z případů také nebyla provedena analýza autoagrese (pokud k ní dochází), což může do budoucna znamenat zjištění dalších projevů.

### **3.3 Diskuse**

Zmíněné informace nevypovídají o celém českém školství, ale týkají se pouze uvedených čtyř případů. Na základě těchto případů není možné vyvozovat obecné závěry, proto cílem této diplomové práce bylo ukázat, jaké jsou možnosti práce s těmito žáky v různých typech základní škol, porovnat je a hlouběji popsat ilustrativní případy za využití kazuistik.

Veškeré údaje jsem získávala uvedenými metodami, nebylo však možné děti pozorovat dlouhodobě, zjistit více o jejich vztazích s vrstevníky, sama jsem se nemohla přesvědčit o jejich skutečném fungování v běžném životě. Neměla jsem ani příležitost zažít žádný z jejich agresivních výstupů, získané informace jsou vždy vyjádřením matky, učitelky, jistých odborníků. Žádný z otců neměl zájem, případně dostatek času, pro osobní setkání se mnou, a tak i informace o jejich chování a přístupu jsou zprostředkované pouze matkou. Také řada problematických situací může vznikat při kontaktu s matkou, což jsem neměla příležitost sama odhalit a posoudit.

Myslím si, že v případě uvedených případových studií, rodiny i učitelé pracují se všemi dětmi a žáky dle svých možností a schopností, které dle mého názoru nejsou dostačující. Nesetkala jsem se však s případem, kdy dítěti je poskytnuta veškerá potřebná péče. Obvykle se jedná o péči laickou a péči, kdy dochází pouze k předcházení problémovým situacím. V této diplomové práci uvádím pouze případy běžné praxe, neměla jsem možnost setkat se s případem, kdy by dítěti byla poskytována veškerá potřebná péče, ale ani s případem, kdy by mu nebyla poskytnuta péče žádná.

S odstupem času si uvědomuji, že pro tuto práci by bylo vhodné například kontaktovat některého z odborníků, který vždy s daným dítětem pracuje, pracovníka speciálně pedagogického centra či jiného poradenského zařízení nebo dalšího rodinného příslušníka. I odmítnutí otce účasti na rozhovoru bylo zprostředkované matkou stejně jako většina konkrétních informací o anamnéze dítěte, situacích, kdy konkrétně dochází k agresivním projevům. Jisté informace jsem vyčetla z lékařských zpráv a dalších záznamů, ale obvykle to byly informace, které nebyly tolik konkrétní, jako sdělení matky.

### **3.4 Doporučení pro praxi**

Z této diplomové práce podle mého názoru vyplývá, že spolupráce mezi rodinou a školou je přínosem pro rozvoj dítěte, žáka. Při práci s dítětem s poruchou autistického spektra je důležité klást důraz na individuální přístup, stejně tak na strukturalizaci i vizualizaci, kterou tyto děti potřebují. Pedagogům v praxi bych ráda doporučila studium příslušné literatury, jako je například kniha Barbory Bazalové – *Autismus v edukační praxi*, která je určena především rodičům a učitelům.

Domnívám se, že každý pedagog, který má ve třídě žáka s poruchou autistického spektra, a nejen tou, by si měl zodpovědně nastudovat příslušnou literaturu, aby získal potřebné teoretické základy. Stejně tak je důležité poradit se s kolegy, odborníky, kteří mají s prací s takovými žáky zkušenosti. Dále bych doporučila vyhledání terapeutů kognitivně behaviorální terapie, jejíž účinky při řešení agresivity u dětí jsou prokazatelné. Důležité je též řešit problémové chování terapeuticky, ne pouhými vlastními snahami bez vedení vzdělaným odborníkem.

Pro praxi je také důležité mít nastudované aktuálně platné zákony a vyhlášky. Podstatný je i přehled zařízení, která jsou dostupná v blízkosti školy, případně jaká je nabídka terapií apod., aby mohl pedagog rodiče informovat, nabídnout mu pomoc.

Z provedené SWOT analýzy vyplývají určité příležitosti, které mohou rodiny i školy, především konkrétní učitelé vyhledat či doporučit rodinám nebo naopak rodiny školám. Jednou z nich je rodinná terapie, která probíhá v jednom ze čtyř případů, ale v dalších případech se vyskytuje stejný problém s nezapojením otce do péče o dítě s postižením, proto bych tuto terapii doporučila. Dále větší spolupráce se školským poradenským zařízením a dalšími školskými pracovníky, jejichž připomínky a návrhy by obvykle měli rodiny převzít jako závazné, jelikož se jedná o vzdělané odborníky. U případů, kde se vyskytuje autoagrese, bych volila jako přínosné provedení analýza autoagrese. Dle mého názoru je také přínosné s psychiatrem zkonzultovat případnou medikaci či docházet na sezení s psychoterapeutem, což se v jednom z případů rodině již jako přínosné osvědčilo. Na závěr bych ráda znovu zmínila kognitivně behaviorální terapii, o které dvě ze čtyř matek informované byly, ale na doporučení vyhledání příslušného terapeuta již nereagovaly.



## Závěr

Poruchy autistického spektra jsou aktuálním tématem a v současné době se s nimi pedagog základní školy běžně setkává. Žáci s poruchami autistického spektra mají problémy především v sociálních vztazích, komunikaci s ostatními, ale i s komunikací mezi sebou navzájem. Často se ve svém životě dostávají do situací, které neumí řešit. Jako reakce na tuto neschopnost obvykle bývá projev problémového chování. Takové problémy se projevují různými způsoby. Agresivita je jedním z projevů, kterých je u poruch autistického spektra celá řada.

V teoretické části diplomové práce jsou uvedena obecná fakta, k nimž jsem prostudovala potřebnou literaturu a získala cenné informace. V praktické části jsem se zabývala případovými studii čtyř žáků s různými poruchami autistického spektra a s různými projevy agrese. Zmínění žáci navštěvují různé typy základních škol, které jsou v České republice dostupné, a proto jsem také provedla srovnání přístupů k žákům s poruchami autistického spektra v různých školách.

Doposud jsem měla převážně praktické znalosti z běžného života, kterých si vážím, ale stejně jako k teorii patří praxe, tak i k praxi patří neodmyslitelně teorie. Jsem ráda, že jsem si své teoretické znalosti rozšířila a poznala případy různých rodin s podobnými radostmi i strastmi, které prožívá i moje rodina.

## Seznam použité literatury

- ATKINSON, Rita a kol. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál. ISBN 8-7178-640-3.
- BAZALOVÁ, Barbora (2011). *Poruchy autistického spektra – Teorie, výzkum, zahraniční zkušenosti*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5781-4.
- BAZALOVÁ, Barbora (2017). *Autismus v edukační praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1195-2.
- ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ (2007). *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-319-2.
- ČADILOVÁ, Věra a Zuzana ŽAMPACHOVÁ (2008). *Strukturované učení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-475-5.
- ČADILOVÁ, Věra a Zuzana ŽAMPACHOVÁ (2012). *Metodika práce se žákem s poruchami autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3309-7.
- ČERMÁK, Ivo (1999). *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou: Fakta. ISBN 80-902614-1-8.
- EMERSON, Eric (2008). *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál. ISBN 978-8-7367-390.
- FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA (2014). *Sociální patologie*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-5046-0.
- GILLBERG, Christopher a Theo PEETERS (1998). *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-201-7.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ (2015). *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873.
- HENDL, Jan (1999). *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0030-7.

HENDL, Jan (2005). *Kvalitativní výzkum – základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

HORT, Vladimír, HRDLIČKA, Michal a kol. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-404-5.

HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK (2014). *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0686-6.

JANATA, Jaromír (1999). *Agrese tolerance a intolerance*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-889-X.

MATĚJČEK, Zdeněk a Zdeněk DYTRYCH (1997). *Jak a proč nás trápí děti*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-857-4.

PIPEKOVÁ, Jarmila et al. (2010). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.

PONĚŠICKÝ, Jan (2010). *Agrese, násilí a psychologie moci*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-378-3.

RICHMAN, Shira (2008). *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-424-3.

ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana a kol. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1049-8.

SCHOPLER, Eric (1999). *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-202-5.

SCHOPLER, Eric, MESIBOV, Gary B. (1997). *Autistické chování*. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 80-7178-133-9.

SCHOPLER, Eric, Robert J. REICHLER a Margaret Lasing (2011). *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami*. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 978-80-7367-898-2.

SKUTIL, Martin a kol. (2011). *Základy pedagogicko – psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-778-7.

THOROVÁ, Kateřina (2016). *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0768-9.

THOROVÁ, Kateřina (2011). *Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-02-4.

TUCKERMANN, Antje, Anne HÄUBLERr a Eva LAUSMANN (2014). *Strukturované učení v praxi*. Praha: Pasparta, o. p. s. ISBN 978-80-905576-3-5.

VÁGNEROVÁ, Marie (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

VOSMIK, Miroslav a Lucie BĚLOHLÁVKOVÁ (2010). *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-687-2.

WHO/ÚZIS ČR (2018). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize*. Praha. ISBN 978-80-904259-0-3.

## Online zdroje

Centres for Disease Control and Prevention (2018) [online]. *Autism Spectrum Disorder – Data & Statistics* [cit. 2018-06-01]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>.

Mayo Clinic Staff (2017) [online]. *Autism spectrum disorders* [cit. 2017-11-13]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/autism-spectrum-disorder/symptoms-causes/syc-20352928>.

MŠMT (2018) [online]. *Statistická ročenka školství 2016/2018 – výkonové ukazatele* [cit. 2018-05-23]. Dostupné z: <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>.

Reynolds, Cecil R. a Randy W. Kamphaus (2013) [online]. *Autism spectrum disorder – Diagnostic Criteria* [cit. 2018-06-01]. Dostupné z: [https://images.pearsonclinical.com/images/assets/basc-3/basc3resources/DSM5\\_DiagnosticCriteria\\_AutismSpectrumDisorder.pdf](https://images.pearsonclinical.com/images/assets/basc-3/basc3resources/DSM5_DiagnosticCriteria_AutismSpectrumDisorder.pdf).

Management Mania (2017) [online]. *SWOT analýza* [cit. 2018-06-13]. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/swot-analyza>.