

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Agáta Nešporová

**PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A JEJICH SOUVISLOSTI
S PORUCHAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA**

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem „Poruchy příjmu potravy a jejich souvislosti s poruchami autistického spektra“, vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce a za použití pramenů uvedených v seznamu citované literatury.

V Olomouci, dne.....

Agáta Nešporová

Poděkování:

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Soně Lemrové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady, kterými přispěla k dokončení mé práce. Dále děkuji zaměstnancům zařízení, kteří mi poskytli potřebné informace pro praktickou část bakalářské práce.

Obsah

Úvod	6
Teoretická část	7
1 Základní vymezení poruch příjmu potravy.....	7
1.1 Mentální anorexie	7
1.2 Mentální bulimie	9
1.3 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy	10
1.4 Epidemiologie.....	11
1.5 Psychosociální rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy	11
1.6 Léčba poruch příjmu potravy	12
1.6.1 Terapie.....	14
1.7 Dopad na pacienta, jeho rodinu a okolí	15
1.8 Prevence.....	16
2 Základní vymezení poruch autistického spektra	18
2.1 Charakteristické projevy, deficity a chování	19
2.2 Diagnostika poruch autistického spektra	20
2.3 Dělení PAS (dle MKN-10).....	22
2.3.1 Dětský autismus	22
2.3.2 Atypický autismus	23
2.3.3 Rettův syndrom	23
2.3.4 Jiná desintegrační porucha v dětství	24
2.3.5 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby.....	24
2.3.6 Aspergerův syndrom	24
2.3.7 Jiné pervazivní vývojové poruchy.....	24
2.3.8 Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná	25
2.4 Epidemiologie.....	25
2.5 Dopad na rodinu a okolí	25
2.6 Příklady programů a terapií využívaných u PAS	26
3 PPP a PAS.....	28
Praktická část	29
4 Charakteristika a metoda výzkumného šetření	29
4.1 Cíl výzkumného šetření	29
4.2 Výzkumné otázky	30
4.3 Výzkumný soubor.....	30
5 Analýza a interpretace dat	31

5.1	Zodpovězení výzkumných otázek.....	33
5.2	Interpretace dat	34
6	Diskuze	36
6.1	Limity studie	36
6.2	Doporučení pro praxi	36
6.3	Rešerše dat na podobné téma	37
	Závěr.....	38
	Seznam literatury:	39
	Anotace	42

Úvod

Bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy a jejich souvislostmi s poruchami autistického spektra. Téma této práce má přispět k objasnění vztahu mezi poruchami autistického spektra (dále PAS) a poruchami příjmu potravy (dále PPP) z důvodu vysoké pravděpodobnosti příčinného vztahu mezi autismem a PPP. Toto téma si autorka vybrala, protože se sama s poruchami příjmu potravy v minulosti potýkala. Článek v odborném časopise Československá psychologie 2016 od autorů Kocourková, Dudová, Koutek ji zaujal natolik, že se začala o tuto problematiku více zajímat. Během svých praxí měla možnost setkat se s mnoha lidmi s různými typy PAS, a mohla u nich pozorovat jejich chování, které se výrazně lišilo od chování ostatních jedinců v zařízení. Odlišnosti bylo možné zaznamenat také v jejich stravovacích návycích. Proto se rozhodla oslovit respondenty z různého socio-kulturního prostředí, a pomocí případové studie sledovat, zda se u nich objevují patologické projevy ve stravování.

V současné době je problematika poruch příjmu potravy stále aktuálnějším tématem a ovlivňuje životy mnoha lidí. Cílem práce je zjistit vztahy mezi PAS a PPP a také to, v jakých rovinách je ovlivněn život jedinců s PAS. Práce má přispět k prohloubení teoretických znalostí a přiblížení daného tématu.

Práce obsahuje dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část je dále rozdělena na tři kapitoly. První kapitola blíže specifikuje poruchy příjmu potravy, jejich projevy, druhy léčby, epidemiologii, rizikové faktory, prevenci a dopad nemoci na vztahy s okolím. Druhá kapitola, popisuje poruchy autistického spektra, jejich projevy, diagnostiku, epidemiologii a dopad na rodinu a okolí. Poslední kapitola poté obě tyto poruchy propojuje.

Praktická část je rozdělena do tří kapitol. První se věnuje popisu výzkumného šetření, představuje cíl, výzkumný soubor a výzkumnou otázku. Analýza a interpretace dat je popsána ve druhé kapitole a v kapitole poslední autorka hodnotí práci, popisuje její limity, uvádí praktická doporučení a rešerši dat. Celá práce je poté shrnuta v závěru.

Teoretická část

Teoretická část vznikla na základě prostudované odborné literatury a přibližuje čtenáři dané téma.

1 Základní vymezení poruch příjmu potravy

„Pravděpodobně první starostí člověka bylo neumřít hladu.“ (Krch, 2004)

Přijímání potravy patří k základním biologickým potřebám živočichů. Dle Vágnerové (2004) jsou PPP spojeny s nepřirozeným postojem k jídlu a ke svému tělu. Pokud člověk trpí poruchou příjmu potravy, základní biologická potřeba, jako je konzumace stravy, se pro něj stává nepřekonatelným problémem. Jedinec ztrácí pud sebezáchovy, při kterém musí konzumovat alespoň takové minimum živin, které ho udrží naživu (Vágnerová, 2004). PPP se projevují různým průběhem, příčinami a odlišnými následky. Při dlouhodobé léčbě je rodina a okolí pacientů vystaveno velkému psychickému tlaku, léčba je finančně náročná a pacienti mohou trpět trvalými následky. Nejdůležitější je při léčbě adekvátní a včasná intervence a interdisciplinární spolupráce odborníků.

O prvních zmínkách PPP se dozvídáme již z dob starověku, kde jsou popisovány jako formy porušeného příjmu potravy. Ale až v druhé polovině 19. století se objevují věrohodné zmínky v literatuře o mentální anorexii. V posledních letech se objevuje stále více publikací zabývajících se touto problematikou (Papežová, 2010).

Krch (2004) uvádí, že dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) pod pojem PPP zahrnujeme dva syndromy, které jsou nejvýrazněji vymezené: mentální anorexii a mentální bulimii.

Všechny tyto poruchy, i ty atypické, které mohou mít odlišné příznaky, spojuje nespokojenost s vlastním tělem, se sebou samým a touha po ideálu.

1.1 Mentální anorexie

Dle Krcha (2002, s. 23) je mentální anorexie (dále MA) charakterizována jako *„závažné onemocnění, které se vyznačuje zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti.“* Osoby, trpící MA, odmítají potravu, protože nechtějí jíst a ne proto, že by neměli hlad, ale mnohdy tento fakt popírají. Nechutenství je důsledkem dlouhodobého hladovění. Někteří pacienti mohou projevovat zvýšený zájem o jídlo a o vše, co s jídlem souvisí (rádi vaří pro

rodinu a přátele, nakupují, sbírají recepty). Jejich narušený postoj k vlastním tělesným proporcím jim však zabraňuje jídlo konzumovat.

Tři základní diagnostická kritéria MA:

1. Dlouhodobé udržování nízké tělesné hmotnosti,
2. Obavy z přibírání a tloušťky, i přes nízkou tělesnou hmotnost,
3. U žen a dívek porucha menstruačního cyklu (pokud není podávána hormonální medikace) (Krch, 2002).

Diagnostické manuály DSM-IV i MKN 10 berou v potaz tu možnost, že dívka menstruuje a užívá hormonální antikoncepci, tudíž se u ní nemusí vyskytovat bod č. 3 (Krch, 2004).

Rapidní snížení hmotnosti je cílené a nemocný si ho způsobuje sám tím, že odmítá jídlo a nadměrně cvičí. Často potraviny schovává, vyhazuje, vyhýbá se společným jídlům s rodinou. Svoje omezování ve stravování odůvodňuje změnou životního stylu. Patientky uvádí, že chtěli začít žít zdravě, mnohdy na doporučení lékařů, kteří varují před obezitou a nezdravou výživou. Se strachem z tloušťky je úzce spojena zkreslená představa o vlastním těle. Nemocní stále kontrolují své tělesné proporce a nadhodnocují je, několikrát denně se váží a sledují svoji postavu v zrcadle. Nebezpečné příznaky anorexie bagatelizují a věří, že dokáží svoje stavy ovládnout. Neustálé cvičení a omezování v jídle jim přináší uspokojení a radost ze silné vůle. Nemocní provádějí kroky ke své vyhublosti většinou tajně. Potají cvičí několik hodin denně, mají nespočet výmluv, proč nemohou jíst, nebo že už jedli. Starosti běžného života se zúžily pouze na jediné – být hubený, zhubnout (Krch, 2002).

U dospívajících mohou PPP pozastavit vývoj. Pokud pacienti vykazují symptomy anorexie, ale současně se opakovaně přejídají, užívají projímadla či zvrací, jedná se o takzvaný bulimický typ mentální anorexie (Krch, 2002).

Diagnostika bývá velmi obtížná. Mnoho pacientů své chování racionálně vysvětluje, či bagatelizuje. Proto je velice důležité všimnout si jak kognitivní, tak behaviorální stránky projevu jedince, sledovat jeho postoj k jídlu a stravovací návyky (Krch, 2004).

Americký diagnostický manuál DSM-IV rozlišuje pro snazší diagnostiku restriktivní typ a bulimický typ MA. U jedinců, kteří vykazující známky bulimického (purgativního) typu MA můžeme mnohem častěji pozorovat výraznější psychopatologické chování (alkoholismus, změny nálad). S tím je spojen déletrvající průběh poruchy a náročnější léčba. Tito jedinci v

souvislosti s jejich psychickým narušením vyžadují odlišnou léčbu. Diferenciace odlišných typů PPP nám napomáhá k úspěšnějšímu výběru následné terapie (Krch, 2004).

Při určení diagnózy MA je důležité zaměřit se na vyloučení jakékoli somatické či duševní poruchy, které by mohly ovlivnit vztah jedince k jídlu, například nechutenství (Krch, 2004).

1.2 Mentální bulimie

Podle Krcha (2004) chápeme mentální bulimii (dále MB) jako stav opakujících se záchvatů přejídání a neustálou kontrolu tělesné hmotnosti provázenou pocitem viny. Nadměrné množství potravin je konzumováno v krátkém časovém intervalu a strach z přibírání na váze vede k opakovanému zvracení, přehnanému cvičení, hladovění, užívání laxativ nebo diuretik (Krch, 2000).

Tři základní diagnostická kritéria MB:

1. Opakující se záchvaty přejídání (binge eating), neovladatelná kontrola nad jídlem a nad jeho množstvím,
2. Nadměrná kontrola tělesné hmotnosti, její snižování vyvolaným zvracením, užíváním projímadel, léků na odvodnění, držení různých diet a hladovek a nadměrným cvičením,
3. Nadměrný zájem o svůj vzhled a tělesnou hmotnost (Krch, 2004).

Specifické typy MB:

- Purgativní typ – pacient ve snaze zabránit nárůstu hmotnosti zneužívá laxativa, diuretika, vyvolává si zvracení
- Nepurgativní typ – pacient drží pravidelně přísné diety, hladovky, intenzivně cvičí, avšak neobjevují se u něj purgativní metody (Krch, 2004)

Mentální bulimie úzce souvisí s MA. Vykazují mnoho společných rysů a někteří jedinci trpící MB v minulosti trpěli MA (Krch 2004). Mnohdy jedna nemoc přechází do druhé, rozdíly mezi těmito chorobami jsou nejasné. Pacientky trpící anorexií si často udržují svoji váhu zvracením, a tím se stupňují zdravotní komplikace spojené s anorexií i bulimií (Papežová, 2012). V případě bulimie však nedochází k rapidnímu úbytku váhy a přerušeni menstruačního cyklu (Krch, 2004). Stejně jako v případě stanovení diagnózy mentální anorexie, tak i u mentální bulimie, je nezbytné nejdříve vyloučit poruchy, které mohou vyvolávat zvracení. Například porucha horního gastrointestinálního traktu a neurotické

poruchy. Nutkání přejídat se a ztráta kontroly nad jídlem se může objevit u pacientů trpících depresemi, obsedantní poruchou, mánií a oligofrenií. Často se také bulimie vyskytuje v souvislosti s alkoholismem (Krch, 2004).

Jedinec, který má normální apetit, může jen těžko pochopit anorexii či bulimii, ale možná pro něj bude snazší porozumět lidem, kteří se potýkají s psychogenním přejídáním (Papežová, 2012).

1.3 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí také atypickou mentální anorexii (F50.1) a atypickou mentální bulimii (F50.3). U pacientů s touto charakteristikou se obvykle neobjevuje jeden nebo více základních příznaků poruchy, ale sledujeme u nich totožný klinický obraz nemoci. Naopak je tomu v případě DSM-IV, kde charakterizujeme jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy (Eating Disorders Otherwise Specified – EDNOS). Jako příklady EDNOS uvádí Krch (2004):

- Stejná kritéria jako u MA, ale je přítomný pravidelný cyklus
- Je zřejmý váhový úbytek, kritéria jako u MA, ale hmotnost spadá pod normu
- Splněna kritéria jako u MB, méně časté záchvaty přejídání, jedinec potravu nepolyká, ale vyplivuje

Mezi nespecifikované poruchy můžeme také zařadit „syndrom nočního přejídání“, který se vyznačuje poruchami spánku, večerní anorexií a nočním přejídáním. V posledních letech se častěji objevují případy, kdy se jedinci opakovaně přejídají bez držení hladovek, či bez purgativního chování. Toto chování lze také zařadit mezi EDNOS. Tento typ přejídání, bez využívání jakýchkoliv kompenzačních pomůcek, bývá v koincidenci s nadváhou nebo obezitou. Objevují se návrhy na zařazení této kategorie do klasifikace PPP jako třetí druh – „záchvatovité přejídání“. U této definice je záchvatovité přejídání vymezeno podobným způsobem jako záchvatovité přejídání u MB. Opakované přejídání musí být spojeno alespoň se třemi z následujících charakteristik:

1. Rychlejší stravování, než je obvyklé,
2. Najezení do nepříjemného pocitu plnosti,
3. Jezení bez pocitu hladu,
4. Stravování o samotě, z důvodu studu z velkého množství jídla,
5. Jedinec je po přejedení sám sebou znechucen, je deprimován, cítí se provinile,

6. Objevuje se pocit úzkosti v souvislosti s přejedením,
7. K záchvatům přejídání dochází alespoň dvakrát týdně po dobu šesti měsíců,
8. Záchvatovité přejídání není spojeno s pravidelným kompenzačním chováním.

V dnešní době se záchvatovitému přejídání věnuje velká pozornost. Vztah obezity a záchvatovitého přejídání je přímo úměrný, což znamená, že čím je forma obezity těžší, tím je větší pravděpodobnost výskytu záchvatovitého přejídání. I když se u jedinců trpících záchvatovým přejídáním neobjevují kompenzační mechanismy jako zvracení či používání projímadel, můžeme se u nich setkat s přehnanou sebekontrolou a špatnými stravovacími návyky (Krch, 2004).

1.4 Epidemiologie

Epidemiologický výzkum nám poskytuje informace o tom, co danou poruchu může způsobovat, jaký vliv má na její výskyt socioekonomické postavení jedince či jeho pohlaví a jak se nemoc a počet pacientů vyvíjí v čase. V posledních letech je znatelný nárůst poruch příjmu potravy. Nejvíce záznamů o incidenci mentální anorexie se nám dostává ze záznamů psychiatrických oddělení a z ambulancí obvodních lékařů. U mnoha pacientů však nebývá léčena jejich správná psychiatrická diagnóza, a tudíž nejsou uvedeni v žádném lékařském záznamu (Krch, 2004). Poruchy příjmu potravy se častěji dotýkají ženské populace, 4-6 % dospívajících dívek můžeme v ČR označit jako bulimičky a přibližně 1% jako anorektičky. Větší riziko výskytu se objevuje v rodinách, ve kterých se již někdo s touto poruchou léčil nebo léčí. Nemoc nejčastěji propuká během dospívání okolo třinácti až patnácti let, kdy se jedinec snaží pochopit a přijmout svoji identitu. Ale samozřejmě to může být i dříve nebo naopak později, například v důsledku nějaké nepříjemné životní situace (Stárková, 2009). Dle Papežové (2010) je léčba anorexie stále úspěšnější, ale stále je tato duševní porucha považována za jednu z nejzávažnějších. Úmrtnost se pohybuje u MA okolo 2-8 % a u MB okolo 2 %. Přičemž u MB je šance na úplné vyléčení vyšší. PPP můžeme považovat za chronické po deseti až patnácti letech jejich trvání. Relapsy bývají velmi časté a objevují se obvykle do roka po zotavení jedince (Papežová,2010).

1.5 Psychosociální rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy

Papežová (2010) mezi rizikové faktory uvádí mimo jiné pohlaví, věk, etnický původ a osobnostní faktory. My se budeme soustředit na souvislost mezi PPP a psychopatologií a negativní emocionalitou.

Osoby trpící PPP jsou nejčastěji přísní na sebe i na své okolí. Vyžadují od sebe maximální úspěšnost. Někteří autoři se domnívají, že základem pro vypuknutí patologického stravování je specifická osobnost jedince a její poruchy (Krch, 2004).

Většina poznatků o ovlivňování PPP jiným duševním onemocněním se nezabývala časovou posloupností, a tudíž z nich není jasné, zda je jiné duševní onemocnění rizikovým faktorem pro PPP (Papežová, 2010). Jacobi et al. (in Papežová, 2010) uvádějí pouze dvě studie, které zohledňovaly časový faktor. První porovnávala dospívající dívky zdravé a dívky trpící anorexií. U dívek s PPP se v porovnání se zdravými dívkami častěji objevovaly premorbidní poruchy osobnosti (66 % v. 27 %), výrazněji poté obsedantně-kompulzivní porucha (35 % v. 4 %) (Rastam in Papežová, 2010). Druhá studie Bulik et al. (in Papežová, 2010) se zaměřila na úzkostné poruchy v dětství, které mohou patologicky ovlivňovat jedince ve vztahu k PPP. Autoři porovnávali ženy s anorexií, bulimií, depresí a ženy zdravé. *„Ženy s diagnózou anorexie trpěly nejčastěji obsedantně-kompulzivní poruchou a separační úzkostí. Skupiny žen s depresí i s anorexií trpěly významně častěji panickou poruchou a pacientky s bulimií sociální úzkostí. U pacientů, kteří trpí záchvaty přejídání, byl rovněž zaznamenán větší výskyt hraniční poruchy osobnosti“* (van Hanswijck et al. in Papežová, 2010, s. 39). Jiné empirické studie zabývající se touto problematikou dokazují, že duševní onemocnění se výrazně podílí na vývoji PPP i bez držení diet (Papežová, 2010).

U dívek s diagnózou anorexie, které byly sledovány díky Eysenckovu nebo Cattellovu dotazníku, se častěji objevovaly znaky neuróz, introverze a úzkosti. V roce 1939 stanovili Palmer a Jones hypotézu, která uvádí, že mentální anorexie je specifickou formou obsedantně-kompulzivní poruchy. Společným jmenovatelem pro PPP a obsedantně-kompulzivní poruchu je nízké sebehodnocení, vnitřní nejistota a neustálá potřeba sebekontroly. Jedincům pomáhá ke zmírnění či odbourání úzkosti nastavení určitého řádu a rituálů, které jim navozují uklidnění. Problematika souvislosti PPP a různých psychických příznaků bude jistě tématem mnoha vědeckých výzkumů, nyní už však s jistotou můžeme konstatovat, že některé rysy osobnosti a psychiatrické charakteristiky přímo úměrně ovlivňují výskyt anorexie a bulimie (Krch, 2004).

1.6 Léčba poruch příjmu potravy

Léčba pacienta trpícího poruchou příjmu potravy je závislá na mnoha faktorech. Tím nejdůležitějším je motivace pacienta. Většina osob s touto poruchou nevyhledala odbornou pomoc sama, ale byla k ní dotlačena jejich okolím, a tím se úspěšnost na vyléčení výrazně

sníží. Dále hraje v léčbě velkou roli věk pacienta, průběh nemoci, rodina a délka trvání před diagnózou. V dnešní době je již téma PPP známé a často zmiňované, proto bývá správná diagnóza stanovena obvykle velmi brzy. Pro rodinu je toto období velmi náročné. Začátky nemoci nemusí odhalit včas a mohou je zaměňovat za změnu životního stylu, či pouze za rozmar v dospívání. Pokud se objeví závažnější problém, zpravidla nejprve kontaktují pediatra, a ten doporučí další vývoj terapie. Důležitá je interdisciplinární spolupráce několika odborníků. Nejprve musí lékař vyloučit jakékoli somatické onemocnění, které by mohlo způsobit prudký úbytek váhy a odmítání potravy (Koutek, Kocourková, 2014). Krch (2002) uvádí, že zpočátku není důležité pátrat po příčině onemocnění, nýbrž zahájit správnou léčbu a zajistit spolupráci rodičů. Zejména u dětí si rodiče dávají za vinu, že se jejich potomek potýká s touto poruchou, a chovají se nepřiměřeně. Intervence je zahájena poskytnutím dostatečného množství informací a potřebné literatury.

Hospitalizace a částečná hospitalizace

Pokud nebyla dočasná psychologická léčba pacienta úspěšná či dostačující, a pacientův stav je z lékařského hlediska vážný, přichází na řadu krátkodobá, nebo dlouhodobá hospitalizace. O krátkodobé hospitalizaci můžeme uvažovat v případě, že je pacient silně motivován ke změně. V takovéto situaci je zdravotní stav pacienta stabilizován, a dále je předán do ambulantní péče. V případě, že je snížení váhy výrazné, u pacienta se objevují jiné přidružené nemoci a je ohrožen život pacienta, je nezbytná dlouhodobá hospitalizace. Zpočátku je nutné zajistit pravidelný příjem potravy a stabilizovat pacientův zdravotní stav. Je praktikována tzv. komplexní péče, která trvá přibližně dva až tři měsíce a je zaměřena jak na fyzickou, tak na psychickou stránku nemoci. V mnoha případech je tento způsob léčby nevyhnutelný a bývá často proti vůli pacienta (Krch, 2004).

Ambulantní péče

Ambulantní péče je umožněna pacientům na základě průběhu jejich nemoci. Pouze pokud mají velkou podporu ve své rodině a okolí a velkou motivaci něco změnit. V případě, že je pacientovi tato léčba umožněna, je nezbytná spolupráce praktického lékaře a psychiatrického týmu. Pacientův stav musí být pravidelně sledován a kontrolován. Konzultace s psychiatry je nezbytná pro udržení psychického zdraví jedince a předcházení relapsu. Je mu doporučen stravovací a pohybový plán. U ambulantní péče by se měla změna projevit nejpozději do tří měsíců (Papežová, 2010).

1.6.1 Terapie

Svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukace

U některých pacientů a pacientek, u nichž není průběh nemoci tak fatální, je možné docílit zlepšení stavu či k uzdravení formou svépomoci (Krch, 2004).

Rodinná terapie

Rodinná terapie by měla být součástí léčby u mladých klientů a dospívajících. Odborníci se domnívají, že porozumění rodinné situaci pacienta je nezbytné k pochopení jeho problému, a také mohou mnohdy odhalit příčinu PPP. Rodinná terapie je důležitá pro zmírnění napětí v rodině a pro vzájemné pochopení jeden druhého. Podpora ze strany rodiny a okolí pacienta má výrazný vliv na další průběh léčby (Krch, 1999).

Kognitivně behaviorální terapie (KBT)

KBT je běžně aplikovanou terapií u pacientů s MB a svými základními principy značně ovlivňuje léčbu MA (Krch, 1999). Cílem terapie je postupné přibírání a dosažení optimální váhy. Je určena pro pacienty se závažnějším průběhem PPP, u kterých není vzhledem k jejich věku praktikována rodinná terapie. KBT podporuje nácvik vhodných stravovacích návyků a jejich dlouhodobé udržení. Po úspěchu pacienta přichází odměna, například ve formě návštěv či vycházek domů (Papežová, 2010).

Psychoanalýza

Terapeutovým cílem je vést klienta k sebepoznání. Pacient analyzuje svůj život, svoje dětství, rodinu. Vypráví terapeutovi svůj příběh. Ten ho poté citlivou formou a ve vhodnou dobu prezentuje zpět klientovi (Krch, 1999).

Skupinová psychoterapie

Hojně využívaná metoda psychoterapie u pacientů s PPP. Klienti se pomocí skupinové psychoterapie učí znovu navazovat vztahy, pozorovat reakce své i okolí, umět je ovládat a učit se vyjadřovat své pocity. Terapeuti často využívají prvky muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie a jiné. Ideální počet členů ve skupině je 6–12, ti se scházejí několikrát týdně. Cílem setkání je sdílení stejných zkušeností a prožitků, jistota, že v tom člověk „není sám“. Terapeut udržuje fungování skupiny bez přímých zásahů (Krch, 1999).

Somatopsychoterapie

Terapie orientované na tělo pomáhají klientům k objevení a pochopení svého vlastního těla a jeho přijetí. Využívány jsou metody dechového cvičení, masáží a různých tělesných pohybů (Krch, 1999).

Farmakoterapie

Medikace pacientů a pacientek není primárním způsobem léčby. Farmaka by měla být užívána jako doplněk některého typu psychosociální léčby. V případě MB bývají často užívána antidepresiva, kdy afektivní příznaky mohou bránit pokroku v léčbě (Krch, 1999). Významnou roli při optimalizaci váhy u pacientek trpících MA hrají doplňky stravy. Pro potřebné zvýšení energetického příjmu pacienta bývají užívány například nutriční nápoje (Krch, 2004).

Terapie orientovaná na tělo (Body-oriented therapy, BOT)

Cílem BOT je zaměření se na pacientovo tělo. Využívá všechny prvky psychoterapie, kdy se klient soustředí na své tělesné pocity a prožitky. Terapie orientovaná na tělo může probíhat formou pohybových cvičení, relaxace, dechových cvičení apod. V léčbě PPP bývají využívány i jiné expresivní metody léčby, jako je arteterapie, gestalt či psychodrama. Práce s vlastním tělem vede pacienty k sebepoznání a seberejítí. Jednou z mnoha využívaných technik BOT je hraní role. Důraz je kladen na emocionální prožitek pacienta, nikoli na techniku dramatizace. Tato technika napomáhá snáze pochopit chování pacienta i ostatních vůči němu, je také prostředkem k nácviku chování v neznámém prostředí (Krch, 1999). Stále častěji bývají zapojovány do léčby také prvky dramaterapie.

1.7 Dopad na pacienta, jeho rodinu a okolí

Rodina je první sociální skupina, ve které se jedinec učí fungovat. Je základem pro jeho další vývoj. Děti se pomocí nápodoby učí vzorcům chování, pozitivním, či negativním, které vidí u svých dospělých vzorů (Procházková, Sladká – Ševčíková, 2017). Studie prokazují vyšší výskyt PPP v rodinách, ve kterých se již nějaká patologie ve stravování objevila. Můžeme tedy hovořit o dědičnosti jistých predispozic k náchylnosti ke vzniku PPP. Ale genetické vlohky nejsou jediným rizikovým faktorem. Rodina jako celek působí na psychiku jedince. Pokud je soužití rodiny konfliktní, nepodnětné, či klade vysoké nároky na jedince, je vyšší riziko vzniku PPP (Krch, 2004).

Stejně jako rodina může ovlivnit vznik PPP, samotné poruchy příjmu potravy poté ovlivňují rodinu a všechny její členy. Nemoc dítěte je nemocí celé rodiny, ovlivňuje její chování, stravování i vzájemnou komunikaci mezi členy. Někdy je nemoc ovlivňuje natolik, že zapomínají žít svůj normální život. V tomto případě je důležité nastavit v domácnosti určitá pravidla, která podpoří zdravé fungování rodiny. Je nezbytné zachovat si svůj volný čas a zájmy. Pokud jsou ostatní členové rodiny spokojeni, příjemná atmosféra v rodině přispívá k lepšímu zvládnutí situace. Poruchy příjmu potravy jsou velmi závažné onemocnění, ale nesmí se jim věnovat veškerá pozornost. Mnohdy matky pacientů věnují veškerou svoji energii kontrole stravování a vymýšlení způsobů, jak přinutit své dítě ke správnému stravování, a poté zapomínají na běžný život. Nejvíce tuto změnu pozorují sourozenci nemocných, kterým se nedostává takové pozornosti jako dříve. Ti se na sebe snaží upozornit změnou chování. Cestou ke zdravému zvládnutí nemoci je komunikace. Je samozřejmé, že změna chodu rodiny ovlivní všechny její členy, proto je důležité hovořit o emocích a pocitech, které změna vyvolala, a snažit se je řešit. Vhodné je také vytvořit si nějaké rodinné rituály. Společné jídlo, ať už snídaně, či večeře je dobrým krokem ke zlepšení komunikace v rodině i kontrole stravování (Mgr. Jana Tomanová, PhD. in healthyandfree.cz, 2017, [online]).

1.8 Prevence

Nejlepší je s prevencí PPP začít u dětí již od útlého věku. Důležitým faktorem je nepodporovat u dětí výrazný strach z obezity a z některých potravin, ale snažit se vytvořit jim podmínky pro osvojení zdravých stravovacích návyků. Výraznou roli v prevenci vzniku PPP hraje pohybová aktivita. Jedinec by měl být zvyklý ještě před nástupem do školy na pravidelný pohyb. I děti, které nemají předpoklady být vrcholovými sportovci, by měli být vedeni k přiměřené pravidelné pohybové aktivitě (Krch 2003). Základy prevence by měly vycházet z rodinného prostředí, avšak škola plní mnohdy v tomto směru výraznější funkci. Jejím úkolem je využití edukativních prostředků k podávání informací ohledně problematiky tohoto tématu a vedení žáků ke správným stravovacím i pohybovým návykům. Zařazením preventivního programu do běžné výuky školy je zajištěna informovanost všech žáků. Zacílení je hlavně na žáky 2. stupně, kteří většinu svého dospívání prožijí ve školním prostředí, a právě doba dospívání je nejrizikovější pro vznik PPP. Škola nemá mít snahu nahradit plně výchovnou funkci rodiny, ale měla by vytvářet podnětné prostředí pro správný vývoj jedince, pro růst jeho zdravého sebevědomí a pro jeho snazší vstup do společnosti. (Procházková, Sladká – Ševčíková, 2017). Role učitele, výchovného poradce, školního psychologa,

speciálního pedagoga a jiných pedagogických pracovníků je mnohdy podceňována. Snahou učitele by mělo být vytvoření příjemného sociálního prostředí ve třídě, které žáky motivuje a podporuje jejich zdravý osobní růst. Jeho cílem je také detabuizovat dané téma, otevřeně hovořit o jeho úskalích, připravit žáky, a především dívky na změny zevnějšku, ale i na psychické změny spojené s dospíváním. Důležité je informovat žáky o vlivu médií a upozornit je na zkreslenost mnohých fotografií. Pedagogové by se měli také vyvarovat nevhodným narážkám na tělesné proporce žáků a jejich kritice. Učitel, který má důvěru svých žáků, může být prvním, kdo odhalí rizikové chování. V takovýchto případech by měli být učitelé podporováni v dalším vzdělávání a měli by být schopni rozpoznat konkrétní projevy PPP, popřípadě vědět, kam se obrátit. Pro úspěšnou prevenci je nejvhodnější spolupráce rodiny a školy (Procházková, Sladká – Ševčíková, 2017).

Papežová (2010) zdůrazňuje důležitost rozšíření preventivních programů na internetové stránky a sociální sítě, a cíleně tak působit na mládež a dospívající.

Jednou z mnoha organizací, která se zabývá prevencí PPP, je organizace Anabell. Toto kontaktní centrum nabízí poradenskou pomoc, terapeutickou i ambulantní péči v Kontaktních centrech po České republice (Anabell [online]).

2 Základní vymezení poruch autistického spektra

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

Přítomnost poruchy autistického spektra ovlivňuje chování jedince ve všech směrech. V různé míře je ovlivněna nejen komunikační složka, ale i schopnost adaptivního, naučeného a společensky akceptovatelného chování. Odlišný pohled na svět přináší osobě s PAS mnoho nedorozumění, například v oblasti vzdělávání, komunikace s vrstevníky a s rodinou, v době dospívání či při výběru a udržení zaměstnání. V uplynulých padesáti letech zaznamenáváme pozitivní obrat v oblasti diagnostiky. Vývoj je také znatelný v přístupech ve vzdělávání a v terapii. Pokud se dítěti vytvoří ideální prostředí, ve kterém se cítí bezpečně, je velká pravděpodobnost, že se později dokáže začlenit do společnosti. Základem je nácvik komunikačních dovedností a sociálního chování. Cílem terapie a edukace je maximální využití kompetencí jedince (Thorová, 2016).

První zmínky o „nevšedním“ chování několika dětí jsou spojeny s americkým psychiatrem Leo Kannerem (1943). Ten tyto projevy pojmenoval – časný dětský autismus (Early Infantile Autism – EIA). Autor se domníval, že děti jsou zahleděné do sebe, nejsou schopné lásky a porozumění a jsou osamělé. Z toho také vyplývá název pocházející z řeckého slova „autos“, znamenající „sám“. Samotný pojem autismus, ale popsal již v roce 1911 švýcarský psychiatr Eugen Bleuler, který tento termín spojoval s určitým symptomem objevujícím se u schizofrenie. Z důvodu chybného používání tohoto termínu byl autismus brán jako synonymum schizofrenie (Thorová, 2016).

Hans Asperger ve své práci v roce 1934 zmínil termín autistická psychopatie, kde popisuje děti s obdobnými projevy chování, které uvádí Kanner (in Richman, 2006).

Ve zmíněné problematice rezonují převážně pojmy jako autismus, porucha autistického spektra a pervazivní vývojová porucha (Bazalová, 2017). Dle Peeterse (1998) je pro tyto poruchy výstižný pojem pervazivní porucha. Termín pervazivní vývojová porucha je chápán jako porucha, která zasahuje hned několik složek osobnosti a je jedna z nejzávažnějších.

Na základě mnoha studií, ze kterých vyústil mezinárodní klasifikační systém, je autismus popisován jako pervazivní vývojová porucha a musíme na něj nahlížet jako na komplexní poruchu, při které je narušena jak somatická, tak organická i biologická složka jedince a nejedná se tedy o duševní onemocnění (Jelínková in Pastierikova, 2013).

Diagnostické manuály MKN-10 i DSM-IV uvádějí, že pro diagnostiku PAS musí být nástup psychopatologie před dovršením třetího roku dítěte. Rodiče však u svých dětí pozorují netypické chování již dříve, přibližně okolo roku života dítěte. Propuknutí nemoci má dvojí charakter, plíživý rozvoj autistických deficitů, nebo tzv. autistická regrese, která však nebývá tak častá. U autistické regrese se setkáváme s náhlým zvratem vývoje jedince směrem dozadu, kdy dítě ztrácí již osvojené sociální vzorce chování, vývojové dovednosti, patologii pozorujeme v oblasti verbální i nonverbální komunikace, v oblasti hry i kognitivních funkcí (Hrdlička, Komárek, 2004).

Psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2000, s. 63) definuje autismus jako „*stažení se do sebe, zapadnutí do sebe, sociální izolaci, egocentrické, nerealistické myšlení, snění...*“. Z pedagogického pohledu je autismus „*vývojovou poruchou, která se projevuje neschopností komunikovat a navazovat kontakty s okolím. Postižený vyjadřuje svá přání a potřeby s těžkostmi a nechápe, že mu ostatní nerozumějí. Uzavírá se do vlastního světa a projevuje se jako extrémně osamělá bytost.*“ (Průcha, Walterová, Mareš in Pastierikova, 2013, s. 9).

2.1 Charakteristické projevy, deficity a chování

U každého jedince se poruchy projevují jinak, nenašli bychom osoby s totožnými symptomy. Přesto se diagnostické manuály shodují a uvádějí, že pro diagnostiku autismu je nezbytná přítomnost triády příznaků, kterými jsou: omezení recipročních sociálních interakcí, omezení reciproční komunikace (verbální i neverbální) a omezení imaginace, které se projevuje repetitivním chováním (Thorová, 2016).

Lorna Wingová popsala čtyři typy sociální interakce jedinců s PAS – typ osamělý, pasivní, aktivní, formální. Tyto projevy se mohou postupem času měnit, některé děti působí v mladším věku pasivně a s přibývajícím věkem se mohou projevovat aktivně a naopak. U osob s PAS můžeme výhradně sledovat dva typy sociálního chování, a to typ osamělý a oproti tomu, zcela odlišný typ extrémní. V prvním zmíněném se jedinec vyhýbá jakémukoli očnímu kontaktu, zakrývá si oči, schovává se. V druhém případě je naopak dítě velmi kontaktní, sahá na lidi, kouká jim upřeně do obličeje a vypráví různé příběhy. Charakteristické chování každého jednotlivce se většinou ustálí až v dospělém věku. U jedinců se liší i míra jejich

poruchy, některé děti projdou bez problémů školní docházkou jen s upozorněním, že je jejich chování neobvyklé. Jiní naopak svým chováním naruší fungování celé rodiny (Thorová, 2016).

Pro mnoho dospělých jedinců trpících PAS je velmi obtížné pochopit význam úsměvu, gesta či dotyku jiné osoby. Často nevědí, jak na takový impuls reagovat. Aby mohli fungovat v běžném životě, mnohdy jsou jejich reakce naučené. Z důvodu předejití nepříjemným společenským situacím se učí analyzovat situaci (Jelínková, 2001).

2.2 Diagnostika poruch autistického spektra

Diagnostika autismu je velmi obtížnou disciplínou a vyžaduje profesionální přístup odborníků s mnohaletou praxí. Stále mnoho rodičů žije v nejistotě z neporozumění vlastnímu dítěti, někteří se správné diagnózy dočkají, jiní čekají do dospělosti a nemalý zlomek jedinců se svou poruchou žije celý život, aniž by tušil, proč je svět kolem nich tak odlišný. Přitom správné ačasné pojmenování problému vytváří osobě s PAS vhodné podmínky pro snazší fungování v běžném životě a eliminaci příznaků (Říčan, Krejčířová et al., 2006).

Odhalení autismu již v kojeneckém věku není pravděpodobné, mnohdy je náročné odlišit PAS od jiných smyslových poruch. Začátek vývoje bývá u dítěte s autismem totožný s vývojem zdravého dítěte. Objevuje se žvatlání, reakce na oční kontakt apod. Zlom rodiče začínají pozorovat okolo druhého roku. Některé děti nezačnou mluvit, nebo přestanou používat dříve naučená slova. Postupně dítě ztrácí zájem o okolí, o fyzický kontakt a stává se neklidné a samotářské. U jedinců pozorujeme časté emoční výkyvy a záchvaty vzteku či pláče (Krejčířová, 2003). Dle Thorové (2016) nejvíce krystalizuje obraz PAS v předškolním období. Dítě se straní hrát s vrstevníky, je u něj znatelné výrazné stereotypní chování. Má zájem o hračky, ale nevyužívá je ke klasické hře. Dítě se hůře adaptuje na změny. V závislosti na hloubce postižení je ovlivněna komunikační složka. Slova jsou pro mnohé z nich abstraktní, představivost je na nízké úrovni. Některé děti začnou projevovat zájem o mazlení s rodiči.

Prozatím neexistuje jednotný test, který by na základě určitých biologických symptomů prokázal autismus. Proto se odborníci zaměřují na důkladné pozorování chování jednotlivce. Diagnostika je zatížena také faktem, že u každého jedince se porucha projevuje jiným způsobem, je proměnlivá v čase a závisí na socio-kulturním prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje. Důležitou roli hraje také intelekt, osobnost jedince či přítomnost jiné poruchy. Na základě všech těchto aspektů je pro co nejpřesnější diagnostiku PAS nejdůležitější interdisciplinarita. Ideální je spolupráce různých odborníků jako jsou logopedi,

speciální pedagogové, psychologové, psychiatři, pediatři, neurologové a v první řadě hlavně rodičů, ti by měli být prvním impulsem pro řešení jakékoli patologické situace (Thorová, 2016).

Ideální diagnostický model:

1. Fáze podezření: rodiče mají podezření na patologický vývoj dítěte, pediatr provede screeningový test, a v případě pozitivního výsledku odešle dítě na specializované pracoviště,
2. Fáze diagnostická: diferenciální diagnostika na které se podílí nejlépe několik odborníků najednou, další vyšetření (genetika, neurologie, vyšetření zraku, sluchu...),
3. Fáze postdiagnostická: rodiče jsou informováni o problematice, studují příslušnou literaturu, kontaktují ostatní rodiče s dětmi s podobnou diagnózou, vyhledávají střediska následné péče (Thorová, 2016).

Nejčastějšími využívanými diagnostickými manuály pro diagnostiku autismu jsou Mezinárodní statistická klasifikace nemocí (MKN-10), vydána Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a Diagnostický statistický manuál (DSM-IV), vytvořen Americkou psychiatrickou asociací (APA) (Bazalová, 2007).

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize poruchy autistického spektra spadají pod kapitolu V. Poruchy duševní a poruchy chování F00–F99, konkrétně pod Poruchy psychického vývoje F80–F89. Pervazivní vývojové poruchy F84 jsou: *„kvalitativním porušením reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a omezeným stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností. Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci.“* (MKN – 10, 2018, s. 249 [online]).

Do těchto poruch psychického vývoje patří:

- F84.0 Dětský autismus
- F84.1 Atypický autismus
- F84.2 Rettův syndrom
- F84.3 Jiná dezintegrační porucha v dětství
- F84.4 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby
- F84.5 Aspergerův syndrom
- F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy

- F84.9 Pervazivní vývojová porucha, nespecifikovaná

Dále můžeme také pro diagnostiku PAS vycházet z Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace (DSM-IV, 1994), který rozděluje pervazivní vývojové poruchy na:

- Autistická porucha (Autistic Disorder)
- Rettův syndrom (Rett's Syndrome)
- Dětská dezintegrační porucha (Childhood Desintegrative Disorder)
- Aspergerova porucha (Asperger Disorder)
- Pervazivní vývojová porucha dále nespecifikovaná (Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified - PDD-NOS) (DSM-IV., 1994 in Čadilová, Jůn, Thorová et al., 2007).

Klasifikace poruch autistického spektra dle DSM-IV se od MKN-10 liší. V České republice se v diagnostice častěji využívá klasifikace MKN-10 (Hrdlička, Komárek 2004).

2.3 Dělení PAS (dle MKN-10)

2.3.1 Dětský autismus

Dle Hrdličky, Komárka (2004) se dětský autismus dělí na vysoce funkční (IQ min. 70), středně funkční (lehká – středně těžká mentální retardace) a nízkofunkční autismus (hluboká mentální retardace) a je jednou z nejlépe prostudovaných pervazivních vývojových poruch. Vyskytuje se častěji u chlapců. Thorová (2006) uvádí, že pro diagnostiku dětského autismu se u dítěte objeví do třech let kvalitativní narušení v oblasti sociální interakce, narušení komunikace a omezené, opakující se stereotypní vzorce chování. Jako narušení sociální interakce chápeme – neschopnost navazovat vztahy, nepřiměřené užití sociálních dovedností, nepochopení emocí druhých, nezvládnutí nonverbální komunikace. Mezi projevy narušené komunikace patří – opožděný vývoj řeči nebo její absence, opakování slov, neschopnost konverzace, nedostatek představivosti v myšlení, nepřiměřená gestikulace, absence spontánní hry. Stereotypní chování se například vyznačuje stereotypními pohyby, rituály, nelibostí při změně prostředí či obměně plánu a jiné. Tyto příznaky musí být jasné, nelze je zaměňovat s opožděným vývojem. Další obtíže, které mohou být přidružené dětskému autismu, jsou poruchy příjmu potravy, poruchy spánku, fobie, agrese, sebezraňování, výbuchy vzteku, absence tvořivosti a samostatnosti, potíže s vytvářením plánů, problémy s používáním zájmen, chůze po špičkách, fascinace pohybem, hypersenzitivita (na světlo, zvuk, pachy, doteky, chutě), náhlý bezdůvodný pláč nebo smích,

hyperaktivita nebo hypoaktivita, požívání nejdýchých předmětů a další (Čadilová, Jůn, Thorová et al., 2007, Gillberg a Peeters 2008).

Úroveň funkčnosti autismu souvisí primárně s vyjadřováním a porozuměním, se schopností sociální adaptability a využitím volného času, s mírou atypického chování a s úrovní intelektu.

- Autismus nízkofunkční – nízká úroveň schopnosti navazování sociálních vztahů, řeč v podobě echolálie (slova nebo pouze zvuky), objevuje se sebezraňování, stereotypní pohyby
- Autismus středně funkční – snížená schopnost navazování sociálních vztahů, komunikace bývá pasivní, stručnost sdělení, používání neobvyklých slov, hra má funkční charakter, objevuje se stereotypní chování
- Autismus vysoce funkční – osvojení základních komunikačních a sociálních návyků, často jsou okolím vnímáni jako neslušní, nerozumí kontextu sociálních norem, řeč je dobře vyvinuta, avšak komunikace bývá jednostranná, bez vnímání komunikačního partnera, skvělé znalosti o určitém tématu, nezvládnutí spolupráce v kolektivu (Thorová, 2016)

2.3.2 Atypický autismus

V případě, že se u dítěte objevují jen některá diagnostická kritéria pro dětský autismus, můžeme hovořit o atypickém autismu, nebo zda svými projevy nespádá pod jinou pervazivní vývojovou poruchu. Diagnostika atypického autismu ještě není zcela pevně ukotvena, proto se musíme v tomto případě spoléhat na odhad odborníka a jeho subjektivní pozorování. (Thorová. 2016). Atypický autismus se od dětského autismu může také lišit dobou vzniku. Jeho nástup se objevuje až po třetím roce věku dítěte (Krejčířová, 2003).

2.3.3 Rettův syndrom

Závažné genetické postižení postihující pouze dívky. Mnoho autorů ho nezařazuje do PAS, protože se jejich sociální chování odlišuje od chování jedinců s PAS. Dítě se na začátku svého života vyvíjí standardně, avšak v půl roce přichází zvrát a stagnace vývoje. Okolo 18. měsíce začíná dítě pozbývat naučených dovedností a vývoj jak pohybový, komunikační, tak i poznávací regreduje. Jedinec se postupně stává závislým na svém okolí, ochabuje mu svalstvo, přestává růst hlava. Dochází k různým deformitám končetin, a také k poruše dýchání a polykání (Thorová, 2016). Rettův syndrom dělíme na klasický a atypický (Čadilová, Jůn, Thorová et al., 2007).

2.3.4 Jiná desintegrační porucha v dětství

Vývoj dítěte je do dvou let zcela odpovídající vývoji zdravého jedince, zvrát nastává okolo druhého či třetího roku věku dítěte. Nemoc může propuknout zcela náhle nebo mít postupný regresivní charakter. Porucha se dříve označovala jako Hellerův syndrom, desintegrační psychóza nebo infantilní demence. Dítě postupně pozbývá naučených vzorců chování. Ztrácí schopnost verbálního vyjadřování, je neklidné, vyskytují se u něj úzkostné stavy, emoční nestálost (Krejčířová, 2003). Oproti dětskému autismu se u jedinců s jinou desintegrační poruchou objevuje těžší typ mentální retardace, sledujeme častější epileptické záchvaty a prognóza těchto dětí nebývá pozitivní. Dětská desintegrační porucha nemusí být správně diagnostikována, často bývá zaměněna za regresivní typ autismu. Proto se tato porucha jeví jako výjimečná (Thorová, 2006).

2.3.5 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

Porucha zahrnující projevy repetitivního chování či sebepoškozování, hyperaktivity a mentální retardace. V dospělosti se může hyperaktivita proměnit v hypoaktivitu (Hrdlička, Komárek, 2004).

2.3.6 Aspergerův syndrom

Hans Asperger, vídeňský pediatr, se o tomto syndromu zmínil poprvé v roce 1944 jako o autistická psychopatie a Lorna Wingová ho v roce 1981 pojmenovala názvem, který používáme dodnes (Krejčířová, 2003). Aspergerův syndrom je v mnoha případech obtížné správně diagnostikovat, obzvláště hraniční typy. U jedinců s touto poruchou sledujeme stejnou úroveň intelektu jako u jejich intaktních vrstevníků, ale problémy v sociálním chování jim často znemožňují vést samostatný život v dospělosti. Počáteční vývoj řeči nebývá narušen. (Thorová, 2016). Jejich řečový projev bývá nepřiměřený věku, proto si více rozumí s dospělými, nechápou ironii, dvojsmysly (Gillberg, Peeters, 2008). Výjimkou nejsou neobvyklé zájmy jako znalost jízdnicích řádů, encyklopedické znalosti a podobně. Malé procento lidí s Aspergerovým syndromem si najde práci a založí rodinu (Krejčířová, 2003).

2.3.7 Jiné pervazivní vývojové poruchy

Z důvodu špatně specifikovaných symptomů jsou tyto vývojové poruchy na okraji poruch autistického spektra. Osoby s jinou pervazivní poruchou mají také narušenou komunikační složku, mají problémy s interakcí s jinými lidmi a děti se hrou, ale ne do takové míry, aby spadaly do diagnostických kritérií autismu či atypického autismu. Některé projevy poruchy jsou hraniční, a může se zdát, že ne tak závažné, ale často tomu bývá naopak. Jiné

pervazivní vývojové poruchy diagnostikujeme u dětí s mentální retardací, vývojovou dysfázií, s těžšími formami poruch pozornosti a aktivity, s narušenými kognitivními funkcemi, ale také v případě dětí s narušenou představivostí, se schizotypními a schizoidními rysy (Thorová, 2016).

2.3.8 Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná

„Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (2006, s. 200), charakterizuje pervazivní vývojovou poruchu nespecifikovanou jako kategorii poruch, u nichž není možné zařazení do ostatních kategorií v rámci oddílu F84 z důvodu nedostatku informací nebo protichůdných nálezů“ (Pastieriková, 2013, s. 49).

V České republice doposud nebyly standardizovány testy sloužící k diagnostice PAS, proto se musíme spoléhat na překlady testů ze zahraničí (Thorová, 2016).

2.4 Epidemiologie

Doposud není jasná příčina vzniku PAS. Jednou z klamných domněnek vzniku PAS bylo chladné nepodnětné prostředí, nedostatek lásky rodičů (Jelínková, 2010). Toto tvrzení už je v dnešní době překonáno (Pastieriková, 2013). Hrdlička, Komárek (2004) uvádějí, že neurochemické studie mozku potvrzují souvislost mozkových dysfunkcí s propuknutím PAS. Mnoho studií potvrzuje výskyt mozkových dysfunkcí u jedinců s PAS, které jsou jasně prokazatelné. Přibližně u jednoho ze dvou jedinců s autismem lze naměřit abnormální EEG (Gillberg, Peeters, 2008). Předpokládá se, že výraznou roli hraje také faktor dědičnosti. Studie dvojčat dokazují velké genetické předpoklady vzniku PAS. Vliv mají i různá infekční onemocnění plodu v prenatálním období. Nyní odborníci tvrdí, že se PAS projeví při kombinaci všech těchto faktorů (praha.apla.cz, [online]). Autismus se často objevuje v kombinaci s jiným přidruženým psychickým, či fyzickým handicapem, jako je například mentální retardace, epilepsie, smyslové poruchy, geneticky podmíněné vady a jiné. Častá bývá také hyperaktivita, nesoustředěnost nebo pasivita jedince (Thorová, 2016).

2.5 Dopad na rodinu a okolí

Rodiče si vytváří vztahy se svými dětmi již před narozením. Mají nějaké představy, plány, sny. Pokud se jim do cesty postaví diagnóza autismu, je to pro ně obvykle šok, se kterým se musejí vypořádat. Na odbornících je být jim v tomto těžkém období podporou. Dostatečná informovanost, intervence a poradenství je pro rodiče mostem k pochopení jejich vlastních dětí. Po zjištění diagnózy nastává v rodinách několik fází, kterými si její členové prochází (Thorová, 2016). Pro snazší adaptaci na nově vzniklou situaci vyhledávají rodiny

děti s autismem informace pro lepší orientaci v dané problematice. Je pro ně náročné přijmout fakt, že se jejich dítě chová jinak než ostatní děti a často se musejí setkávat s vyčítavými pohledy okolí, které si myslí, že jsou děti pouze nevychované. Často jsou to ale pouze předsudky a rodiče si myslí, že nebudou pochopeni. Široká veřejnost je dnes již více informována o dané problematice, a proto se rodiny s dětmi s PAS nemusí cítit tak izolovaně od společnosti jako dříve. Rodina musí svůj každodenní život přizpůsobit postižení svého dítěte. V tomto případě záleží na závažnosti a míře závislosti jedince na péči. Rodiče vyhledávají rodiny s dětmi s podobnými poruchami a často omezí kontakty s bývalými přáteli. Mění se také vztahy mezi ostatními členy rodiny. Nejdůležitější je vzájemná komunikace a ujasnění funkcí. Mnohdy zůstává veškerá péče na matce a častý bývá také odchod otce z rodiny. Rodina by se neměla bát požádat o pomoc, ať už pedagogickou, psychologickou či medicínskou. Pro sourozence dětí s PAS vznikají edukační programy pro zasvěcení do problematiky zábavnou formou. Zdraví sourozenci se nezdá potýkají s posměchem spolužáků a stydí se být v blízkosti svých postižených sourozenců. Je důležité citlivě, ale otevřeně hovořit o problému. Intaktní sourozenec bývá pro dítě s PAS vzorem, často ho napodobuje, a tak se učí hře, sociální interakci nebo řeči. Rodiče musí být opatrní v přístupu a výchově ostatních dětí v rodině. Často mohou být zdraví sourozenci přehlíženi, či naopak vystaveni velkému tlaku. Děti vnímají rozdíly v přístupu rodičů. Pokud jsou přehlíženi, mohou na sebe upozorňovat nevhodným chováním. Nebo naopak si mohou rodiče skrze zdravé dítě kompenzovat to, co jim dítě s postižením není schopno nabídnout (Bazalová, 2017).

2.6 Příklady programů a terapií využívaných u PAS

Strukturované učení

Zajišťuje jasná pravidla. Cílem přístupu je nastolit řád a vytvořit tak jedinci s PAS bezpečné prostředí pro získávání nových poznatků (Thorová, 2006).

TEACCH program

Treatment and education of autistic and communication handicapped children – péče a vzdělávání dětí s autismem a dětí s problémy v komunikaci. Stěžejní je včasná diagnostika a individuální péče. Funguje především v USA (Thorová, 2006).

Behaviorální terapie

Cílem této terapie je korekce určitého chování, například emočního, sociálního a podobně. Základem je individuální přístup ke klientovi. Cíleně se pracuje s pozitivní zpětnou vazbou, pomocí odměn je jedinec motivován k dalším pokrokům (Thorová, 2010).

Animoterapie

Terapie pomocí zvířat. Pozitivní vliv má kontakt zvířete s klientem (Pastierikova, 2013).

Muzikoterapie

Využití hudby v terapeutickém procesu. Využívají se různé metody a techniky. Muzikoterapie není nemusí být vhodná pro každého, u některých klientů může vyvolat negativní reakce (Pastierikova, 2013).

Herní a interakční terapie

Může mít danou strukturu nebo být spontánní. Zapojením do vzdělávacího programu pomáhá jedinci zlepšovat komunikační dovednosti, interakci a sociální chování (Thorová, 2006).

3 PPP a PAS

PAS jsou v souvislosti s odlišnostmi ve stravování zmiňovány často. Důležité je zmínit, že vybíravost v jídle, jeho odmítání, nechutenství, průjmy či zvracení jsou charakteristickými projevy PAS a nesouvisí nijak s úmyslným snižováním tělesné hmotnosti jako je tomu u MA nebo MB (BDA, [online]).

Dle Aspergera (in Kocourková, Dudová, Koutek, 2016) byly poruchy v jídle zachyceny u pacientů s Aspergerovým syndromem i v dřívějších diagnostikách. Karlsson, Rastam a Wentz (in Kocourková, Dudová, Koutek, 2016, s. 89) uvádějí domněnku, že „*jídelní poruchy jsou u PAS běžné, ale jsou přehlíženy*“. Tito autoři vypracovali dotazník SWEAA (SWedish Eating Assessment for Autism spectrum disorders) odhalující výskyt PPP u jedinců s PAS ve věku 15-25 let. Dotazník je psychometricky i statisticky plně validní.

Rastam (2008, [online]) uvádí, že u klientů s poruchami autistického spektra se abnormality spojené se stravováním objevují opakovaně, a především zmiňuje souvislost s mentální anorexií. Dále též argumentuje, že především Aspergerův syndrom nebývá včas diagnostikován u dospívajících, kteří trpí poruchami příjmu potravy, a tak jejich léčba nebývá zpočátku efektivní. Mnohdy jsou symptomy autismu zlehčovány či zaměňovány za jiné psychické poruchy. Rastam a Wentz (in Kocourková, Dudová, Koutek, 2016, s. 89) ve své publikaci reflektují fakt, že „*poruchy autistického spektra jsou výrazně zastoupeny u jedinců, u kterých se vyvine mentální anorexie, a též že poruchy autistického spektra jsou běžné u chronických případů mentální anorexie*“. Studie vypracovaná Rhindovou sledovala autistické a obsedantně kompulzivní rysy u 150 dospívajících respondentů. U 19 % byla zjištěna zvýšená přítomnost autistických rysů, u 4 % se objevily symptomy odpovídající poruchám autistického spektra (Rhind et al. in Kocourková, Dudová, Koutek, 2016). Další výzkum Baron-Cohena je také důkazem výskytu autistických rysů u dívek s mentální anorexií. Tyto poznatky mohou mít výrazný vliv na následnou diagnostiku a terapii jedinců s MA. Dále se otázkou této problematiky zabývali například autoři Pooni a Combs. Ti se zaměřili na nepřehlédnutelné souvislosti symptomů PPP a PAS u osob v rozmezí 8-16 a 11-14 let. Pooni uvádí, že bylo možné pozorovat stereotypní chování a narušenou sociální interakci u jedinců s počátečními projevy PPP (Kocourková, Dudová, Koutek, 2016).

Praktická část

4 Charakteristika a metoda výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření byla použita kvalitativní forma výzkumu. Dle Creswella (Creswell in Hendl, 2016, s. 46) je kvalitativní výzkum definován jako „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*“. Výzkumník na začátku výzkumu určí téma a základní výzkumné otázky. Jeho úkolem je vyhledat a zpracovat veškeré informace vedoucí k zodpovězení výzkumných otázek (Hendl, 2016).

Kvalitativní šetření je pro tuto práci prováděno formou případových studií. Případová studie patří k základním a jedním z nejvíce rozšířených typů výzkumu v oblasti kvalitativního šetření. Objektem výzkumného zájmu je případ, tímto případem může být osoba, skupina organizace a jiné (Schwandt in Miovský, 2006). Případová studie se snaží o popis případů a o zaznamenání jejich složitosti. Soustředí se na sběr velkého množství dat o jednom, či o velmi málo respondentech. Předpokladem je důkladné porozumění problematice. V závěru studie se zkoumaný případ porovnává s jinými případy a hodnotí se platnost výsledků (Hendl, 2016).

V případě bakalářské práce byla použita jednopřípadová studie. „*Jedná se o podrobnou studii jedné osoby, kdy se zaměřujeme na různé oblasti jejího života a snažíme se sestavit celkový obraz daného případu v co nejširších souvislostech*“ (Hendl in Miovský, 2006, s.95). Výzkumná otázka a cíl určují tento obraz a celkový směr výzkumu (Miovský, 2006).

4.1 Cíl výzkumného šetření

Cíle jasně a stručně definují hlavní výzkumný problém a také to, čeho chce výzkumník dosáhnout (Miovský, 2006).

Tato práce si klade za cíl zjistit, zda existují vztahy mezi poruchami autistického spektra a poruchami příjmu potravy. Konkrétně přiblížit problematiku patologických stravovacích návyků u osob s poruchami autistického spektra. Autorka se při své praxi setkala s několika jedinci s PAS, kteří odmítali nějaký typ potravin, nebo ho naopak vyhledávali

každodenně jako druh určitého rituálu. Někteří jedinci dokonce vykazovali bulimické symptomy. Proto se rozhodla zabývat se touto problematikou detailněji a poukázat na ni.

4.2 Výzkumné otázky

Vyskytují se u osob s poruchami autistického spektra neobvyklé stravovací návyky?

4.3 Výzkumný soubor

Autorka si respondenty výzkumného šetření vybrala pomocí metody záměrného výběru. Dle Miovskeho (2006) se jedná o nejrozšířenější metodu výběru, kdy si výzkumník cíleně vybírá jedince, kteří odpovídají danému kritériu. Tato kritéria si výzkumník předem zvolí.

Pro tuto bakalářskou práci byla zvolena tato kritéria:

- Účastník musí být žákem základní, či střední školy
- Účastník musí mít diagnózu – porucha autistického spektra, rysy poruch autistického spektra

Výzkumným souborem jsou žáci základní školy a střední školy praktické a speciální. Jsou to chlapci i dívky ve věku 7–19 let. Z důvodu zachování anonymity byla z kazuistik odebrána všechna osobní data. Data pro výzkumné šetření poskytli pedagogové ZŠ a SŠ praktické a speciální, na základě souhlasu respondentů a jejich zákonných zástupců,

5 Analýza a interpretace dat

Chlapec A

Chlapec A, 7 let, narodil se do úplné rodiny. Matka 40 let, nezaměstnaná, otec 42 let, nezaměstnaný. Má starší sestru, 11 let. Porod v termínu bez komplikací. Psychomotorický vývoj byl v normě, okolo 1 roku začal chlapec chodit. První slova použil ve 2 letech. Nenavštěvoval MŠ. V 5 letech byl účastníkem vážné autonehody, byl v kritickém stavu. Během této doby a v době rehabilitace se jeho vývoj zpomalil. Nástup do školy v 7 letech. Jeho sestra navštěvuje ZŠ praktickou, a proto se rodiče rozhodli pro umístění chlapce do stejného zařízení. Po konzultaci s pedagogem rodiče navštívili poradnu, kde byl chlapci diagnostikován středně funkční dětský autismus a ADHD. Nyní je bez medikace.

Chlapec A si vždy oblíbí jeden či dva druhy potravin, které poté vyžaduje. Dělá mu problém zkoušet nové potraviny. Bojí se nových chutí a jiné konzistence. Nyní si oblíbil bílý rohlík a salám, toto jídlo vyžaduje každý den. Nedochází na obědy do školní jídelny, takže snaha o změnu ze strany pedagogů není možná. Rodiče měli ze začátku snahu nabízet mu nové potraviny, ale později ztratili motivaci a čas. Chlapec je velmi malého věku, zatím se u něj neobjevily žádné zdravotní komplikace způsobené stravováním.

Dívka B

Dívka B, 12 let. Bez sourozenců. Předčasný porod v 37. týdnu těhotenství, žije v úplné rodině. Matka 45 let, pracuje na poloviční úvazek, otec 46 let, pracuje jako OSVČ. Rodiče si začali všimnout změn ve vývoji již okolo 6. měsíce. Ve třech letech diagnostikován atypický autismus. Dívka navštěvovala MŠ speciální, nyní ZŠ speciální. Špatné vyjadřování, vzdorovité chování. Pokud má dobrou náladu, vykřikuje sprostá slova.

Dívka má doma své oblíbené potraviny, na které je zvyklá, odmítá jíst zeleninu. V předškolním věku byla zvyklá převážně na kašovitou stravu, s přechodem na ZŠ výrazná změna. Nyní má postoj takový, že ve škole se jí všechno. Pedagog je pro ni autorita, takže cokoli jí nabídne, sní. Pokud jí to nechutná, jí velmi rychle, dusí se, a většinou poté jídlo vyzvrátí. Doma se zaměřuje na vizuální stránku jídla a na jeho konzistenci. Dívka užívá medikaci.

Chlapec C

Chlapec C, 14 let. Downův syndrom, nízkofunkční dětský autismus. Porod v termínu, bez komplikací. Žije v úplné rodině. Má dvě starší sestry. Matka 47 let, pracuje jako asistent

pedagoga v MŠ, otec 46 let, podniká. Autismus diagnostikován v předškolním věku. V jeho vývoji mu byly vzorem jeho starší sestry, se kterými se snažil ztotožnit.

Chlapec má rád již odmala suché bílé rohlíky. Ty jí během celého dopoledne i odpoledne. Na obědy dochází do školní jídelny, kde, pokud má dobrou náladu a jídlo se mu „líbí“, jí jídlo s ostatními spolužáky. Doma mu maminka vaří jeho oblíbená jídla, která většinou sní. Je snadno ovlivnitelný, takže pokud vidí své spolužáci jíst, napodobuje je. Často trpí záchvaty, kdy má potřebu sníst velké množství jídla. Většinou jsou to právě suché rohlíky, kterými se dusí a někdy je vyzvrací. Chlapci často mění psychofarmaka, která velmi ovlivňují jeho chování.

Chlapec D

Chlapec D, 12 let. Adoptován ve 3 měsících. Matka 48 let, v domácnosti, otec 50 let, podnikatel. Jediné dítě. Hyperprotektivní rodiče, hlavně matka. Okolo 1 roku si rodiče začali všimnout nerovnoměrného vývoje. Chodit začal v 18 měsících. První slova začal používat v 15 měsících. Stále mluví velmi nesrozumitelně. V 5 letech diagnostikována lehká mentální retardace s rysy autismu. Vstupní vyšetření pro nástup do školy provádělo Speciální pedagogické centrum na doporučení matky.

Před nástupem do školy jedl pouze mletou stravu. Se změnou režimu si pomalu zvykl i na tuhou konzistenci stravy. Nyní nemá výrazné výhrady k různým druhům potravin. Pomohl mu kolektiv, od kterého hodně stravovacích návyků odkoukal. Má problém s pocitem sytosti. Pokud mu nějaké jídlo velmi chutná, snadno se přejí a poté ho vyzvrátí.

Chlapec E

Chlapec E, 19 let. Narozen předčasně. Porod probíhal s drobnými komplikacemi, při porodu hrozila hypoxie. Žije pouze s matkou. Matka 50 let, pracuje jako uklízečka. Chlapec studuje na střední škole praktické. Již okolo 1 roku života rodiče pozorovali nerovnoměrný vývoj, diagnostikována středně těžká mentální retardace. V 6 letech diagnostikován dětský autismus.

Chlapec celý život odmítá tuhou stravu. Od školního věku jí pouze přesnídávky a občas pečivo. Několikrát se mamince podařilo, aby ochutnal i jiné potraviny, ale neměly u něj úspěch. V batolecím věku jedl i polévky, ty nyní také odmítá. Jeho tělo nemá dostatek živin pro správný vývoj. Má problémy s lámavostí kostí, se zažíváním a imunitou. Rodiče i

pedagogové se snažili o změnu, ale bezvýsledně. Ve škole se zapojuje do přípravy pokrmů při hodinách vaření, ale poté je odmítá jíst. Je silně zamedikovaný.

Chlapec F

Chlapec F, 8 let. Narozen v termínu, porod bez komplikací. Žije v úplné rodině, má mladšího bratra. Matka 40 let, nezaměstnaná, otec 42 let, opravář. Změny ve vývoji pozorovali rodiče již okolo 6 měsíců. Nezáměr o oční kontakt, nelibost při hluku. Chodit začal v 18 měsících. Vývoj řeči výrazně opožděný, první slova se objevila v 15 měsících, jednoduché věty a rozvoj slovní zásoby patrný od tří let věku dítěte. Po narození mladšího bratra, ve 3 letech, nastala regrese řeči. Poté byl diagnostikován středně funkční dětský autismus.

Od předškolního věku odmítá jakoukoli jinou stravu, než jogurty. Jeho maminka se snaží o změnu, často mu nabízí jiné potraviny, ale starost o domácnost ji zaměstnává natolik, že je pro ni snazší vyhovět chlapcovým požadavkům a vyhnout se tak afektu. Ke svačině si nosí 5–6 druhů jogurtů, ze kterých si během dne vybírá. Mnohdy je to jeho jediné jídlo za celý den. Dochází na obědy do školní jídelny, kde je někdy schopný sníst polévku. Je zvyklý, že ho rodiče krmí a vyžaduje to i po pedagogích, ti se snaží o chlapcovu samostatnost. Pokud mu nevyjdou vstříc, často upadá do afektu a vzteká se.

Chlapec G

Chlapec G, 16 let. Porod v termínu bez komplikací. Žije v úplné rodině. Matka 52 let, pracuje jako asistent žáka v ZŠ, otec 50 let, zámečnický. Má starší sestru. Jeho vývoj se výrazně neliší od vývoje intaktního jedince. Docházel do MŠ, kde se začalo projevovat jeho agresivní chování, nechtěl si hrát s dětmi. S hračkami si vždy hrál odlišně od ostatních dětí. Stranil se kolektivu. Dlouho trvala adaptace na MŠ a na změnu režimu. Učitelky MŠ doporučily vyšetření v poradně. V 5 letech byl diagnostikován vysoce funkční autismus.

Velmi se zajímá o kliky a zámky, chce se stát zámečníkem. S nástupem do MŠ měl problém zvyknout si na nový režim stravování, který byl odlišný od toho domácího. Pomohlo vlastní nádobí. Nyní nemá se stravováním výraznější problémy. Je bez medikace.

5.1 Zodpovězení výzkumných otázek

Vyskytují se u osob s poruchami autistického spektra neobvyklé stravovací návyky?

- Chlapec A se vždy zaměří na určitý druh potravin. Aktuálně jí výhradně bílé rohlíky a salám.
- Dívka B odmítá určité potraviny jen v domácím prostředí, ve škole konzumuje všechno i přes nechut'. Doma se zaměřuje na konzistenci jídla a na jeho vzhled.
- Chlapec C jí převážně suché bílé rohlíky. Trpí také záchvaty přejídání, poté se jídem dusí a často ho vyzvrátí. Občas sní oběd ve školní jídelně a doma svá oblíbená jídla.
- Chlapec D jedl do nástupu do školy pouze mletou stravu. Nyní nemá výhrady k různým potravinám. Objevily se problémy s uvědoměním si pocitu sytosti a s přejídáním. Snadno se přejí a poté zvrací.
- Chlapec E odmítá konzumaci tuhé stravy. Nyní jí pouze přesnídávky a občas pečivo. Vyskytly se u něj problémy s nedostatkem živin, lámavost kostí i imunitní potíže.
- Chlapec F jí pouze jogurty a někdy polévku k obědu.
- Chlapec G nemá nyní se stravováním výraznější problémy.

U šesti ze sedmi zmíněných respondentů se objevily neobvyklé stravovací návyky. Z výše zmíněného je patrné, že se u respondentů vyskytují různé problémy ve stravování. Patrné je zaměření se na jeden konkrétní druh potravin, na konzistenci stravy a na její vzhled.

5.2 Interpretace dat

Cílem šetření bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi poruchami autistického spektra a mezi poruchami příjmu potravy. Během sběru dat bylo autorce umožněno setkání se sedmi jedinci s poruchami autistického spektra, či s rysy autismu. U šesti těchto jedinců byly zpozorovány neobvyklé stravovací návyky. Dva respondenti jedí převážně kašovitou stravu, u dvou se objevují záchvaty přejídání. Jedna respondentka se zaměřuje na prostředí, ve kterém jí je jídlo nabízeno. Jeden chlapec se vždy zaměří na určitý druh potravin po určitou dobu a poslední respondent nevykazuje výraznější problémy se stravováním.

Z krátkých popisů jednotlivých jedinců je patrné, že největší problém představuje pro jedince s PAS konzistence stravy a její vzhled. Jedinci s PAS vyžadují rituály, které jim dodávají bezpečí. Toto platí i v případě stravování. Pokud jsou již od útlého věku zvyklí na nějakou potravinu a mají s ní spojené určité pozitivní vzpomínky, těžko zkoušejí něco nového, co pro ně představuje neznámé a nejisté. Důležité je také prostředí, ve kterém se

osoby s PAS stravují. U mnoha jedinců určitá potravina vyvolává dávivý reflex. Dalším výrazným problémem ve stravování je pocit sytosti a přejídání.

Největším rizikem u jedinců s PAS, kteří vyhledávají pouze některé potraviny, je monotónnost jejich jídelníčku. Jednotnost stravy způsobuje nedostatek důležitých živin pro jejich správný vývoj. Tito jedinci v dospělosti trpí lámavostí kostí, špatnou imunitou, vypadáváním zubů a jinými přidruženými nemocemi.

6 Diskuze

Zhodnocení práce

Poruchy příjmu potravy jsou stále častějším onemocněním, riziko jejich vzniku je vyšší a propuká stále u mladších jedinců. O poruchách autistického spektra je dnes v naší společnosti větší povědomí. Díky internetu a snadnému přístupu k informacím už nejsou jedinci s PAS za podivíny, ale okolí na ně pohlíží jako na osoby, které vnímají náš svět odlišně. Při studování literatury a sběru dat o dané problematice dospěla autorka k závěru, že mnoho autorů zmiňuje výskyt PPP u osob s PAS, ale dále už nevyužívají získané poznatky k následné intervenci obou poruch.

Výsledky šetření se shodují s tvrzením Rastam (2008), která pozorovala opakovaný výskyt abnormalit spojených se stravováním u osob s PAS. Ostatní autoři se ve svých publikacích zaměřovali na určitý typ PAS, například na Aspergerův syndrom, což mohlo výrazně ovlivnit šetření. Richman (2006) uvádí, že mnoho lidí s PAS omezuje výběr potravin na základě smyslového vnímání. Jsou ovlivněni barvou, konzistencí, chutí, obalem, a také prostředím, ve kterém potraviny konzumují. Pro většinu osob s PAS hrají důležitou roli rituály. Rituály, spojené se stravováním, by tedy měly hrát stěžejní roli při nácviku správného stravování (například umytí rukou, stejné nádobí a podobně).

Získané materiály a literatura jsou pro autorku velmi přínosné, neboť by ráda pokračovala v mapování této problematiky a v budoucnu se jí věnovala podrobněji. Z výše zmíněného vzešla zajímavá otázka, zda jedinci trpící poruchami příjmu potravy vykazují také známky poruch autistického spektra. Z tohoto hlediska by bylo další zkoumání problematiky výrazně přínosné pro terapii poruch příjmu potravy. Autorka hodnotí práci motivačně nejen pro sebe a pro svoje další studium, ale také pro ostatní, kdo se touto problematikou zabývá.

6.1 Limity studie

Ačkoli bylo dosaženo cíle, který si autorka zvolila, již během šetření zaznamenala několik limitů, které mohly ovlivnit výsledky práce. Jako hlavní limit shledává nedostatek získaných informací o jednotlivých respondentech. Dále stárí respondentů. Vzhledem k věku některých respondentů se mohou jejich stravovací návyky ještě měnit a vyvíjet.

6.2 Doporučení pro praxi

Získané informace jsou přínosné nejen pro odborníky, ale také pro rodiče a okolí jedinců s PAS. U některých jedinců s PAS vyvolává určité jídlo negativní emoce a chování.

V případě, že okolí ví, že u jedince mohou takové situace nastat, dokáže se na reakci připravit, eliminovat ji, či jí předcházet. Vhodné je spojit zkoušení nových potravin s pozitivním, příjemným zážitkem. Z výše zmíněného vyplývá, že ve školním prostředí je stravování pro osoby s PAS snazší. Proto je důležitá spolupráce rodičů a pedagoga. Vhodným prostředím pro nabízení nových potravin je například snoezelen. Navození příjemné atmosféry může přispět k pozitivnímu přístupu jedince. Vhodné je také zaměřit se na vizuální stránku potravin. Pro jedince s PAS je charakteristické, že nemají rádi změny. Proto je vhodné sestavit přesný jídelní plán na celý týden, na který se mohou spolehnout a držet se ho. Osoby budou mít tak větší pocit jistoty.

Během zpracovávání teoretické části napadaly autorku různé možnosti využití prvků dramaterapie při práci s osobami s PAS. Například různé hry, při kterých děti ochutnávají nové potraviny.

6.3 Rešerše dat na podobné téma

Autorka se v bakalářské práci zabývá problematikou výše zmíněných poruch a jejich vzájemným ovlivňováním. Zaujal ji a inspiroval Švédský výzkum SWEAA (Swedish Eating Assessment for Autism spectrum disorders), který mapuje problematiku výskytu PPP u jedinců ve věku 15-25 let s PAS.

Další zdroj zabývající se obdobným tématem je odborný článek Eating disturbances in autism spectrum disorders with focus on adolescent and adult years (Rastam, 2008, [online]). Autorka se zde věnuje poruchám výživy u dospívajících a dospělých osob. Mimo jiné například zmiňuje vybíravost v jídle, stereotypizaci nebo piku. (Pika je konzumace nepoživatelných předmětů, například papíru, plastu, částí rostlin a podobně (Rastam, 2008, [online]).

Jako dalším dohledatelným zdrojem byla bakalářská práce Autismus a ADHD z hlediska výživy (Zapletalová, 2011). V této práci autorka detailně popisuje jídelní zvyklosti jedinců s PAS. Práce obsahuje konkrétní jídelníčky a také zhodnocení stravování osob s PAS.

Závěr

Tato práce je zaměřena na vzájemné vztahy mezi poruchami autistického spektra a poruchami příjmu potravy. V teoretické části byly blíže specifikovány PPP a PAS. Praktická část se věnovala samotnému výzkumnému šetření. Autorka navštívila ZŠ a SŠ praktickou a speciální, kde měla možnost získat informace o jednotlivých žácích s poruchami autistického spektra. U vybraného vzorku respondentů s PAS byly popsány a zhodnoceny, pomocí kvalitativního výzkumného šetření, jejich stravovací návyky. Stanovený cíl byl naplněn a výzkumná otázka zodpovězena. Z výše zmíněného vyplývá, že se u osob s PAS vyskytují neobvyklé a patologické vzorce stravování. Autorka se setkala se sedmi respondenty, z nichž šest vykazovalo poruchy ve stravování.

Autorka se domnívá, že téma této bakalářské práce poukazuje na podstatnou část života osob s PAS a jejich rodin. Nejen že se PAS vyznačuje triádou příznaků, které ovlivňují vzorce chování, ale také ovlivňují přístup k jídlu a stravování.

Díky této práci získala autorka povědomí o daném tématu a více informací, které mohou sloužit k dalšímu šetření.

Seznam literatury:

1. BAZALOVÁ, Barbora. *Autismus v edukační praxi*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1195-2.
2. ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
3. GILLBERG, Christopher a Theo PEETERS. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Vyd. 3. Přeložil Miroslava JELÍNKOVÁ. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-498-4.
4. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178303x.
5. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
6. HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. *Dětský autismus*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9
7. JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova, 2001. ISBN 80-7290-042-0.
8. KREJČÍŘOVÁ, D. *Autismus VII. Diagnostika poruch autistického spektra*. Praha, 2003, Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR
9. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-627-7.
10. KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-946-2.
11. KRCH, F. D. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 2. vyd. Praha: Grada, 2003. 170 s. ISBN 80-2470-527-3
12. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
13. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-x.
14. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
15. PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.

16. PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.
17. PASTIERIKOVÁ, Lucia. *Poruchy autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3732-3.
18. PEETERS, Theo. *Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. Praha: Scientia, 1998. ISBN 80-7183-114-x.
19. PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta, 2017. ISBN 978-80-88163-46-6.
20. RICHMAN, S. *Výchova dětí s autismem*. Praha, Portál, 2006. ISBN 80-7367-102-6
21. ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.
22. THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.
23. THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.
24. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8802-3.
25. Zapletalová, Michaela. *Autismus a ADHD z hlediska výživy*. Brno, 2011. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce: doc. MUDr. Jan Šimůnek, CSc.

Odborné časopisy

1. Jana Kocourková, Iva Dudová, Jiří Koutek (2016). *Souvisí poruchy příjmu potravy s poruchami autistického spektra?* Československá psychologie, 60(1), 88-93.
2. KOCOURKOVÁ Jana, KOUTEK Jiří. *Suicidální chování a sebepoškozování u poruch příjmu potravy*. Psychiatria pre prax. ISSN 1210-0404. 2014, roč. 15, č. 3, s. 18.

Internetové zdroje

1. American Psychiatric Association, APA (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition: DSM-IV. [online]. Dostupné z WWW: <https://justines2010blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf>
2. Anabell. [online]. [cit. 2018-03-25]. Dostupné z WWW: <http://www.anabell.cz/>

3. BDA, The Association of UK Dietitians. [online]. [cit. 2018-04-12]. Dostupné z WWW: <https://www.bda.uk.com/foodfacts/Autism.pdf>
4. Eating disturbances in autism spectrum disorders with focus on adolescent and adult years, Rastam, M. 2008, [online]. [cit. 2018-04-02]. Dostupné z WWW: https://www.researchgate.net/publication/268398818_Eating_disturbances_in_autism_spectrum_disorders_with_focus_on_adolescent_and_adult_years
5. MKN–10. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Tabelární část [online]. Aktualizované vydání k 1. 1. 2018 [cit. 2018-03-23]. Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>
6. Nautis, národní ústav pro autismus, z.ú. [online]. [cit. 2018-04-01]. Dostupné z WWW: <http://www.praha.apla.cz/o-autismu.html>
7. Rodinná dilemata a to, co se těžko říká nahlas. Mgr. Jana Tomanová, PhD. [online]. [cit. 2018-03-25]. Dostupné z WWW: <http://www.healthyandfree.cz/index.php/rodice-a-blizci/item/369-rodinna-dilemata>
8. The SWedish Eating Assessment for Autism spectrum disorders (SWEAA)-Validation of a self-report questionnaire targeting eating disturbances within the autism spectrum. [online] Dostupné z: [http://portal.research.lu.se/portal/en/publications/the-swedish-eating-assessment-for-autism-spectrum-disorders-sweaavalidation-of-a-selfreport-questionnaire-targeting-eating-disturbances-within-the-autism-spectrum\(2f3de295-6f64-4e58-b561-2bcf1a1ee330\).html](http://portal.research.lu.se/portal/en/publications/the-swedish-eating-assessment-for-autism-spectrum-disorders-sweaavalidation-of-a-selfreport-questionnaire-targeting-eating-disturbances-within-the-autism-spectrum(2f3de295-6f64-4e58-b561-2bcf1a1ee330).html)

Anotace

Jméno a příjmení:	Agáta Nešporová
Název práce:	Poruchy příjmu potravy a jejich souvislosti s poruchami autistického spektra
Název v angličtině:	Eating Disorders and their Connection with Disorders of Autistic Spectrum
Vedoucí práce:	Ph.Dr. Soňa Lemrová, PhD.
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Obor:	Speciální pedagogika – dramaterapie
Počet stran:	44
Rok obhajoby:	2018
Jazyk práce:	Český jazyk

Klíčová slova:

Poruchy příjmu potravy, poruchy autistického spektra, stravovací návyky,

Anotace práce:

Bakalářská práce pojednává o vztahu mezi poruchami autistického spektra a poruchami příjmu potravy. Je zaměřena na konkrétní skupinu osob s diagnózou poruch autistického spektra, u které jsou pozorovány a hodnoceny stravovací návyky. Cílem práce je zjistit, zda se u těchto osob s PAS vyskytují neobvyklé stravovací návyky.

Summary

Name and surname: Agáta Nešporová

Title: Eating Disorders and their Connection with Disorders of Autistic Spectrum

Supervisor: Ph.Dr. Soňa Lemrová, Ph.D.

Institute: Institute of Special Education Studies, Faculty of Education, Palacký University Olomouc

Specialization: Special Education

Pages: 44

Year of defence: 2018

Key words:

Eating disorders, disorders of autistic spectrum, eating habits

Summary:

The Bachelor thesis deals with relation between disorders of autistic spectrum and eating disorders. It focuses on a particular group of people with a diagnosis of autistic spectrum disorders and it observes and evaluates their eating habits. The aim of the thesis is to find out if these people with autism spectrum disorder have unusual eating habits.

Seznam zkratk

PAS	Poruchy autistického spektra
PPP	Poruchy příjmu potravy
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
BOT	Terapie orientovaná na tělo (Body-oriented therapy)
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
EDNOS	Jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy (Eating Disorders Otherwise Specified).