

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**DÍTĚ S AUTISMEM: PŘÍPADOVÁ STUDIE DÍVKY S PAS**



**Bakalářská diplomová práce**

Autor: Ivana Mejsnarová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

Olomouc

2016

# **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma Dítě s autismem: případová studie dívky s PAS vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité zdroje.

V Olomouci dne 31. 3. 2016 .....

## **Poděkování**

Na tomto místě bych v první řadě ráda poděkovala Doc. PhDr. Ireně Sobotkové, CSc., za vedení této práce, za její cenné rady a podnětné připomínky.

Dále bych chtěla poděkovat celé rodině „Barunky“, „Barunce“ a zejména pak její mamince, bez kterých by tato práce nevznikla.

Rovněž mé poděkování patří mamce, tatškovi, Simče a celé rodině za to, že mi vždy věří, že to zvládnou. Davidovi za to, že se o mě po celou dobu psaní krásně staral. A Klárče s Neldou za to, že mi pomáhali s hledáním synonym, pravopisem a pracovní morálkou.

# Obsah

Prohlášení.....	2
Poděkování.....	3
Obsah .....	4
Úvod.....	7
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	8
1. Poruchy autistického spektra.....	8
1.1. Historie vývoje pohledu na autismus.....	9
1.2. Současný pohled na etiologii autismu .....	11
2. Poruchy autistického spektra v České republice .....	13
2.1. Autistická triáda .....	14
2.1.1. Komunikace .....	14
2.1.2. Sociální interakce a chování .....	15
2.1.3. Představitost.....	16
2.2. Konkrétní diagnózy.....	17
2.2.1. Atypický autismus (F84.1) .....	18
2.2.2. Rettův syndrom (F84.2).....	18
2.2.3. Jiná dětská dezintegrační porucha (F84.3) .....	18
2.2.4. Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4) .....	19
2.2.5. Aspergerův syndrom (F84.5).....	19
2.2.6. Jiné poruchy psychického vývoje (F84.8) a Nespecifikovaná porucha psychického vývoje (F84.9).....	20
2.2.7. Dětský autismus (F84.0).....	20
3. Poruchy autistického spektra dle DSM-5.....	21
4. Diagnostika .....	23
5. Výchova, vzdělání a terapie .....	24

II. VÝZKUMNÁ ČÁST .....	26
6. Cíle výzkumu a výzkumné otázky .....	26
6.1. Formulace výzkumného problému .....	26
6.2. Cíle výzkumu .....	26
6.3. Výzkumné otázky .....	26
7. Metodologický rámec výzkumu.....	27
7.1. Typ výzkumu .....	27
7.2. Výzkumný soubor.....	27
7.3. Metody sběru dat .....	27
7.4. Metody zpracování dat.....	27
7.5. Etické aspekty výzkumu .....	28
8. Výsledky výzkumu .....	29
8.1. Z rozhovorů, lékařských zpráv, psychiatrických, psychologických a jiných vyšetření .....	29
8.2. Z pozorování .....	32
8.3. Zodpovězení výzkumných otázek .....	39
Diskuze.....	41
Závěry .....	42
Souhrn .....	43
Seznam použité literatury.....	45
Seznam příloh .....	47



## Úvod

Tato bakalářská práce pojednává o problematice poruch autistického spektra. Práce je rozdělena na dvě části - teoretickou a výzkumnou. V teoretické části je na základě relevantních zdrojů zpracováno téma poruch autistického spektra tak, aby umožnilo čtenáři orientaci v této problematice. Kapitoly jsou koncipovány v logické souslednosti od obecného vhledu do problematiky ke konkrétním a specifickým informacím, bezprostředně se dotýkajících výzkumné části. První kapitola pojednává o historickém kontextu a vývoji pohledu na vznik autismu. Druhá a třetí kapitola jsou věnovány konkrétním diagnostickým jednotkám v České republice a v zahraničí. Čtvrtá kapitola čtenáře stručně informuje o způsobech diagnostiky poruch autistického spektra. A konečně pátá kapitola, ve které jsou nastíněny možnosti vzdělání, výchovy a terapie autistických dětí.

Výzkumná část bakalářské práce je zaměřena kvalitativně, je zpracována formou případové studie. Klade si za cíl podrobně zmapovat co nejvíce psychologických a psychosociálních aspektů života autistického jedince a jejich vývoj v čase. Dotýká se například oblasti komunikace, sociální interakce a chování, představitivosti, spánku, hygienických návyků, atd.

Motivací autorky k zpracování bakalářské práce na toto téma je především snaha o oživení individuálního přístupu k jedinečnosti všech osob v době, kdy se z lidí stále častěji stávají pouze statistické případy s číslem či diagnostickou nálepkou.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Poruchy autistického spektra

Ještě než bude charakterizována skupina poruch autistického spektra, a poté podrobněji specifikována tematika dětského autismu, je potřeba na začátek zahrnout tuto problematiku do kontextu rodiny a zdravého vývoje dítěte.

Situace, kdy se do rodiny narodí dítě, je pro rodiče velkou zátěží. Zpravidla dochází k citelné změně hodnot a celkové reorganizaci jejich života. Rodičovství je velice náročné i s dítětem, které je zdravé. Avšak všechny starosti jsou vykoupeny dětskou radostí, jeho prospíváním, jeho pokroky a také pocitem, že všechny změny měly nějaký smysl (Attfield & Morgan, 2007).

Představme si ale situaci rodiče, kterému se narodí dítě něčím odlišné. Tělesné postižení je zpravidla viditelné již od úplného počátku. V případě psychického postižení jsou často rodiče dlouho ovládáni pocitem, že něco není v pořádku, než se odhodlají navštívit odborníka, který provede diagnostiku. Včasná diagnostika je vždy klíčová, někdy se však diagnostický proces táhne a rodiče jsou tak vystavováni ještě většímu stresu a úzkosti (Sládečková & Sobotková, 2014). Samotná diagnóza autismu je pro rodiče velmi skličující proto, že je definitivní. Avšak někdy přichází úleva, protože rodiče s diagnózou dostávají informace o tom, co se s jejich dítětem děje a čím prochází a jak by měli dále postupovat. V obou případech (tělesného či psychického handicapu) ale následují dny, měsíce a někdy i roky vyrovnávání se s postižením dítěte. Rodiče se musí vzdát své představy o zdravém dítěti a začít se sžívat s myšlenkou, že jejich potomek na nich bude závislý v mnohem větší míře a mnohem delší dobu (někdy až do konce života), než by tomu bylo se zdravým dítětem (Attfield & Morgan, 2007).

Výchova autistického dítěte je pro rodiče náročná hlavně proto, že dítě žije „*mimo tento svět*“. Často ignoruje okolí či navazuje kontakt jen v případě, kdy potřebuje uspokojit nějakou svou potřebu (hlad, žízeň, pohlázení, atd.). V zásadě bychom mohli říci, že zdravé dítě se zdravým rodičem si navzájem uspokojivě naplňují své psychické potřeby. V případě autistického dítěte je tento vztah poněkud složitější a bývá víceméně asymetrický. Rodič si



často musí hledat ke svému dítěti cestu. Ta je mnohem komplikovanější a klikatější, než ta spontánní u zdravého dítěte.

Často se dítě navíc ve společnosti projevuje nepřijatelným chováním, což nezřídka vede k nepochopení okolí. Autorky Soňa Sládečková a Irena Sobotková ve své knize *Dětský autismus v kontextu rodinné resilience* (2014) píší o netoleranci a neakceptaci autistického chování, a to někdy dokonce i mezi rodinnými příslušníky. Mimo jiné upozorňují na to, jak je pro okolí těžké přijmout autismus jako závažnou celoživotní diagnózu, která jen tak nezmizí a nevyлéčí se.

V rámci literatury se setkáme s pojmy poruchy autistického spektra (v angličtině *autistic spectrum disorders*), pervazivní vývojové poruchy (v angličtině *pervasive developmental disorders*) i souhrnně s pojmem autismus (v angličtině *autism*). Tyto pojmy jsou používány jako synonyma.

## **1.1. Historie vývoje pohledu na autismus**

Historie vývoje pohledu na autismus je velice hutná a spletitá. Tak jako se promítaly dobové tendence do všech teorií, tak ani autismus nebyl výjimkou. Do popředí vědeckého zájmu se dostal až ve dvacátém století. Autismus jako takový samozřejmě existoval i předtím, avšak společnost té či oné doby s ním nepracovala jako s diagnózou, pouze si různě vysvětlovala jeho charakteristické projevy. Podle Thorové (2006) se můžeme domnívat, že bychom našli autisty například mezi „svatými dětmi“ starověku či mezi „dětmi posedlými ďáblem“ ve středověku.

Teprve koncem 19. století se můžeme setkat se snahou odborníků z různých oblastí popsat tyto „zvláštní“ děti. Zejména pak vzbuzovaly zájem tzv. *idiot savants*, tedy děti, které vynikaly v jedné oblasti a v ostatních byly zdatně podprůměrné (Volkmar, 2007). Studií tohoto typu bychom našli mnoho, neboť odborníci i laici byli entuziastičtí ze „zvláštního“ chování, kterým se autisti vyznačují.

Za významnou můžeme považovat především studii Theodora Hellera z roku 1908, ve které popsal tzv. *dementii infantilis* (tj. infantilní demenci). Dnes ji známe pod názvem Jiná dětská dezintegrační porucha (F84.3), dříve také Hellerova demence. Děti s touto poruchou popsal Heller jako normálně se vyvíjející, v určitém věku u nich však nečekaně dojde k ostrému propadu kognitivních funkcí včetně řeči (Thorová, 2006).

Přibližně ve stejné době byly publikovány studie, které označovaly autismus za typ schizofrenie. Jako první bylo slovo „*autism*“ (autismus) použito v roce 1911 švýcarským psychiatrem Eugenem Bleulerem, a to právě v kontextu schizofrenního typu chování. Slovo mělo vystihnout uzavření se do sebe od okolního světa, typické právě pro lidi se schizofrenií.

V kontextu v jakém ho známe dnes, slovo autismus použil ve Švýcarsku v roce 1943 Leo Kanner. U jedenácti malých dětí popsal chování, které bychom dnes zařadili podle kritérií MKN-10 do poruch autistického spektra (Hrdlička & Komárek, 2004). Dospěl k závěru, že ač byly děti těžko psychometricky zmapovatelné, neměly výrazný kognitivní deficit ve srovnání s většinovou populací. Kannerova životní dráha byla s autismem po těchto studiích neoddělitelně spjata. Dál pokračoval ve svých výzkumech a stal se na dlouhou dobu váženou a uznávanou autoritou v této problematice (Gupta, 2004).

Souběžně s Kannerem publikoval v Rakousku své studie Hans Asperger. Stejně jako Kanner našel u čtyř chlapců útlého věku symptomy, které nazval *autistickou psychopatií*, považoval je tedy za poruchu osobnosti (Gupta, 2004). Rozdílem mezi jeho a Kannerovými studii bylo to, že Kanner popisoval děti s těžší formou autismu, zatímco Asperger se zaměřil spíše na lehčí případy. Hanse Aspergera si nyní spojujeme s diagnózou Aspergerův syndrom (F84.5.), tento pojem poprvé použila lékařka Lorna Wingová a nahradil Aspergerův pojem *autistická psychopatie* (Thorová, 2006).

Další studie na sebe nenechaly dlouho čekat, v šedesátých letech dvacátého století autoři jako Benderová, Anthony, Ornitz a Rivo popisovali podobné symptomy na větším vzorku dětí – obtížnost s navazováním vztahů, nedostačivost očního kontaktu, nedostatek empatie, problematické až asociální chování, atd. (in Gupta, 2004). Autismus považovali za druh schizofrenie. V sedmdesátých letech dvacátého století se Michael Rutter snažil vyjasnit rozdíly mezi autismem a schizofrenií, protože tyto nejasnosti vzbuzovaly v akademické obci stále větší zmatení. V roce 1978 přispěl do třetí revize Diagnostického a statistického manuálu (DSM-III) kritérii, na základě kterých se diagnostikoval dětský autismus. Byla to tato kritéria: opoždění či odchylka od sociálního vývoje, problémy s komunikací (a to nikoliv v důsledku mentální retardace), neobvyklé chování či stereotypie v chování a začátek těchto obtíží do třiceti měsíců života (Gupta, 2004).

V praxi v době padesátých a šedesátých let dvacátého století nabíral na významnosti psychoanalytický proud, který zasáhl i do historie autismu, a to v negativním smyslu. Autismus byl podle jeho zastánců způsoben chováním rodičů. Těmto tendencím neušel ani

již výše zmiňovaný Kanner. Rodiče popsal jako chladné, formální, sobecké, na úspěch zaměřené a nesrdečné (Kanner, 1972, in Thorová, 2006). Mezi nejvýznamnější představitele tohoto směru patří Mahlerová, která přišla s termínem „*matka lednička*“, podle ní je autismus zapříčiněn tím, že se dítě se narodí emočně chladného prostředí, kde matka není schopná cítit a předávat mateřskou lásku svému dítěti. Podle Mahlerové totiž každé dítě prochází autistickou fází, ale pouze v chladném prostředí tato fáze přetrvá (Thorová, 2006).

Psychoanalytický směr měl devastující vliv na sebepojetí rodičů autistických dětí a na nahlížení společnosti na tyto rodiny. Trvalo ještě dlouho, než se tyto informace vymýtily. Spousta dětí se důsledkem tlaku společnosti na tyto „*nedobré*“ rodiče ocitla v různých psychiatrických a výchovných ústavech, což mělo za následek nedozírné emoční trauma jak pro rodiče, tak pro institucionalizované děti (Thorová, 2006).

Negativní ohlasy společnosti vyprovokovaly vědce k jednání. Během šedesátých let začaly do aktuálního psychoanalytického povědomí o autismu prosakovat myšlenky, které podporovaly organický vznik této poruchy. Prvním pronikavým hlasem této myšlenky byl pravděpodobně Bernard Rimland (Rimland, 1964).

## **1.2. Současný pohled na etiologii autismu**

Jak již v bylo zmíněno v přechozí kapitole, ještě v šedesátých letech dvacátého století převládalo přesvědčení, že autismus vzniká psychogenně – tedy působením patologických psychických procesů. Poté, co byl tento směr v autistické problematice odborníky odsouzen, byl vyvinut značný tlak na akademickou obec, aby poskytovala tzv. *tvrdá data*, tedy poznatky, které se dají objektivně změřit. Proto se začal autismus zkoumat z pohledu neurologie, neurobiologie, neuropsychologie a ostatních medicínských věd zaměřených nejen na zkoumání lidského mozku. Ač vědění v těchto oblastech pokročilo výrazně kupředu, není etiologie autismu ani v současnosti zcela jasná (Sládečková & Sobotková, 2014).

Aktuální poznatky nám umožnily porozumět autismu do té míry, že můžeme konstatovat, že jeho příčiny jsou multifaktoriální a často individuálně velmi rozmanité. Velkou roli hraje dědičnost, která každému jedinci nastaví určitý organický terén a míru osobní zranitelnosti, na kterou pak nasedají další faktory (Říčan & Krejčířová, 2006). Zde můžeme spatřovat velkou podobnost se schizofrenií. Pouze souhra určité kombinace několika faktorů pasující do organického terénu konkrétní osobní zranitelnosti může vést k samotné poruše.

Pro podíl genetiky na poruchách autistického spektra hovoří zejména případy dvojčat, u kterých se autismus vyskytl zároveň. U jednovaječných dvojčat je současný výskyt této poruchy dle studií statisticky významně vyšší, než u dvojčat dvouvaječných či ostatních sourozenců, jedná se až o 70-90 % případů. Dále je v rodině autisty celkově vyšší výskyt autistického chování a autistických rysů i u ostatních sourozenců ve srovnání s rodinou, kde autista není, přibližně 5 - 10% (Bailey et al., 1996)

Mimo exaktní poznatky se ale masivně šíří informace, které za příčinu autismu považují například očkování. I dnes bychom v internetových diskuzích a na sociálních sítích našli zastánce této „teorie“. Původně tuto domněnku vyslovil gastroenterolog Wakefield, který se domníval, že následkem několikanásobné vakcinace (tzv. *hexavakcína*, obsahující protilátky proti šesti infekčním nemocím - dětské obrně, dávivému kašli, tetanu, hemofilním nákazám a žloutence typu B) může dojít k zánětu střev. Látky, proti kterým zánětlivá reakce organismu bojuje, se dostanou do krevního oběhu a svou toxicitou poškodí mozek a způsobí například autismus. Na základě této domněnky aktivisté okamžitě začali velké lobby proti očkování. Ač žádná další studie toto tvrzení nepotvrdila, setkáváme se i dnes u nezanedbatelné části zejména laické populace s názorem, že očkování způsobuje autismus (Thorová, 2006).

Ačkoliv přímý důsledek očkování nebyl potvrzen, neměli bychom být příliš dogmatictí. *Hexavakcína* je velkým zásahem do organismu malého dítěte a je tedy možné, že u některých dětí mohlo právě očkování nasednout na již zranitelný neurologický terén a stát se tak spouštěčem, nikoliv primární příčinou, jak bylo naznačeno výše.

## 2. Poruchy autistického spektra v České republice

Podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí, platné v České republice, řadíme poruchy autistického spektra mezi tzv. *poruchy psychického vývoje*. Tyto poruchy najdeme pod kódovým označením F80 - F89, kde každý kód symbolizuje jednu skupinu diagnóz. Tyto diagnostické jednotky mají podle MKN-10 společné především tyto znaky.

*(a) začátek je vždy v útlém nebo dětském věku;*

*(b) narušení nebo opoždění vývoje funkcí úzce souvisí s biologickým zráním centrálního nervového systému;*

*(c) průběh je stálý bez remisí a relapsů, které jsou charakteristické pro četné duševní poruchy (MKN-10, 2000, 222).*

Často je také opožděn či jinak narušen vývoj řeči a motorické koordinace. Na začátku je toto opoždění markantnější, rozdíl se ale postupně s věkem dítěte mohou dorovnávat, ač zřídka na úroveň zdravého jedince (MKN-10, 2000).

Poruchy autistického spektra najdeme pod kódem F84 – Pervazivní vývojové poruchy. Patří sem Dětský autismus (F84.0), Atypický autismus (F84.1), Rettův syndrom (F84.2), Jiná dětská dezintegrační porucha (F84.3), Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4), Aspergerův syndrom (F84.5), Jiné poruchy psychického vývoje (F84.8) a Nespecifikovaná porucha psychického vývoje (F84.9). Poslední dvě kategorie se užívají především v případech, kdy nejsou symptomy dítěte zcela jasné, a tudíž není přiřazení k jedné z výše uvedených diagnóz možné (MKN-10, 2000). Jednotlivě budou tyto diagnózy představeny v kapitole 2.2.

Pervazivní poruchy znamenají „*všeprostupující/všepronikající*“. Nejedná se tedy o poruchu dílčí psychické funkce, ale o komplexní symptomy. Jedinci s touto diagnózou tak zpravidla selhávají ve více oblastech (ať už je to oblast komunikace, emocí, chování, motoriky, aj.). Avšak slovo „*zpravidla*“ je na místě, poruchy autistického spektra jsou totiž svými projevy a mírou postižení psychických funkcí velmi variabilní a individuálně velice odlišné, a to nejen napříč spektrem celé této kategorie, ale i v rámci jedné konkrétní diagnózy (Thorová, 2006).

Podle Lorny Wingové je autismus ale specifický tím, že postihuje téměř vždy tři oblasti, těmi jsou komunikace, sociální interakce a představivost (in Thorová, 2006). Tyto oblasti se

vžily do povědomí odborníků jako tzv. *triáda poškození* či *autistická triáda* (Sládečková & Sobotková, 2014), která často slouží k diagnostice autismu a pomáhá při diferenciální diagnóze. Diagnostické metody (testové i klinické) tyto oblasti pozorně mapují.

## **2.1. Autistická triáda**

### **2.1.1. Komunikace**

To, že něco není v pořádku s komunikací dítěte, bývá jeho okolí zřetelné už velmi časně. Často se rodiče obrací na specializované pracovníky primárně kvůli znepokojivým projevům, jako je chybějící či zvláštní oční kontakt nebo opožděná řeč, přičemž autismus je diagnostikován následně. Porucha komunikace může být, a zpravidla i je, v oblasti receptivní i expresivní. Poruchou komunikace rozumíme nejen verbální komunikaci (tedy řeč), ale i komunikaci neverbální (Thorová, 2006; Paul, 1987).

Z neverbální komunikace je pro autisty, kromě nenavazování očního kontaktu, také velice charakteristické, že nesledují směr pohledu dospělého či dítěte a nekontrolují pohledem jejich reakci na svůj požadavek – tzn., *nesledují, jestli někdo dává pozor*. Nepoužívají prst k ukazování, ale popřípadě dospělého ke kýženému objektu dotáhnou. Využívají druhou osobu jako nástroj k dosažení toho, co chtějí. Velmi často je tímto nástrojem cizí ruka nebo se, pokud to jde, raději obslouží sami. I mimika autistů bývá jednoduchá. Zpravidla neslouží ke komunikaci, jen odráží emoční stav. Rovněž gestika nebývá uspokojivě vyvinuta. Je často účelová a spíše naučená k užívání na požádání (gesta pro *prosím, ano, ne,...*), než aby byla spontánní. Kromě těchto expresivních potíží s neverbální komunikací mají obtíže i s receptivní neverbální komunikací, tedy potíže s identifikací viděného (mimiky a gestiky a posturace těla), a také s porozuměním tomu, co viděné znamená. Nejenže mají nesnáze s rozpoznáním mimiky a gestiky, ale často nedokážou odhadnout správnou míru očního kontaktu a velikost osobního prostoru druhého člověka. Proto mohou v interakci působit neomaleně a necitlivě, avšak tato necitlivost není sobecká a „*dobrovolná*“, jako to někdy bývá u neautistických jedinců. Autisty, kteří mají náhled na svůj handicap, tato neschopnost rozpoznat, co druhá osoba cítí, mnohdy frustruje a zúzkostňuje. Zde je proto na místě ohleduplnost a pochopení okolí (Thorová, 2006).

I verbální komunikace je pro autisty specifická. Postižení bývá různě závažné. Některé děti nemluví, ale rozumí, některé rozumí jen krátkým pokynům a některé ani nerozumí, ani nemluví. Podíl nemluvicích je překvapivě veliký. Thorová ve své knize (2006) uvádí řadu kazuistik, ze kterých se dozvíme, že pro některé byla lidská řeč pouze jedním

z dalších šumů a hluků, jejíž smysl nejprve nedokázali pochopit. Mezi obtíže receptivní verbální komunikace patří například doslovné chápání slov, slovních spojení a vět. Někteří si v průběhu života do jisté míry osvojí schopnost porozumění metaforám, přirovnáním, ironii a sarkasmu, ale někteří s tím mají problémy navždy (Plimley & Bowen, 2007). Zrovna tak jsou velmi časté nesnáze s diferenciací významu věty na základě melodie hlasu. Dovedeme si představit, že tyto obtíže jsou pro osoby s autismem velmi nepříjemné nejen v dětství, ale zejména v dospělosti. Co se týká aktivní řeči (expresivní), autisti bývají při její tvorbě často bizarní. Nejedná se jen o problémy s gramatikou, se skloňováním, časováním a užíváním nesprávných zájmen, ale často mají tendence vytvářet slova nová (neologismy), neexistující. Někteří mají dokonce svůj vlastní jazyk. Naopak někteří autisté jsou velmi stereotypní a ulpívají na určitých standardních slovech či větách, které neradi mění a vyžadují je i po okolí. Zejména děti rády opakují slyšené, aniž by pochopili význam slova (tzv. *echolálie*). Nežádka mají problémy s výslovností, s užíváním melodie a intonace. Jejich řeč proto může působit „strojeně“ či „škrobeně“ – tj. *neautenticky a neosobně*. Obsahově mívají potíže s generalizací konkrétních slov, což je problém na pomezí komunikace a představitivosti, o které bude více zmíněno v kapitole 2.1.3. Představitivost.

Další formou komunikace může u autistů být i „*problémové*“ chování. Člověk bez znalosti této problematiky může toto chování považovat za rozmazlenost, či poruchu chování, ale lidé znalí autistické problematiky dokáží pochopit, že například sebepoškozování, agrese spojená s destrukcí, autoagrese a jiné problémové chování, typické spíše pro autisty s komorbidní mentální retardací, může být pouze odrazem frustrace jedince, který si nedokáže říct o to, co zrovna potřebuje. Můžeme toto chování chápat jako nemotorný pokus o navázání kontaktu (Gupta, 2004).

### **2.1.2. Sociální interakce a chování**

Sociální vývoj autistických dětí je vůči zdravé populaci velmi opožděný a někdy určitého vývojového stupně nikdy nedosáhnou. K diagnostice poruch autistického spektra je proto nutné velmi dobře znát zdravý vývoj dítěte, všechny důležité milníky a míru normální odchylnosti. Odchylnost od normálního vývoje najdeme jak v aktivním chování dítěte, tak v jeho porozumění sociálním situacím. Tyto dvě oblasti se navzájem ovlivňují, protože nejistota v tom, co která situace znamená, se promítá do chování dítěte a naopak. S tím souvisí i výše zmíněné komunikační problémy. Dítě, které není schopné navázat interakci, proto může volit vzorce chování, kterými si získá pozornost (například vulgarismy, agrese, atd.) (Plimley & Bowen, 2007).

Autistické rysy lze v různé míře zpětně vypořádat v anamnéze u většiny autistů až k prvním měsícům života. Rodiče je popisují jako velice hodné a klidné kojence, kteří málokdy pláčou, aby získali pozornost. Ani později si pozornost nevynucují. Dokáží sami sebe zabavit a nevyžadují tělesný kontakt, někdy se mu dokonce straní. Zdravé děti kolem prvního roku života projevují separační úzkost a radost při návratu blízké osoby. U autistických dětí se separační úzkost objevuje až mnohem později a trvá delší dobu, často se na pečující osobu fixují i mnohem intenzivněji. Nejeví zájem o vrstevníky, nenapodobují je, ani s nimi nespolupracují (Gupta, 2004).

Všechny autistické děti samozřejmě nejsou stejné. Mohli bychom je rozřadit do několika kategorií, podle míry aktivity a zapojení se do okolního světa. Thorová (2004) publikuje dělení dle Lorny Wingové. Existují podle ní čtyři typy dětí plus jeden typ smíšený. Typ osamělý (*indiferentní*) nejraději tráví čas o samotě, sociální interakci se vyhýbá. Typ pasivní (*akceptující*) interakci nevyhledává, ale ani se jí nestraní. Typ aktivní (*zvláštní*) je charakteristický svým rušivým chováním, nepřiměřenou interakcí a nedodržováním a nechápáním společenských pravidel. Typ formální (*nabubřelý*) působí odtažitě a formálně, až odlidštěně, protože vyžaduje až pedantické dodržování všech komunikačních pravidel. Je typický pro nadprůměrně inteligentní jedince. A konečně typ *smíšený*, který se chová podle aktuálního kontextu. Všechny tyto kategorie jsou jen aktuálním obrazem sociální interakce konkrétního dítěte a je teda možné, že během života se může typ jeho interakce změnit.

### **2.1.3. Představivost**

Pod tímto pojmem rozumíme omezení variability v oblasti hry, zájmů či chování. Autisti jsou typičtí tím, že jsou v těchto oblastech velmi stereotypní a rigidní (nepružní). Z velké části je za to zodpovědná imaginace, která je u nich narušená (Craig & Baron - Cohen, 1999).

Od útlého věku zdravé děti napodobují dospělé a rozvíjí si tak různé dovednosti jako například schopnost předpovídat „*co přijde*“, ale také jak se zachovat v té které situaci nebo schopnost reflektovat, co se odehrává v mysli ostatních (tzv. teorie mysli), apod. Děti s autismem tyto schopnosti zpravidla nemají. Proto je jakákoliv nečekaná situace vyvádí z míry a raději volí aktivity, které dobře znají a jsou pro ně předvídatelné. Hra a zájmy proto nejsou spontánní, ale repetitivní (opakující se) a stereotypní (neměnné). Vytváří jim tak bezpečný prostor. Často provozování těchto aktivit (zájmy, hry) hraničí s obsesí (Thorová, 2006).



Díky jejich zaujetí pro předvídatelnost a systém můžeme jmenovat několik zájmů, které jsou pro autisty velice typické. Patří mezi ně například záliba v dopravních prostředcích, zejména v hromadné dopravě (vlaky, tramvaje, autobusy, trolejbusy,...), včetně jízdních řádů; zájem o vesmír, záliba v jakémkoliv třízení a řazení předmětů a objektů (často velmi neobvyklých), jejich sbírání, pozorování, popisování, kreslení, atd. (Beyer & Gammeltoft, 2006).

Kromě zájmů jsou autisté stereotypní i v činnosti. Buď se jedná o smyslově zaměřené činnosti (houpání se, točení se, pobíhání, sledování světélek, větráků, poslouchání zvukových hraček, tekoucí vody, apod.), nebo volí v podstatě primitivní způsoby při manipulaci s předměty či hračkami (bouchání, klapání, mávání, cvakání, točení, atd.). Často se dokáží zabavit i vlastním tělem, třepetají rukama jako motýlci, točí se, houpou se nebo se pokyvují, nafukují bubliny ze slin, vydávají zvuky, mačkají si oči, štípou se, lechtají se, ... Velmi častá je také dětská masturbace a chůze po špičkách (Thorová, 2006).

Pokud je jim v činnosti či zájmu nějakým způsobem zabráněno, nesou to s velkou nelibostí, často reagují agresivně anebo autoagresivně (zaměřují vztek k ubližování sami sobě). Taktéž mohou reagovat i na nečekanou změnu. Proto je důležité trénovat s nimi různé scénáře a zapojovat je do plánování, aby došlo ke snížení jejich úzkosti a k lepšímu pochopení dané situace, nad kterou nemají kontrolu (Volkmar, 2007).

## 2.2. Konkrétní diagnózy

Již v kapitole Poruchy autistického spektra v České republice bylo zmíněno, že se poruchy autistického spektra (autismus) dělí na dílčí diagnózy. Nyní budou blíže představeny. Ale ještě než tomu tak bude, je potřeba poskytnout obecné informace.

Autismus je v populaci zastoupen poměrně hojně, podle Filipka (1999) je jeho výskyt u dětí častější než Downův syndrom nebo diabetes. První epidemiologické studie z šedesátých let udávají prevalenci 4 případů z 10 000. Poté, co byla upravena diagnostika autismu na širší fenotyp<sup>1</sup>, se toto číslo zvýšilo zhruba na 10-20 případů z 10 000. Současné studie udávají ještě vyšší čísla, a to přibližně 30 případů z 10 000. Poměr mezi pohlavími je

---

<sup>1</sup> **Fenotyp** je soubor všech pozorovatelných vlastností daného jedince, které mají určitý genetický základ (genotyp), ale jsou ovlivněny konkrétním prostředím, ve kterém se jedinec vyskytuje. To do jisté míry vysvětluje například variabilitu jednovaječných dvojčat (tzn. stejný genotyp), která vyrůstají každé v jiném prostředí. Fenotyp = genotyp + prostředí.

3 (respektive 4) ku 1 v neprospěch mužů (Filipek, 1999). Poměry u jednotlivých diagnóz se ale liší, viz konkrétní diagnostické jednotky.

Získání správné prevalence a jiných statistických dat značně komplikuje tzv. *komorbidita*, tedy současný výskyt několika onemocnění či poruch u jedné osoby. Nejčastější je společný výskyt autismu a mentální retardace. Přesné vyčíslení v procentech se u různých autorů liší, ale pohybuje se v rozmezí 25 – 85 %. S. Sládečková a I. Sobotková (2014) tento velmi široký rozptyl považují za následek velkého počtu neempirických studií, kde nejsou tato čísla řádně podložena a jsou často uváděna jen na základě klinické praxe (tedy na základě subjektivního odhadu). Velmi častý je také současný výskyt s epilepsií, a to až mnohonásobně vyšší než u běžné populace, jedná se o zhruba 20 – 25 % autistů (Canitano, 2006).

### **2.2.1. Atypický autismus (F84.1)**

Atypický autismus je specifický tím, že se projevuje až po třetím roce života a nesplňuje všechna kritéria autistické triády. Buď jde o děti s velkým mentálním defektem, nebo naopak o děti s nadprůměrnou inteligencí, kterým chybí některé autistické rysy (Říčan & Krejčířová, 2006).

*„Dítě splňuje jen částečně diagnostická kritéria daná pro dětský autismus. Nicméně u dítěte najdeme řadu specifických sociálních, emocionálních a behaviorálních symptomů, které se s potížemi, jež mají lidé s autismem, shodují.“ (Thorová, 2006, 182).*

### **2.2.2. Rettův syndrom (F84.2)**

Rettův syndrom je primárně neurologické onemocnění genetického původu. Jelikož se váže na chromosom X, postihuje pouze dívky. Mutace v genomu způsobí tzv. *syndrom fragilního X*. Děti se zhruba 7- 24 měsíců jeví jako zdravé, ale pak následuje prudký regres psychických funkcí a schopností (i těch naučených). Toto onemocnění je pervazivní (všepronikající) a projevuje se autistickou symptomatologií, většinou je spojené s mentální retardací. Jeho výskyt je ve srovnání s autismem méně častý, postihuje asi 1 dívku z 10 000 (Volkmar, 2004).

### **2.2.3. Jiná dětská dezintegrační porucha (F84.3)**

I děti s touto poruchou se zprvu vyvíjejí zcela normálně. Poté u nich dojde k náhlé ztrátě dříve získaných dovedností, a to ve všech třech oblastech autistické triády (MKN-10, 2000).

*„K pozorovaným jevům se přidává i nástup emoční lability, záchvaty vzteku, potíže se spánkem, agresivita, úzkostnost, dráždivost, hyperaktivita, dyskoordinace komplexních pohybů a neobratná zvláštní chůze, abnormní reakce na sluchové podněty.“ (Thorová, 2006, 194).*

Tato porucha byla zmíněna již v kapitole 1.1 v souvislosti s Theodorem Hellerem, který ji už začátkem dvacátého století popsal a pojmenoval jako *dementii infantilis*.

#### **2.2.4. Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4)**

Tato diagnóza se uděluje dětem s těžkou mentální retardací, které jsou zároveň hyperaktivní a vyznačují se opakováním určitých pohybů. Jelikož je tato porucha spojena s hlubokou mentální retardací, je těžké určit dominantní dysfunkci (MKN-10, 2000).

#### **2.2.5. Aspergerův syndrom (F84.5)**

Kognitivní vývoj je u těchto jedinců v normě (někdy až nadprůměrný), od normy vybočují zejména nedostatky v sociální interakci a komunikaci. Vyznačují se stereotypními zájmy a chováním, což jim může komplikovat osobní i profesní život. Často mají problémy s motorikou (neobratnost, nekoordinovanost pohybů, atd.) (MKN-10, 2000).

*„Někteří lidé s Aspergerovým syndromem se vůbec nedokážou orientovat podle neverbálních signálů, jako jsou například výrazy tváře či kontext dané situace. Humorně nebo ironicky řečené výroky chápou doslovně, což vede k projevům sociálně mnohdy těžko akceptovatelného chování. Přátelství v pravém slova smyslu tyto děti navažují jen velmi obtížně, nezřídka o bližší kontakt ani nestojí a dávají přednost hře o samotě.“ (Thorová, 2006, 188).*

Tuto diagnostickou jednotku dále dělíme (podle závažnosti narušení sociálního vývoje) na vysoce funkční a nízko funkční Aspergerův syndrom. Od této „funkčnosti“ se potom odvíjí prognóza do budoucna. Vysoce funkční formy Aspergerova syndromu je někdy těžké odlišit od neporuchové „sociální neobratnosti“. Jedinci s touto formou jsou někdy schopni začlenit se do plnohodnotného osobního i profesního života. Ti s nízko funkční formou mívají se začleněním větší obtíže, zpravidla potřebují už od útlého věku pedagogického asistenta nebo pomoc jiného odborného pracovníka a ani v dospělosti nedokáží žít samostatně (Thorová, 2006).

Prevalence je přibližně 15 dětí z 10 000 (Filipek, 1999). Tato forma autismu je mezi širokou veřejností nejznámější. Může za to i velký zájem médií. V poslední době roste publikovanost knih i počet filmových námětů s touto tematikou.

#### **2.2.6. Jiné poruchy psychického vývoje (F84.8) a Nespecifikovaná porucha psychického vývoje (F84.9)**

Tyto diagnózy se udělují, pokud symptomy dítěte nejsou zcela jasné, ale spadají do tzv. *autistického fenotypu*. Základním pravidlem diagnostiky je udělovat co nejpřesnější diagnózu, a proto by se tyto kategorie měly užívat co nejméně.

#### **2.2.7. Dětský autismus (F84.0)**

Dětský autismus je dle MKN-10 (2000) definován přítomností problémů ve všech oblastech autistické triády (porucha komunikace, představivosti, sociální interakce a chování) a začátek obtíží se objeví před dovršením věku tří let. Klinický obraz je variabilní a individuálně velmi rozlišný. Časté jsou však přidružené problémy se spánkem, různé fobie a strachy, stravovací problémy a záchvaty zlosti.

*„V adolescenci může dojít k akceleraci celkového pozitivního vývoje. Zaznamenány byly i případy zhoršujících se projevů, většinu z nich však lze přičíst probíhající pubertě. U menší části dospívajících se mohou projevit epileptické záchvaty a přidružené potíže vyžadující psychiatrickou léčbu.“ (Thorová, 2006, 182).*

### 3. Poruchy autistického spektra dle DSM-5

Pátá revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5), používaná především ve Spojených státech amerických, velmi změnila dosavadní systém diagnostických kategorií. Porucha autistického spektra se řadí do tzv. *neurovývojových poruch*. Tato kategorie se už ale nedělí na drobnější diagnózy (to znamená, že neexistují kategorie jako Aspergerův syndrom, Dětský autismus, atd.), jak jsme byli doposud zvyklí v předchozích revizích tohoto manuálu a v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10), používané u nás (viz kapitola 2.).

Podle diagnostických kritérií se určí typ poruchy a stupeň její závažnosti. Diagnóza se pak popřípadě specifikuje podle toho, zda jsou přítomné i jiné klinické ukazatele, např. defekt intelektu, porucha řeči, atp. (APA, 2015).

Diagnostika probíhá podle kritérií, mezi která dle DSM-5 (APA, 2015) patří v části A: narušení sociální interakce (včetně konverzace, sdílení emocí a zájmů, atd.), narušení komunikace (verbální i neverbální). Narušení expresivní, ale i receptivní složky komunikace (nedokáže dobře rozpoznat například mimiku a správně ji interpretovat ani ji adekvátně produkovat) a narušení porozumění sociálním vztahům, až úplná neschopnost vztahy navázat či udržet.

Protože může dojít k určitému vývoji a ke změně obrazu této poruchy, určuje se v části B diagnostických kritérií DMS-5 (APA, 2015) i tzv. *aktuální závažnost*. Patří sem určení, zda se u jedince vyskytují stereotypní zájmy, činnosti či vzorce chování. Dále také jestli je změněna smyslová senzitivita (například snížený práh bolesti, či zvýšená citlivost na hluk, na světlo) a další. Dalším kritériem je, že výše zmíněné obtíže lze u jedince nalézt už v útlém věku a nelze je vysvětlit jinou poruchou (mentální retardace, aj.).

Výsledně se na základě těchto kritérií určí stupeň závažnosti poruchy autistického spektra. Tyto stupně jsou tři a každý je podrobně specifikován.

První je stupeň závažnosti „*vyžadující podporu*“. Jedinec s tímto stupněm se dokáže zapojit do sociální komunikace, dokáže se verbálně vyjadřovat, i když mu to činí mírné potíže. Neverbální projev je zpravidla velmi primitivní. Jedinec se okolí často jeví poněkud bizarně, protože reaguje neadekvátně situaci. Proto může mít problém s navazováním vztahů. Další komplikací může být také jeho rigidita v zájmech a chování (APA, 2015).

Druhý je stupeň závažnosti „*vyžadující značnou podporu*“. Jedinci s tímto stupněm závažnosti činí velké obtíže verbální i neverbální komunikace. Repetitivní chování je zjevné i neznámému pozorovateli. Jedinec zpravidla dokáže mluvit jen ve velmi jednoduchých větách a často jen o okruhu jeho zájmů. Je velmi osobnostně nepružný a špatně se adaptuje na změny (APA, 2015).

Nejzávažnější je stupeň číslo tři „*vyžadující velmi značnou podporu*“. Jeho existence je nezbytně závislá na jiné osobě. Jedinec s tímto stupněm závažnosti navazuje kontakt pouze výběrově, s cílem naplnit nějakou svou potřebu. Pokud ovládá řeč, tak pouze pár účelových slov. Jeho chování je neměnné, repetitivní. Na změnu reaguje velice negativně až agresivně (APA, 2015).

## 4. Diagnostika

Včasná a správná diagnostika autismu je vždy klíčová. Diagnostiku provádí dětský psychiatr na základě anamnestického šetření, klinického pozorování a psychologického vyšetření (intelligenční testy a škály na posuzování autistického chování), popřípadě i interního a genetického vyšetření. Diagnózu určuje podle kritérií diagnostických manuálů platných v konkrétní zemi.

Nejznámější a nejpoužívanější škála v České republice na posuzování autismu je škála CARS (*Childhood Autism Rating Scale*). Tato škála mapuje patnáct oblastí. Buď je vyplněna na základě informací od rodičů, nebo na základě pozorování. Čím vyšší skóre dítě získá, tím více je „autistické“. Ryze česká metoda je DACH – *dětské autistické chování*, vyvinutá v roce 2003 Kateřinou Thorovou na základě několikaleté praxe. Další škálou používanou v praxi je například ADI-R (*Autism diagnostic interview – Revised*) (Thorová, 2006).

Dále je dítě psychologicky vyšetřeno pro zjištění úrovně kognitivních schopností, zejména intelektu. Toto vyšetření bývá někdy velmi problematické, protože mnoho dětí nechce s vyšetřujícím psychologem spolupracovat. Navázání vztahu s autistickým dítětem je přitom při diagnostice intelektu klíčové. Výsledky mohou být neochotou spolupracovat značně zkreslené (Thorová, 2006).

Nezbytnou součástí diagnostiky je i klinické pozorování. Zejména u dětí, které nemluví a ani nekomunikují substitučním způsobem (například VOKS – výměnný obrázkový komunikační systém). Mnohdy tyto děti mohou působit jako mentálně retardované, ale pozorování může tuto domněnku vyvrátit.

V současnosti se doporučuje i genetické vyšetření k zjištění příčin autismu.

## 5. Výchova, vzdělání a terapie

Výchova autistického dítěte je pro rodiče velmi náročná a často si neví rady, jak by měli postupovat. Rodiče jsou zpravidla po diagnostice poruchy autistického spektra u svého dítěte nasměrováni do některého z center, věnujícího se pomoci dětem s autismem a jejich rodičům. V České republice je nejznámějším centrem APLA – Asociace pomáhající lidem s autismem, v Olomouci například JAN – Jdeme autistům naproti.

Tato centra mají za úkol rodičům poskytnout především poradenské a informační služby. Podle závažnosti poruchy pak mohou centra dětem poskytovat i různé volnočasové či podpůrné aktivity. Cílem těchto center je umožnit lepší adaptaci dítěte na tento svět.

I vzdělání probíhá u dětí s autismem v kontextu závažnosti narušení kognitivních a sociálních dovedností. Některé děti mohou navštěvovat klasické mateřské i základní školy, některé děti mají přiděleného asistenta pedagoga a některé děti navštěvují speciální vzdělávací zařízení. U autistů se klade důraz na tzv. strukturované učení. Na základě spolupráce rodičů a pedagogů vznikl již před třiceti lety program TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children*), který si klade za úkol přizpůsobit učební podmínky na míru autistickým dětem. Klade důraz na strukturu, vizualizaci a individuální přístup (Thorová, 2006).

U dětí, které nemluví, se při komunikaci často uplatňuje tzv. VOKS – *výměnný obrázkový komunikační systém*. Princip komunikace spočívá v tom, že dítě s ostatními promlouvá pomocí kartiček s obrázky. Každá kartička má na sobě konkrétní obrázek, který si dítě spojuje s určitým objektem či činností. Někdy se místo kartiček dítě dorozumívá s nejbližšími skrz znakovou řeč, která je vytvořena individuálně. To má však svá úskalí při komunikaci s cizími osobami (Thorová, 2006).

Mnohdy jsou autistické děti smyslově přetížené, mohou trpět strachem či úzkostmi. V takovém případě se přistupuje k různým terapiím se zvířaty, k relaxačním či masážním metodám, k muzikoterapii, arteterapii, aromaterapii a jiným. Možností je mnoho, od postupů lege artis<sup>2</sup> (častá je indikace biologické léčby, například anxiolytika či psychostimulancia) až po různé kontroverzní metody (např. terapie pevným objetím, alternativní medicína, aj.).

---

<sup>2</sup> **Postup lege artis** je takový postup, který je v souladu se současným, všeobecně uznávaným věděním daného oboru.



Někdy je psychoterapie indikována i rodičům, pro vyrovnání se s postižením dítěte. Autismus totiž není diagnóza, která se dá vyléčit. Zasahuje zásadním způsobem do oblasti sociálního a psychického vývoje dítěte, a to i když je defekt intelektu minimální či nulový. Rodiče se tak musí vzdát svých představ o zdravém dítěti, které v sobě skrývají veškeré plány do budoucna, představy a emoce. Musí mobilizovat veškeré své síly a věnovat je péči o postižené dítě. Nezřídka se stává, že autory účinných metod, používaných při výchově dítěte s autismem, jsou právě rodiče.

V rodině to však nejsou jen rodiče, kterým se narozením autistického dítěte změní život, sourozenci autistů nežijí nikde ve vakuu a postižení jejich sourozence se jich samozřejmě také bezprostředně dotýká. Autisté vyžadují mnoho péče a pozornosti ze strany rodičů a zdravé děti se tak mohou cítit, často i právem, zanedbané a odstrčené (Attfield & Morgan, 2007).

O tom, jak funguje rodina s autistickým jedincem, o všech psychologických a sociálních aspektech a důsledcích či formách pomoci těmto rodinám, bylo napsáno mnoho publikací (Gray, 1998; Attfield & Morgan, 2007). V České republice je aktuální zejména kniha o Dětském autismu v kontextu rodinné resilience, od autorek Sládečkové a Sobotkové (2014).

## II. VÝZKUMNÁ ČÁST

### 6. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

#### 6.1. Formulace výzkumného problému

Výzkumným problémem je v této bakalářské práci problematika poruch autistického spektra, život jedince s touto poruchou a jeho působení a fungování ve společnosti.

#### 6.2. Cíle výzkumu

Cílem této bakalářské práce je především podrobně zmapovat a prozkoumat vývoj jedince s poruchou autistického spektra a zachytit co nejvíce psychologických a psychosociálních fenoménů a jejich vývoj v čase, a poskytnout tak podrobný materiál pro případné další výzkumy poruch autistického spektra či pro zájemce o studium této problematiky.

#### 6.3. Výzkumné otázky

Výzkumné otázky jsou zvoleny tak, aby v nich byly zachyceny stěžejní znaky poruch autistického spektra u konkrétního jedince – u zkoumané dívky s diagnózou dětský autismus. Jedná se o specifika v oblastech komunikace, sociální interakce a chování a představitosti, a změny v těchto oblastech za dobu pozorování. Další dvě výzkumné otázky se věnují specifikům zvládnání frustrace a projevům citů u této dívky, i tyto výzkumné otázky úzce souvisí s diagnózou autismu.

Jak se vyvinula Barunčina komunikace za dobu pozorování?

Jakým způsobem se za dobu pozorování změnilo Barunčino chování a sociální interakce?

Jak se během pozorování Barunky změnila její hra?

Jakým způsobem reaguje Barunka na frustraci?

Jakým způsobem projevuje Barunky city?

## **7. Metodologický rámec výzkumu**

### **7.1. Typ výzkumu**

Výzkumná část této bakalářské práce je zaměřená kvalitativně, realizovaná formou případové studie. Cílem kvalitativně orientovaného výzkumu je především zmapovat specifika a jedinečnost případů, nikoliv společné znaky a jejich kvantifikaci, jako je tomu v případě výzkumu kvantitativního (Miovský, 2006). Tento typ výzkumu byl zvolen v souladu s cíli této bakalářské práce.

### **7.2. Výzkumný soubor**

Výzkumným souborem této bakalářské práce je dívka s diagnózou Dětský autismus (F84.0), spadající do poruch autistického spektra (F84). Jelikož se jedná o dlouhodobé, kontinuální a časově velmi náročné zúčastněné pozorování, vyústující v kazuistiku, je tento soubor jednočlenný.

Výběr výzkumného souboru je příležitostný. Autorka této práce byla a je v kontaktu s touto dívkou i mimo výzkumnou situaci a pomáhá rodině jako její osobní asistentka.

### **7.3. Metody sběru dat**

Hlavní metodou sběru dat je v této práci zúčastněné pozorování. Tato metoda dle Miovského (2006) patří mezi nejstarší způsoby získávání dat používané v psychologii. Řadíme jej mezi tzv. extrospektivní metody. Pozorovatel se přímo účastní výzkumné situace, je jedním z aktérů, přičemž dochází k interakci mezi ním a pozorovanou osobou. Tato metoda je proto zároveň výhodná i nevýhodná. Může dojít k lepšímu vhledu pozorovatele do situace a k jejímu lepšímu porozumění, avšak zároveň může dojít k většímu subjektivnímu zkreslení, než by tomu bylo například v případě nezúčastněného pozorování.

Další metodou využitou v této bakalářské práci jsou polostrukturované a nestrukturované rozhovory (interview) s rodiči dívky a s dalšími rodinnými příslušníky. Interview se rovněž řadí dle Miovského (2006) mezi kvalitativní metody. Interview je moderovaný v různé míře strukturovaný rozhovor vedený s určitým záměrem a cílem.

### **7.4. Metody zpracování dat**

Stěžejní metodou zpracování dat této v této bakalářské práci je analýza dokumentů. Jedná se o způsob nakládání s již existujícími dokumenty, které vznikly bez přispění výzkumníka. Tyto dokumenty výzkumník rozebírá, interpretuje a usazuje po kritickém

úsudku do kontextu (Hendl, 2012). V této práci jsou analyzovány lékařské zprávy a zprávy z psychologického a z psychiatrického vyšetření.

Celá výzkumná část této bakalářské práce je zpracována formou kazuistiky. Kazuistika či případová studie je velmi stará metoda sahající k počátkům samotné psychologie. Jedná se o detailní studium malého počtu případů, často pouze jednoho. Snaží se o jejich popis a o hledání možných souvislostí s kontextem. Často slouží k výukovým účelům (Hendl, 2012).

## **7.5. Etické aspekty výzkumu**

Výzkumná část této bakalářské práce je zpracována metodou kazuistiky nezletilé dívky. Z tohoto důvodu bylo nutné získat informovaný souhlas zákonného zástupce, v tomto případě dívčiny matky, s účastí ve výzkumu a se sběrem, zpracováním a interpretací dat z výzkumu získaných.

K zachování anonymity nejsou použity žádné místní informace ani pravá jména osob v kazuistice figurujících. Jméno dívky je změněno a vybráno matkou. V této práci bude o dívce psáno jako o Barunce.

## 8. Výsledky výzkumu

### 8.1. Z rozhovorů, lékařských zpráv, psychiatrických, psychologických a jiných vyšetření

V následujících podkapitolách bude zobrazen život Barunky na základě analýzy lékařské dokumentace, zpráv z psychiatrických, psychologických a speciálně-pedagogických vyšetření a doplňujících informací od rodinných příslušníků jak z doby předcházející přímého kontaktu Barunky s autorkou této práce, tak i z doby vlastního pozorování.

#### Rodinná anamnéza

Barunka žije v úplné rodině, bydlí v rodinném domě v klidné části velkého města. Barunčin otec (narozen 1977) má dokončené vzdělání na VOŠ a pracuje jako optik. Z genetického šetření mu byla zjištěna translokace chromozomů 46, XY, t(10,11)(q26+13). Susp. vykazuje širší fenotyp autistického chování. Jeho bratr je onkologicky nemocný a jejich sestřenice má mozkovou obrnu.

Matka (narozena 1978) má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako právnická. Matčina babička měla Parkinsonovu nemoc. Neteř, bratrova dcera, (narozena 2014) je onkologicky nemocná, od roku 2015 podstupuje léčbu kvůli nádorovému onemocnění mozku. Matčina matka má roztroušenou sklerózu.

#### Těhotenství a porod

Rodiče si dlouho přáli miminko, a protože se jim početí přirozenou cestou nedařilo, svěřili se do péče odborníků. Barunka byla počata asistovanou reprodukcí (ne IVF – in vitro fertilizace<sup>3</sup>). V 11. týdnu byla u Barunky z aminocentézy zjištěna balancovaná translokace chromozomů 46, XY, t(10,11)(q26+p13), zděděná po tatínkovi. Poté byla maminka ve velkém stresu. Okolí na ni tlačilo, aby šla na interrupci, což odmítala. Ve 26. týdnu byla hospitalizována kvůli hrozbě předčasného porodu. Podstoupila cerkláž<sup>4</sup> děložního hrdla a zůstala až do porodu hospitalizovaná v nemocnici. Toto období maminka popisuje jako velice psychicky náročné, jednak kvůli nátlaku okolí, aby šla na potrat, a za druhé kvůli

---

<sup>3</sup> IVF - oplodnění ve zkumavce

<sup>4</sup> Cerkláž děložního hrdla – chirurgický zákrok, který brání předčasnému porodu z důvodu otevřeného děložního hrdla.

nejisté prognóze ohledně Barunčina zdraví. Maminka musela udržovat klidový režim a užívat medikaci na udržení těhotenství.

Porod se podařilo lékařům odložit až do 33. týdne, kdy z důvodu infarktu placenty už dál odkládat nešel. Barunka se narodila spontánně na podzim v roce 2009, vážila 2044 gramů a měřila 44 centimetrů. Apgar skóre<sup>5</sup> měla 10-10-9. Byla umístěna do inkubátoru na oxygenoterapii.

## **Období do 2 let**

Po porodu Barunka podstoupila fototerapii kvůli novorozenecké žloutence. Při lékařském vyšetření bylo zjištěno, že má zdvojený dutý systém levé ledviny. Do 2 let byla Barunka rehabilitována Vojtovou metodou<sup>6</sup> kvůli opožděnému motorickému vývoji. Kojena nebyla, protože se nedokázala přisát, ale byla krmena mateřským mlékem z lahvičky (do 10 měsíců). V kojeneckém věku měla Barunka alergii na kravské mléko, tato alergie ale postupně vymizela.

Barunka byla podle maminky *klidné miminko bez zvláštních potřeb, pravidelně se budila na krmení*. Byla však často nemocná. Prodělala opakovaně záněty horních cest dýchacích, zánět středního ucha a v 18 měsících protrahované febrilní onemocnění. Barunka absolvovala několik vyšetření včetně neurologického, nefrologického a genetického. Také byla vyšetřena očním lékařem, který jí diagnostikoval strabismus a doporučil korekci zraku brýlemi, které však Barunka odmítala (a stále odmítá) nosit.

Barunka podle rodičů i prarodičů působila jako zdravé dítě - *dětsky žvatlala, používala smysluplné slabiky, prohlížela si knížky, koukala se ráda na Krtečka, spolupracovala při dětských říkankách typu „paci paci“*, atd. Ve 22 měsících ale dostala vysoké teploty (z nezjištěných příčin), a poté následoval viditelný regres ve vývoji. Ztratila zájem o sociální kontakt s dospělými i s dětmi, přestala žvatlat, navazovat oční kontakt, přestala reagovat na oslovení a nevěnovala pozornost žádné činnosti (ani dříve oblíbenému prohlížení knížek či sledování Krtečka), většinu času pobíhala neúčelně z místa na místo. Pro rodiče to bylo velmi obtížné období, zejména maminka mluví o *velkém zoufalství a bezmoci z toho, že ji ignorovalo vlastní dítě a nešlo se mu nijak přiblížit*, a to jak v psychické

---

<sup>5</sup> **Apgar skóre** - Mezinárodně používaný systém hodnocení „životaschopnosti“ novorozence, hodnotí se 5 kategorií (dech, tepová frekvence, svalový tonus, vzhled kůže, a reakce na podráždění) s časovou latencí třikrát po sobě. Maximální počet bodů je 10, minimální 0 (znamená smrt/úmrtí novorozence).

<sup>6</sup> **Vojtova metoda** – terapeutický postup, soubor cvičení, jehož cílem je aktivovat reflexní lokomoci.

rovině, tak i ve fyzické (fyzický kontakt Barunka nevyhledávala a někdy se mu i fyzicky bránila).

### **Období do 6 let**

Maminka úzkostně sledovala Barunčin vývoj už od úplného narození. Proto vyhledala pomoc pedopsychiatra, který Barunce následně diagnostikoval Dětský autismus v komorbiditě se středně těžkou mentální retardací a hyperkinetickou poruchou. Doporučil intervenci Asociace pomáhající lidem s autismem (dále jen APLA) a umístění ve speciální mateřské školce s individuálním vzdělávacím programem.

Barunka nastoupila do speciální mateřské školy pro autisty na jaře v roce 2013. Nejdříve do školky docházela několikrát týdně dopoledne, v plném režimu začala školku navštěvovat na podzim téhož roku. Zprávy ze školky udávají, že Barunka zvládala odloučení od rodičů bez větších problémů a adaptovala se na prostředí školky velmi dobře. Občas při loučení s maminkou plakala, a proto lépe zvládala odchod do školky s tatínkem.

Ze zpráv z MŠ z roku 2014 určené pro APLA také můžeme vyčíst, že Barunka se nesnažila navazovat kontakt s dětmi, ani je nepozorovala. Hrála si sama, o hračky se nedělila, neprojevovala radost při setkání, neprojevovala soucit a u stolování měla občas tendence brát ostatním dětem jídlo. Oční kontakt navazovala velmi málo a udržela ho krátce, žvatlala, občas používala slova „mama“, „já“ a „ne“. Dočteme se také, že si hrála stereotypně, hračky využívala nefunkčně. Na programu či společné hře se aktivně nepodílela. A pokud se účastnila nějaké činnosti, tak s velkou dopomocí pedagoga či asistenta.

V APLA byla poprvé Barunka v lednu 2014. Vyšetření trvalo dvě hodiny a byly použity 3 screeningové metody (CARS, DACH, ADI-R), klinické pozorování a anamnestická data a informace od rodičů. Na základě těchto metod bylo vysloveno pozitivní podezření na přítomnost poruchy autistického spektra a byla rodičům udělena obecná doporučení, jakým směrem by se měli s Barunkou ubírat ve výchově a vzdělání. Další vyšetření v APLA proběhla v následujících dvou letech celkem dvakrát, naposledy v lednu 2015 za autorčiny přítomnosti. Nález z obou byl obdobný jako z prvního vyšetření.

V letošním roce (leden 2016) byla Barunka na psychologickém vyšetření v Pedagogicko-psychologické poradně a Speciálně pedagogickém centru kvůli žádosti o odklad povinné školní docházky o 1 rok. Žádosti bylo na základě vyšetření vyhověno.

Nicméně z ohlasu rodičů je zřejmá nespokojenost s přístupem odborníků, podle nich „jejich zájem s napsáním zprávy a potvrzením diagnózy končí“. Ve zprávě jsou podle rodičů pouze obecná doporučení (pro všechny autisty), avšak žádný erudovaný odborník nedoporučil konkrétní kroky, jak a kam se ubírat právě s Barunkou. Rodiče se domnívají, že většina z těchto odborníků ani neví, jak s nízkou funkčním autismem zacházet, protože mají zkušenosti zejména s vysoko funkčními autisty. A tak se cítí v celém systému zrazení, neboť jim není nikdo z odborníků schopen dát konkrétní odpověď na to, jak Barunku dále funkčně rozvíjet a vzdělávat a „přehazují si ji mezi sebou jako horkou bramboru“.

## **8.2. Z pozorování**

Barunka žije s rodiči v řadovém rodinném domě v odlehlé a klidné části velkého města. Nejvíce času tráví s maminkou, která, ač je velmi pracovně vytížená, se jí snaží vymýšlet aktivní program. Barunka se totiž po delší době strávené doma nudí, bezcílně pobíhá z patra do patra, popřípadě se uchyluje k masturbaci. Barunka je tudíž pravidelným návštěvníkem aquaparků, dětských herních koutků, venkovních prolézaček, trampolín, atd.

Výchova Barunky a volnočasové aktivity jsou většinou z maminciny iniciativy. Tatínek a prarodiče se podílejí jen zřídka. Proto se rozhodla najít Barunce asistentku. V této chvíli vstupuje do Barunčina života autorka této práce.

Pozorování začalo v září 2014 a pokračuje do současnosti (březen 2016). Probíhalo nejen v domácím prostředí a za každodenního chodu rodiny, ale i v mateřské škole pod odborným dohledem speciálních pedagožek, na vyšetřeních u somatického lékaře, u psychiatra, v APLA, během víkendových a prázdninových pobytů v hotelech, atd. Autorka s Barunkou strávila více než 600 hodin.

Jednotlivé oblasti pozorování:

### **Komunikace**

Verbální komunikace je u Barunky na úrovni vokalizace. V průběhu téměř dvouletého pozorování se objevily i smysluplné slabiky jako „ne“, když něco odmítala, „já“ když se něčeho dožadovala, či „mama“ když hledala zastání a útěchu u maminky (například když bylo požadováno, aby si umyla ruce či zvedla hračku ze země). Tyto slabiky vyslovovala vždy s naléhavostí a byly plné emocí. V současnosti tyto slabiky používá zřídka, smysluplně používá především slovo „mňam/ham“ v situaci, kdy jí chutná jídlo. Mimo smysluplné slabiky používá „d'od'od'o“, když má z něčeho radost, „jú“, „á“, „tototo“ a



„*hů*“. Má tendence je opakovat dokola, zejména když je zaujata nějakou činností (například klapáním víčka od šamponu). Tendence žvatlat a vískat vysokým hlasem má převážně, když je spokojená nebo ve známém prostředí se známými lidmi. Pokud tomu tak není, vydává hluboké mručící zvuky značící nespokojenost či nepohodu.

Barunka rozumí jednoduchým pokynům, avšak ne vždy na ně reaguje. Zrovna tak výběrově reaguje i na oslovení jménem. Pokud se jedná o pokyny spojené s příjemnou činností (jídlo, koupání, jízda autem) reaguje zpravidla okamžitě. U ostatních pokynů je nutná vytrvalost a opakování, většinou jsou ale s latencí splněny. Lépe reaguje na řeč, pokud je spojena s vizuální podporou či s gestem. Rozumí zákazům. Reaguje na intonaci a dokáže rozpoznat kontext rozhovoru – například je velmi citlivá na to, když maminka s někým mluví o své práci, vyjadřuje nepohodu a často se uchyluje k masturbaci; plakala, když se v rodině řešilo onkologické onemocnění její roční sestřenice; začala plakat, když maminka tatínkovi říkala, že pojedete na služební cestu, atd.

Neverbální komunikace je u Barunky na vyšší úrovni než komunikace verbální. Osoby, které jsou s ní v pravidelném kontaktu, tak dokáží vcelku snadno pochopit většinu jejích potřeb. Barunka se v této oblasti za dobu pozorování velmi zlepšila. V roce 2014 navazovala oční kontakt jen výjimečně, většinou se snažila obsloužit sama a kontakt spontánně nenavazovala, okolí spíše ignorovala. V současnosti bere dospělé osobu za ruku (nejčastěji maminku), a táhne ji k danému místu (k lednici, do koupelny, ke dveřím, atd.), nebo přinese daný objekt (láhev pití k otevření). Používá aktivně gesto „*prosím*“, většinou ale prosbu neprovází očním kontaktem. Oční kontakt navazuje častěji, ale většinou v situacích společné hry (škádlení, lechtání). Dokáže naznačit potřebu záchodu (zvýšený neklid či stahování kalhot, ve známém prostředí si dojde sama nebo s sebou dospělé osobu táhne za ruku), dokáže dát najevo touhu si hrát/mazlit se, dokáže ukázat na kýžený objekt nataženou dlaní (neukazuje prstem). Ukončení činnosti (například jídla) symbolizuje zasunutím židličky ke stolu. Někdy na požádání zamává na rozloučenou.

Přibližně do ledna tohoto roku byl používán k alternativní komunikaci VOKS (výměnný obrázkový komunikační systém), avšak bez větších úspěchů. Bylo používáno několik kartiček znázorňující jídlo (pro Barunku je jídlo největší motivace). Barunka však primárně dovedla osobu k ledničce a ukázala si, co chce. Kartičku nosila až dodatečně, když na tom dospělý trval, a tak VOKS ztrácel svůj smysl. Od ledna tohoto roku rodiče s Barunkou plynule přechází na systém gest (každé gesto si rodina vytvoří sama tak, aby

vyhovovalo Barunce). Tento systém se prozatím zdá úspěšnější, za týden se Barunka naučila používat gesto „*jídlo*“. Nadále zůstává gesto „*prosím*“. Aktuálně se pracuje s osvojením gest „*pítí*“ a „*hračka*“.

Velkým úskalím je jak Barunku ke komunikaci správně a dostatečně motivovat. Donedávna obstojně fungovala motivace jídlem či obalem od drogistického zboží (šampony, sprchové gely, atd.), ale v poslední době už jejich motivační síla není tak velká. Barunka si často vyhodnotí, že „*přibináček*“ jí za tu „*námahu*“ nestojí a odbíhá pryč. Motivační faktor je u Barunky, co se týká komunikace, zjevně nejzásadnější, protože pokud je spokojená (například při návštěvě v aquaparku) nebo něco chce, tak spolupracuje a komunikuje výborně.

### **Sociální interakce a chování**

Barunka lépe spolupracuje s lidmi, které zná. Projevuje radost po příchodu maminky, přijde se pomazlit nebo si přijde pro útěchu. I v tomto směru došlo u Barunky ke zlepšení, dříve většinu času okolí ignorovala a bylo těžké upoutat její pozornost, vystačila si sama. Nyní se aktivněji zapojuje do interakcí a vyžaduje pozornost blízkých osob. Mamince zaklapává počítač a tahá ji za ruku, aby se s ní šla lechtat a škádlit se. Zapojí se do společného tleskání, rukama ohmatává obličej dospělého, hladí po ruce, občas zatahá za vlasy. Během sociálního kontaktu navazuje oční kontakt, usmívá se či se směje nahlas. Ve vzteku má občas tendence dospělého kousnout. Když se nudí anebo je rozrušená, lehne si na zem a masturbuje (i na veřejnosti). Dříve k dětské masturbaci inklinovala více, v poslední době ji používá spíše s komunikačním záměrem „*na protest*“. Snahu o interakci od ostatních (ne blízkých osob) buď přijme, anebo ji ignoruje. Ve školce zprvu nejevila zájem o ostatní děti, hrála si paralelně, v poslední době byly interakce častější – lechtání, škádlení. Dokáže napodobit viděnou činnost, pokud ji zaujme (například zhasínání světla, zavírání vodní baterie, atd.).

Na ulici vráží do lidí, neuhne, dotýká se cizích lidí ve frontě. Nemá ráda prostory, kde je hodně lidí a hluk. Pokud se jí něco nelíbí, lehne si na zem a vzteká se, popřípadě kouše do věcí okolo sebe. Má tendence dělat „*hadrovou panenku*“, pokud se jí něco nechce dělat.

### **Představitost a hra**

Na začátku pozorování byla Barunčina schopnost soustředit se na jednu hračku minimální. Jeden podnět jí dokázal zabavit na pouhé sekundy. Zajímaly ji zejména zvukové a světelné hračky. Většinu času pobíhala po domě z místa na místo, z patra do přízemí a

naopak. Velmi ráda měla různé točení, zvedání a házení od dospělé osoby. S přibývajícím Barunčinou váhou však bylo nutné najít jiné možnosti. Alternativou bylo výše zmíněné lechtání a škádlení, dále také skákání na trampolíně a častější návštěvy dětských průlezek, na kterých si Barunka počíná velmi obratně. Vyleze na žebříku, sklouzne ze skluzavky, dokáže přejít přes řetězovou a lanovou lávku, přejde s dopomocí po kladině, ... Má velmi ráda i různá dětská centra, pokud v nich není příliš mnoho dětí. Nejvíce miluje návštěvy aquaparků a koupání v bazénu. Rovněž ráda jezdí autem či jinými dopravními prostředky (tramvaj, vlak, ...) a velmi nerada chodí pěšky. Dokáže se na protest počůrat anebo si lehnout na zem a odmítat ujít další krok.

V domácím prostředí si Barunka hraje se zvukovými a svítícími hračkami. Velmi si oblíbila hru s prázdnými lahvičkami od drogistického zboží, zejména s těmi se zaklapávacím víčkem. S těmi si vydrží hrát až půl hodiny, nebo dokud víčko nezničí, pak už o lahvičku nemá zájem. Velmi často je tato aktivita doprovázena radostnou vokalizací a žvatláním. Dále si hraje s labiryntem či s počítadlem – na úrovni mechanické manipulace. Ráda pozoruje bubliny z bublifuku a hraje si s nafouknutými balónky. V poslední době vydrží i několik minut sledovat dětské pořady v televizi, či hudební videa pro děti. Stále velmi střídá činnosti a její pozornost je roztěkaná, avšak doba soustředění na jednu činnost se prodlužuje.

Barunka potřebuje neustálou a nepřetržitou kontrolu. Neodhadne totiž míru nebezpečí. Ráda leze na stůl a židle, stoupá si na hrany sedací soupravy a sedá si těsně ke krbu. Ráda strká veškeré věci do pusy a olizuje je. Leze do skříní se saponáty, kosmetickými přípravky, atd. Otevře si vchodové dveře a je s to utéct (v zimě, bosa, bez oblečení). Když se nudí, shazuje věci na zem (z kuchyňské linky, nočního stolku, pracovního stolu). Otevírá lednici, plive a drobí jídlo po celém domě, atd.

I výdrž při pracovní činnosti se Barunce zvýšila. Dříve u strukturované činnosti u stolečku vydržela maximálně minutu, nyní je tato doba několikanásobně delší. V současnosti projevila živý zájem o malbu prstovými barvami. V minulosti u této činnosti vydržela pouze pár vteřin, dokud ji dospělý z činnosti nepropustil; nyní u stolečku vydrží tak dlouho, dokud nedojdou barvy. Kresba je na úrovni čárání (viz přílohy). Ve školce Barunka trénuje u stolečku špetkový úchop pastelky a tužky. S dopomocí dělá kolečka a klubička, dokáže navléknout korálku na provázek a umístit korálku do nádoby, dokáže odšroubovat víčko.

Barunka je velmi adaptabilní na změny a nevyžaduje dodržování rituálů. Nevadí jí změna programu ani změna prostředí.

## **Spánek**

Barunka po celou dobu pozorování měla a stále má časté potíže se spánkem. Buď nechce usnout či se během noci budí a už nedokáže usnout. Tyto problémy má jak ve známém, tak i v neznámém prostředí, kde jsou ještě výraznější (z výpovědi maminky – na dovolené téměř nespala 9 dní z 11).

Během dne potom bývá unavenější, což kompenzuje hyperaktivitou a chutí na sladké. Ve školce má po obědě klidový režim, ale málokdy usne. Nejvíce unavená bývá kolem čtvrté hodiny odpoledne. Koupání má pravidelně ve tři čtvrtě na sedm. Když je unavená, chce jít do vany dříve. Koupání ji většinou probudí. Spát chodí po deváté, a pokud usne, tak kolem desáté. Uspává ji tatínek. Spí s peřinou přetáhnutou přes hlavu, s palcem v puse.

Když se „přetáhne“, bývá podrážděná a plačtivá a nemůže usnout, za poslední půlrok dokonce přibývá případů, kdy se dostane až do transu – křičí, pláče, vzteká se, kouše, nereaguje, je bez kontaktu s realitou. K uklidnění pomáhá pouze voda (nové koupání) anebo jízda autem. Poté se uklidní a je schopná usnout.

## **Hygiena**

I v této oblasti se Barunka zlepšila. Ve známém prostředí si dokáže dojít na záchod sama. V neznámém prostředí potřebu naznačí gestem, neklidem či vysvětlením kalhot. Dokáže se sama vysvléct a vykonat potřebu. Nedokáže však použít toaletní papír. Po vykonání potřeby se obleče a někdy i sama od sebe spláchne. Ruce si bez dozoru neumyje nikdy, ani si je neutře do ručníku.

Při sezení na záchodě se Barunka občas zpevní jako prkno a pak čůrá mimo mísu. Většinou si vysvléká kalhoty a hladí si a škrábe břicho, dává si do pusy vlhčené ubrousky. Na veřejných záchodcích (například v obchodních centrech) má tendence vše olizovat.

Čištění zubů nemá ráda, kartáček kouše a pastu jí. Koupání naopak miluje, ale sama se aktivně neumyje. Ráda se ve vaně potápí a pouští bublinky. Od podzimu si při koupání sahá prsty do konečníku, a pokud není pod dozorem, tak do vany vykoná potřebu.

## **Stravovací návyky**

Barunka se dokáže najíst sama lžící, ale velmi nečistě. Dokáže si jednou rukou přidržet kelímek od jogurtu. Často si s jídlem hraje a dává do něj ruce, popřípadě jej drobí. Nejí ovoce a zeleninu. Mnohdy odmítá jíst i známé jídlo, dokud neochutná první lžící. Jídlo, které jí nechutná, plive.

Na svůj věk jí poměrně často a poměrně velké porce, zejména nadměrné množství sladkého jídla, instantního a smaženého jídla a sladkého pití. Večer po koupání má sklony chodit koukat do lednice a prosit o další a další jogurty, ač před koupáním večeřela. Často chodí koukat do lednice i během dne. Nejraději má smetanové a čokoládové jogurty, hranolky, kuřecí řízek, bramborovou kaši, čokoládu, muffiny a čokoládové croissanty. Z pití má nejraději kolové nápoje a často rodičům upíjí kávu a pivo.

Velký vývoj je zaznamenatelný v oblasti společného stolování. Dříve Barunka nevydržela sedět u stolu ani po dobu vlastního jídla, za poslední rok ale došlo ke zlepšení a dokáže na svém místě vyčkat i několik minut, než se najedí ostatní. Ve školce si po sobě dokáže uklidit talíř a hrníček.

## **Sebeobsluha**

V oblasti sebeobsluhy je Barunka závislá na pomoci dospělé osoby. Při oblékání spolupracuje, ale sama se neoblékne. Dokáže dát ruce do rukávů a vytáhnout si kalhoty. Svlékání zvládá sama. Barunka se za poslední rok naučila zouvat boty, vždy po příchodu do před síně si sedne a obě boty si sundá. Sundávání bot i ponožek praktikuje Barunka i bez vyzvání. Ráda chodí bosa, a pokud je v uzavřeném prostoru (například v autě), skoro vždy si boty vyzuje. Samostatně si obout boty nedokáže, výjimečně s velkou dopomocí. Jídlo v ledničce najde, ale obal sama nerozdělá. To samé platí u pití. Dojde si sama na záchod, ale nepoužije toaletní papír a neumyje si ruce

## **Motorika**

V hrubé motorice je Barunka celkem obratná. Běhá, skáče, chodí ze schodů i do schodů a střídá nohy. Udělá kotrmelec. Dokáže vylézt po žebříku a s dopomocí přejít kladinu. Žádné zlepšení v tomto směru nebylo zpozorováno.

Jemná motorika je oproti hrubé motorice na horší úrovni. Barunka zvládá pinzetový úchop a vařečkový úchop, ve školce trénuje špetkový úchop. Dokáže navléknout korálek na provázek, odšroubovat víčko lahve. Barunka preferuje zpravidla pravou ruku.

Celkově je u Barunky zvýšený motorický neklid, třepetá rukama jako motýlek, kroutí dlaněmi v prostoru, chodí po špičkách, točí se kolem vlastní osy, točí a třese hlavou a je pořád v pohybu.

### **Vnímání**

Barunka má zrakovou vadu na úrovni mozku - strabismus (šilhavost). Zhoršuje se zejména tehdy, je-li Barunka unavená. Jinak dokáže mozek oči korigovat. Jak dobře či špatně Barunka vidí, nelze přesně zjistit, ale lékaři se domnívají, že jí zrak nijak nelimituje. Barunka ráda sleduje pohyb a světelné podněty. Má v oblibě blikající a svítící hračky.

Barunka má ráda zvukové hračky, ráda poslouchá dětské rytmické písničky, u kterých si pobrukuje a někdy i tančí. Ve školce navštěvuje muzikoterapii. Nemá ráda hluk.

Chuť a čich používá Barunka velmi často. Olizuje a strká do pusy cokoliv, co má v dosahu. Očichává a olizuje i obaly od sprchových gelů, se kterými si hraje. Všemožným točením, skákáním a houpáním Barunka stimuluje vestibulokochleární systém.

### **Emoce**

Barunka je vesměs pozitivně naladěná, usmívá se, brouká si, žvatlá. Pokud je po ní ale vyžadováno splnění nějakých pokynů či úkolů, často nastupuje pasivní negativismus (ignorace) či aktivní odpor (buď vztek, anebo „*hadrová panenka*“). Někdy upadá do afektu, pokud není vyhověno jejímu přání. Pokud si jí maminka nevšimá, dokáže trucovat. Lítostivý pláč není u Barunky častý.

### **Vztahy**

Nejpevnější pouto má Barunka s maminkou. Odloučení od maminky nese velmi špatně. Během pozorování došlo k týdennímu odloučení od maminky z důvodu pracovní cesty a Barunka se už čtvrtý den maminčiny nepřítomnosti začala pomočovat. Na maminku reaguje Barunka nejlépe a nejvíce s ní komunikuje. Dožaduje se její pozornosti a touží po interakci.

Velmi hezký vztah má také s babičkou z tatínkovy strany, se kterou se ale moc často nevidá. Tatínka Barunka velmi často ignoruje, popřípadě reaguje protestně. Žádná větší

„pěkná“ interakce mezi nimi za dobu pozorování nebyla zaznamenána. Ze začátku pozorování měla Barunka velmi problematický vztah i k dědečkovi a babičce z maminciny strany. Většinou je ignorovala, avšak za poslední rok se jejich vztah velmi zlepšil. Barunka se nechá pomazlit, reaguje na pokusy o interakci a někdy skáče radostí při shledání. Výborný vztah má Barunka i s pedagožkami z MŠ. Ostatní lidi zpravidla ignoruje.

S autorkou této práce navázala Barunka poměrně kvalitní reciproční vztah. Iniciuje interakci, udrží oční kontakt, usměje se, dá impuls ke škádlivé hře. Zpravidla s autorkou spolupracuje a reaguje na její pokyny. Barunka autorku více respektuje, pokud není přítomná jiná blízká osoba.

### **8.3. Zodpovězení výzkumných otázek**

#### **Jak se vyvinula Barunčina komunikace za dobu pozorování?**

Barunka na začátku pozorování používala několik smysluplných slabik, jejich počet se v průběhu pozorování měnil, aktuálně používá pouze slovo „mňam“. Od nespécifické vokalizace se Barunka posunula ke zřetelnější slabikám, které však nemají komunikační smysl. Reaguje rychleji na pokyny.

Neverbální komunikace se rozvinula a rozšířila, Barunka používá gesta pro slova „prosím“ a „jídlo“, dokáže naznačit potřebu záchodu. Udrží oční kontakt delší dobu. Na kýžený předmět ukáže nataženou rukou nebo k němu osobu dovede. Dříve se obsloužila sama.

#### **Jakým způsobem se za dobu pozorování změnilo Barunčino chování a sociální interakce?**

Barunka se během doby pozorování postupně začala více zapojovat do sociálních interakcí. Dříve osoby okolo sebe ignorovala, nyní po kontaktu touží a vyžaduje jej. Nejvíce iniciuje kontakt s maminkou. Taktéž byly zaznamenány změny v interakci s vrstevníky z MŠ, dříve o ně Barunka nejevila zájem, nyní dává impuls ke společné (škádlivé) hře.

#### **Jak se během pozorování Barunky změnila její hra?**

V oblasti hry nebyl zaznamenán větší vývoj z hlediska funkčnosti. Stále si hraje se zvukovými a světelnými hračkami a s hračkami na principu „akce-reakce“. Avšak zvětšila se doba, kterou Barunka věnuje jedné činnosti. Nicméně tato doba je v porovnání s normou hluboko pod průměrem. Často činnosti střídá.

### **Jakým způsobem reaguje Barunka na frustraci?**

Barunka má velmi nízký toleranční práh frustrace. K vyvolání frustrace jí stačí velmi malý podnět. Pokud jí není vyhověno či je po ní něco žádáno, lehne si na zem a začne se vztekat, kousat a vřískat. Někdy reaguje pasivním odporem, dělá „hadrovou panenku“ či si lehne na zem a začne masturbovat. Nezřídka se na protest pomočí či vykálí.

### **Jakým způsobem projevuje Barunky city?**

Barunka se přijde s blízkou osobou pomazlít. Navazuje s ní častěji oční kontakt a hladí ji po ruce, popřípadě po tváři. Na separaci od maminky reaguje negativně, buď protestem, anebo lítostivým pláčem. Lidi, které nemá ráda, pokouše či odstrčí. Když má radost víská a hlasitě se směje.



## Diskuze

Tato bakalářská práce si nekladla ambice přijít s vědeckým zjištěním přepisujícím dějiny poruch autistického spektra. Měla spíše potvrdit teoretická ukotvení, ze kterých výzkumná část vycházela, což se téměř stoprocentně podařilo. Barunka je na základě studia odborné literatury (Thorová, 2006; Gupta, 2004; Hrdlička & Komárek, 2004) „učebnicovým příkladem“ dětského autismu. Jak bylo zmíněno v první kapitole, určitá variabilita je možná nejen napříč kategorií poruch autistického spektra, ale i uvnitř jedné diagnózy. Proto odchylnost Barunky od normy například v tom, že jí nevadí změny a dobře se adaptuje na cizí podmínky, není v rozporu s ostatními zjištěními, jasně indikujícími dětský autismus.

Velkým limitem této bakalářské práce vzhledem k jejímu účelu (podrobně zmapovat co nejvíce aspektů života jedince s PAS) není ani tak malý výzkumný soubor, jako spíše metoda zúčastněného pozorování. Ač v ideálním případě by samozřejmě mohl výzkumný soubor čítat alespoň deset jedinců. Jelikož však pozorováním strávila autorka několik hodin týdně, kontinuálně po dobu osmnácti měsíců, bylo by nerealizovatelné věnovat stejný či adekvátní čas dalším případům. Zúčastněné pozorování proto zůstává v této práci největším úskalím. Z výzkumného hlediska zde hrozí největší subjektivní zkreslení. Výzkumník není ve společenském vakuu a navazuje sociální vztahy se svým okolím, ať chce nebo ne; obzvláště pokud se jedná o tak dlouhé a intenzivní pozorování, jako je tomu v tomto případě, a výzkumník se stane téměř součástí běžného chodu domácnosti zkoumané osoby.

Na druhou stranu, i Miovský (2006) zmiňuje, že právě díky osobní participaci výzkumníka může dojít k vytěžení mnohem hlubších a komplexnějších dat, která nezaujatému nezúčastněnému pozorovateli uniknou, či k nim ani nezíská přístup. Přínosem této práce je právě hloubka a komplexnost, kterých běžným dotazníkovým a statistickým šetřením výzkumník nikdy nedosáhne. Dokonce ani užitím kvalitativních metod, například rozhovorů kombinovaných s pozorováním v pravidelně opakujícím se intervalu, výzkumník nezíská tak bohatá data, jako když kontinuálně participuje na životě zkoumané osoby. Proto se největší úskalí této práce stává zároveň jejím největším přínosem.

Je zde potřeba zmínit, že z etických důvodů, vzhledem k ochraně citlivých údajů a soukromí Barunky, nebudou k této práci přiloženy videa ani fotografie, které původně vznikly se záměrem přiblížit čtenáři popisované projevy chování. Autorka doufá, že tento výzkum poslouží zájemcům o tuto problematiku jako hutný zdroj informací.

## Závěry

V teoretické části této bakalářské práce byla představena problematika poruch autistického spektra. Výzkumná část byla zpracována formou kazuistiky a byly zodpovězeny výzkumné otázky týkající se vývoje komunikace, sociální interakce a chování a představitosti a také otázky týkající se deskripce specifické reakce na frustraci a projevy emocí.

Výsledky z pozorování a analýzy dokumentů ukazují na celkové zlepšení Barunčiny schopností ve všech monitorovaných oblastech za dobu pozorování. Barunka navazuje častěji oční kontakt a udrží ho delší dobu a častěji iniciuje interakci s dospělým, touží po sociální hře typu škádlení. Komunikuje spíše neverbálně, ovládá několik gest. Verbální komunikace se příliš za dobu pozorování nevyvinula, Barunka v průběhu pozorování používala slova „mňam“, „já“, „mama“ a „ne“. Má sníženou toleranci k frustraci, na tu reaguje pasivní agresí, agresí či autoagresí. City Barunka projevuje spíše blízkým osobám, dokáže dát najevo náklonnost, ale i nesympatie.

Nejdůležitějším zjištěním s přesahem do praxe je však informace, že rodičům není ani přes kontaktování příslušných specializovaných odborníků na problematiku autismu poskytnuta řádná a adekvátní opora a pomoc.

## Souhrn

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části, na teoretickou a výzkumnou. Teoretická část je rozdělena do několika kapitol, které jsou řazeny tak, aby zprvu poskytly obecný vhled do problematiky poruch autistického spektra a postupně byly specifikovány vzhledem k výzkumné části.

První kapitola se věnuje historickému kontextu pohledu na autismus a na příčiny jeho vzniku. Zmiňuje zásadní milníky v pokroku znalostí o autismu a autory, kteří se zasloužili o studium a popis autismu, mezi nimiž nechybí Theodor Heller, Eugen Bleuler, Hans Asperger, Leo Kanner či Margaret Mahlerová, spojována především s nechvalně známou psychoanalytickou koncepcí, dávající za příčinu autismu emocionální chladnost rodičů. Dále je zde zpracované současné pojetí pohledu na příčiny poruch autistického spektra jako na poruchu, která je způsobena multifaktoriálními příčinami, mezi nimiž má velký podíl především genetika. Další kapitola popisuje konkrétní diagnostické jednotky, patřící do poruch autistického spektra (F84), podle třetí revize Mezinárodní klasifikace nemocí používané v České republice. Rovněž je v této kapitole podrobně popsána tzv. autistická triáda, tedy základní tři oblasti, ve kterých autisti selhávají. Jedná se o oblasti komunikace, sociální interakce a chování a představitosti. Menší podkapitola je věnována i komorbiditě poruch autistického spektra s ostatními diagnózami a epidemiologickým datům, vztahujícím se jak k četnosti případů autismu v populaci, tak k poměru zastoupení mezi pohlavími. Třetí kapitola informuje o diagnostických kritériích dle páté revize Diagnostického a statistického manuálu používaného zejména v USA a o jeho změně oproti předchozím revizím. Čtvrtá kapitola se dotýká způsobů diagnostikování autismu v České republice a krátce zmiňuje i škály a postupy k tomu používané. Poslední kapitola v teoretické části nastiňuje možnosti vzdělání, výchovy a terapie u jedinců s diagnózou autismu. Zmiňuje rovněž možnosti rodičů kontaktovat centra specializovaná na pomoc jedincům s poruchou autistického spektra. Menší prostor je věnován i VOKS – výměnnému obrázkovému komunikačnímu systému, jako prostředku alternativní komunikace a specifikům rodiny s autistickým dítětem.

Výzkumná část této bakalářské práce je zaměřena kvalitativně. Cíly této práce je především poskytnout pomocí případové studie co nejpodrobnější materiál, detailně mapující život autistické dívky a její vývoj, využitelný k dalším výzkumům či studiu problematiky poruch autistického spektra. Výzkum je v této práci založen především na

zúčastněném kontinuálním a pravidelném pozorování, které trvalo více než 600 hodin, na studiu a analýze lékařských zpráv a zpráv z psychologických, psychiatrických, speciálně-pedagogických vyšetření, a na rozhovorech s rodiči a ostatními rodinnými příslušníky. Pozorování probíhalo jak v domácím prostředí autistické dívky, tak v mateřské škole pod odborným vedením speciálních pedagožek, ale i v různých dětských centrech, aquaparcích a jiných volnočasových centrech a v hotelích.

Výsledky z pozorování, rozhovorů a z analýzy dokumentů jsou v této práci zpracovány formou kazuistiky. Kvůli přehlednosti jsou výsledky rozděleny na dvě kapitoly, na výsledky z analýzy dokumentů a z rozhovorů a na výsledky z pozorování. Výsledky z analýzy dokumentů a z rozhovorů jsou řazeny chronologicky, výsledky z pozorování jsou rozděleny podle jednotlivých oblastí – komunikace, sociální interakce a chování, představivost a hra, spánek, hygiena, stravovací návyky, sebeobsluha, motorika, vnímání, emoce, vztahy. Zodpovězeno je celkem pět výzkumných otázek. Tři výzkumné otázky se týkají vývoje komunikace, sociální interakce a chování a hry. Dvě výzkumné otázky se týkají popisu specifik dívky s autismem ve zvládnání frustrace a vyjadřování emocí. V diskuzi jsou zmíněná úskalí zvolených metod, především zúčastněného pozorování, a možná nedostatečnost počtu výzkumného souboru. Závěry z výzkumné části jsou v souladu s nálezy v teoretické části podložené studiem odborné literatury.

## Seznam použité literatury

- American Psychiatric Association.** Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- Attfield, E., & Morgan, H.** (2007). *Living with Autistic Spektrum Disorders: Guidance for Parents, Carers and Siblings*. London: Paul Chapman Publishing.
- Bailey, A., Phillips, W., Rutter, M., et al.** (1996). *Autism: towards an integration of clinical, genetic, neuropsychological, and neurobiological perspectives*. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 37 (1), 89 - 126.
- Beyer, J., & Gammeltoft, L.** (2006). *Autismus a hra: příprava herních aktivit pro děti s autismem*. Praha: Portál.
- Canitano, R.** (2006). *Epilepsy in autism spectrum disorders*. *European Child & Adolescent psychiatry*, 16 (1), 61 - 66.
- Craig, J., & Baron-Cohen, S.** (1999). *Creativity and Imagination in Autism and Asperger syndrome*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (4), 319 - 326.
- Filipek, P. A., et al.** (1999). *The Screening and Diagnosis of Autistic Spectrum Disorders*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (6), 439 – 484. doi:10.1023/A:1021943802493.
- Gray, D. E.** (1998). *Autism and the Family: Problems, Prospects, and Coping with the Disorder*. Springfield: Charles C Thomas.
- Gupta, V. B.** (Ed.). (2004). *Autistic Spectrum Disorders in Children*. New York: Marcel Dekker, Inc.
- Hendl, J.** (2012). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Hrdlička, M., & Komárek, V.** (Eds.). (2004). *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Praha: Portál.
- Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize.** (2000). *Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

- Miovský, M.** (2006). *Kvalitativní přístup a metody psychologického výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Paul, R.** (1987). *Communication in Autism*. In: Cohen, D. & Donnellan, A. M. (Eds.). (1987). *Handbook of Autism and pervasive developmental disorders*. New York: Wiley. 199-210.
- Plimley, L., & Bowen, M.** (2007). *Social Skills and Autistic Spectrum Disorders*. London: Paul Chapman Publishing.
- Rimland, B.** (1964). *Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Říčan, P., & Krejčířová, D.** (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Sládečková, S., & Sobotková, I.** (2014). *Dětský autismus v kontextu rodinné resilience*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Thorová, K.** (2006). *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál.
- Volkmar, F. R.** (Ed.). (2007). *Autism and Pervasive Developmental disorders*. Cambridge University Press.
- Volkmar, F. R., Lord, C., Bailey, A., Schultz, R. T. & Klin, A.** (2004). *Autism and pervasive developmental disorders*. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 45 (1), 135 – 170.

## **Seznam příloh**

1. Abstrakt diplomové práce
2. Abstract of Thesis
3. Zadání diplomové práce
4. Příloha č. 4 - Ukázka malby
5. Příloha č. 5 - Ukázka malby

## **Abstrakt diplomové práce**

**Název práce:** Dítě s autismem: Případová studie dívky s PAS

**Autor práce:** Ivana Mejsnarová

**Vedoucí práce:** Doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

**Počet stran a znaků:** 47 stran / 80617 znaků

**Počet příloh:** 5

**Počet titulů použité literatury:** 21

**Abstrakt:** Tato bakalářská práce se zabývá problematikou poruch autistického spektra. Teoretická část je zaměřena na vymezení problematiky autismu, na historii a vývoj pohledu na autismus, na diagnostické jednotky spadající do poruch autistického spektra, diagnostiku autismu, vzdělávání, výchovu a terapii lidí s autismem. Výzkumná část této práce je zaměřena kvalitativně a je zpracována formou případové studie. Cílem této bakalářské práce je podrobně zmapovat co nejvíce specifických aspektů života dívky s diagnózou dětský autismus a jejich vývoj. Výzkumné otázky se týkají oblastí komunikace, interakce a chování, hry, frustrace a emocí a jejich proměn za dobu pozorování. Použity byly metody zúčastněného pozorování, interview s rodiči a rodinnými příslušníky a analýza lékařských zpráv a zpráv z psychologických a psychiatrických a jiných vyšetření.

**Klíčová slova:** autismus, případová studie, dětský autismus, poruchy autistického spektra



## **Abstract of Thesis**

**Title:** Child with Autism: Case study of a girl with ASD

**Author:** Ivana Mejsnarová

**Supervisor:** Doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

**Number of pages and characters:** 47 pages / 80617 characters

**Number of appendices:** 5

**Number of references:** 21

**Abstract:** This bachelor thesis deals with the issue of autistic spectrum disorders. The theoretical section is focused on defining the autism itself, the history of the topic, the diagnostic categories that are part of the autistic spectrum disorders category, the diagnosis of autism, the education and therapy of people suffering from autism. The research section is focused on a single subject and has the form of a case study. The aim of this bachelor thesis is to thoroughly describe as many specific aspects of a life of a girl with autism as possible. The main questions of this research deal with communication, interaction and behavior of the subject, the way she plays games, takes out her frustration, shows her emotions and how those aspects change over time. The methods I have used are participant observation, interview with the parents of the subject and her family members and an analysis of medical reports and reports from psychological, psychiatric and other examinations.

**Key words:** autism, case study, child autism, autistic spectrum disorder

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychologie  
Forma: Prezenční  
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

#### Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
MEJSNAROVÁ Ivana	Benešov u Semil 305, Benešov u Semil	F13695

#### TÉMA ČESKY:

Dítě s autismem: Případová studie dívky s PAS

#### TÉMA ANGLICKY:

A child with autism: Case study of a girl with ASD

#### VEDOUcí PRÁCE:

doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc. - PCH

#### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Teoretická část této práce bude rozdělena do několika kapitol na základě studia relevantních zdrojů, především potom odborné literatury týkající se poruch autistického spektra (dále jen PAS). Práce bude zaměřena na vymezení a základní charakteristiky PAS, historický vývoj pojetí PAS a na dětský autismus. Kapitoly budou koncipované tak, aby zprvu poskytly obecný vhled do problematiky PAS a postupně byly specifikovány blíže vzhledem k výzkumné části.

Výzkumná část bude uvedena zasazením zkoumané dívky s PAS do kontextu diagnostického i rodinného. Výzkum bude zaměřen kvalitativně, formou případové studie, na zmapování co nejvíce psychologických a psychosociálních aspektů života této dívky. Bude například mapovat její specifické způsoby komunikace a chování a jejich vývoj v průběhu času. Hlavní výzkumnou metodou bude v tomto případě zúčastněné pozorování. Součástí výzkumu budou i nestrukturované a polostrukturované rozhovory s osobami z jejího okolí. Vzhledem k tomu, že pozorování bude trvat přibližně 18 měsíců, bude nedílnou součástí výzkumu i zachycení zkoumaných fenoménů ve vývoji v čase. Hlavním přínosem tohoto výzkumu proto bude především podrobně zmapovaný vývoj jedince s PAS, který může posloužit účelům dalších výzkumů zaměřených na PAS, či všem, kteří hledají inspiraci a motivaci při práci s dětmi s PAS.

#### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Čadilová, V., & Žampachová, Z. (2008). Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami. Praha: Portál
- Hrdlička, M., & Komárek, V. (2004). Dětský autismus: přehled současných poznatků. Praha: Portál.
- Říhová, A. (2011). Poruchy autistického spektra: pomoc pro rodiče s PAS. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Thorová, K. (2006). Poruchy autistického spektra : dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha. Praha: Portál.

Podpis studenta: .....

Datum: .....

Podpis vedoucího práce: .....

Datum: .....

Příloha č. 3 – Ukázka malby



Příloha č. 4 – Ukázka malby

