



Závěrečná práce

Jedinec s vícenásobným postižením

Studijní program:

DVPP Další vzdělávání pedagogických pracovníků

Studijní obor:

Speciální pedagogika – studium v oblasti pedagogických věd

Autor práce:

Ing. Bc. Eva Franzová

Vedoucí práce:

Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.

Katedra sociální práce a speciální pedagogiky

Liberec 2023



Zadání závěrečné práce

Jedinec s vícenásobným postižením

Jméno a příjmení:

Ing. Bc. Eva Franzová

Osobní číslo:

P22C00036

Studijní program:

DVPP Další vzdělávání pedagogických pracovníků

Studijní obor:

Speciální pedagogika – studium v oblasti pedagogických věd

Zadávací katedra:

Katedra sociální práce a speciální pedagogiky

Akademický rok:

2022/2023

Zásady pro vypracování:

Cíl závěrečné práce: Zjistit, jak jedinec s vícenásobným postižením vnímá rodinné vztahy.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, analýza případu, příprava a zpracování pedagogické kazuistiky, formulace návrhů na opatření.

Metody: Rozhovor, kresba rodiny.

Při zpracování závěrečné práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucího práce.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování práce:

tištěná/elektronická

Jazyk práce:

čeština

Seznam odborné literatury:

ČERNÁ, M., aj., 2015. *Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením* [e-kniha]. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3083-0.

NOVOSAD, L., 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.

SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika* [e-kniha]. 2. aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9425-4.

VALENTA, M., aj., 2018. *Mentální postižení* [e-kniha]. 2. přeprac. a aktual. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3050-9.

ZIKL, P., 2011. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3856-7.

Vedoucí práce:

Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.

Katedra sociální práce a speciální pedagogiky

Datum zadání práce:

21. června 2023

Předpokládaný termín odevzdání: 26. dubna 2024

L.S.

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan

PhDr. Pavel Kliment, Ph.D.
vedoucí katedry

Prohlášení

Prohlašuji, že svou závěrečnou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé závěrečné práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou závěrečnou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé závěrečné práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li závěrečné práce nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má závěrečná práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

PODĚKOVÁNÍ

Autorka závěrečné práce děkuje především vedoucímu práce Mgr. Miroslavu Meierovi, Ph.D. za trpělivost, cenné rady a připomínky při tvorbě závěrečné práce.

Anotace

Závěrečná práce popisuje jedince s vícenásobným postižením. V teoretické části jsou vysvětleny pojmy vícenásobné postižení, dětská mozková obrna, mentální retardace a porucha autistického spektra. Teoretická část vychází z poznatků získaných z odborné literatury. V kazuistické části je uvedena anamnéza vybraného jedince a dále je zde popsáno anamnestické šetření. Cílem závěrečné práce je zjistit, jak jedinec s vícenásobným postižením vnímá rodinné vztahy. Tohoto cíle bylo dosaženo anamnestickým šetřením, které sestává z rozhovoru s jedincem a kresbou rodiny. V závěru jsou uvedeny navrhovaná doporučení pro rodinu a pro školu.

Klíčová slova

Anamnéza, dětská mozková obrna, jedinec, kazuistika, kresba rodiny, mentální retardace, porucha autistického spektra, rodina, rozhovor, vícenásobné postižení, vztahy.

Annotation

The final work describes an individual with multiple disabilities. The concepts of multiple disabilities, cerebral palsy, mental retardation and autism spectrum disorder are explained in the theoretical part. The theoretical part is based on knowledge obtained from the literature. In the casuistic part, the anamnesis of selected individual is presented, and there is also described anamnestic investigation. The goal of the final work is to find out how an individual with multiple disabilities perceives family relationships. This goal was achieved through anamnestic investigation which consisted of an interview with the individual and a drawing of the family. In the end, there are suggested recommendations for the family and for the school.

Key words

Anemnesis, autism spectrum disorder, cerebral palsy, case study, drawing of the family, family, individual, interview, mental retardation, multiple disabilities, relationship.

Obsah

Seznam použitých zkratk.....	9
Úvod.....	10
1 Jedinci s vícenásobným postižením	11
1.1 Jedinci s dětskou mozkovou obrnou	12
1.2 Jedinci s mentální retardací.....	15
1.3 Jedinci s poruchou autistického spektra.....	18
2 Kazuistika.....	21
2.1 Anamnéza	21
2.1.1 Osobní anamnéza.....	21
2.1.2 Rodinná anamnéza.....	23
2.1.3 Školní anamnéza.....	24
2.2 Anamnestické šetření	25
2.2.1 Rozhovor	25
2.2.2 Kresba rodiny	25
3 Navrhovaná doporučení	27
3.1 Navrhovaná doporučení vzhledem k rodině	27
3.2 Navrhovaná doporučení vzhledem ke škole	27
Závěr.....	29
Použité informační zdroje	30
Seznam příloh.....	32

Seznam použitých zkratk

AAMR	American Association for Mental Retardation
aj.	a jiné/jiní
apod.	a podobně
č.	číslo
DMO	dětská mozková obrna
HIV	virus lidské imunitní nedostatečnosti
IQ	inteligenční kvocient
např.	například
PAS	poruchy autistického spektra
RTG záření	rentgenové záření
RVP	rámcový vzdělávací program
s.	strana
tj.	to je

Úvod

Život je v některých situacích sám o sobě těžký, když k němu ale přidáme ještě vícenásobné postižení, stávají se i naprosto běžné situace pro daného člověka výzvou, kterou prožívá každý den. Pro takového člověka je důležité, aby se mu dostávalo odpovídající pomoci od jeho rodiny a další blízkých. Chlapec, jenž je hlavní postavou této závěrečné práce, má veliké štěstí, že žije v milující rodině, která mu je nablízku a pomáhá mu.

Chlapci byla v jednom roce věku diagnostikována dětská mozková obrna. Středně těžká mentální retardace s prvky poruchy autistického spektra byla chlapci diagnostikována v 6 letech věku. Chlapec absolvoval Vojtovu a Bobath metodu a také s matkou vyzkoušel metodu False Proprioceptive Information Therapy. Díky poslední zmíněné metodě začal chlapec dle matky chodit. Chlapec se v průběhu růstu nevyhnul ani operacím, např. pro oboustranný strabismus v 5 měsících věku nebo operaci vpadlých kotníků v 16 a 18 letech věku.

Chlapec navštěvoval „speciální“ třídu v mateřské škole a následně nastoupil do základní školy speciální, kde se vzdělával nejprve podle RVP pro základní školu s upravenými výstupy, následně podle RVP pro základní školu speciální 1. díl. Po ukončení základního vzdělávání nastoupil do praktické školy jednoleté a v současné době chlapec navštěvuje praktickou školu dvouletou.

Závěrečná práce se dělí na tři části. V první, teoretické, části jsou mj. vymezeny pojmy vícenásobné postižení, dětská mozková obrna, mentální retardace a poruchy autistického spektra. Druhá část je kazuistická, kde je popsána osobní, rodinná a školní anamnéza jedince. Je zde také provedeno anamnestické šetření ve formě rozhovoru a kresby rodiny. Poslední část závěrečné práce obsahuje navrhovaná doporučení pro rodinu, ale také pro školu.

Cílem závěrečné práce je zjistit, jak jedinec s vícenásobným postižením vnímá rodinné vztahy.

1 Jedinci s vícenásobným postižením

Vícenásobné postižení je kombinace dvou či více různých vad u jediného člověka, kdy je určení primárního postižení u některých lidí velice obtížné. Kombinace některých vad se vyskytují častěji, jiné pouze výjimečně (Slowík 2016, s. 149).

„Kombinace několika druhů postižení bývají často zapříčiněny genetickými anomáliemi a někdy se projevují formou souborů mnoha příznaků – tedy syndromů (Downův syndrom, Turnerův syndrom, Edwardsův syndrom, Patauův syndrom, Tourettův syndrom aj.)“ (Slowík 2016, s. 149).

Mezi nejvíce frekventované kombinace postižení patří dle Slowíka (2016, s. 149) kombinace s mentálním postižením, poruchami autistického spektra, hluchoslepoty a kombinace s poruchami chování.

Kombinace s mentální retardací

Kombinace mentální retardace s postižením tělesným je často se vyskytující kombinace. Může ji také provázet narušená komunikační schopnost způsobená symptomatickými vadami řeči. Mezi nejčastěji se vyskytující tělesné postižení řadíme dětskou mozkovou obrnu, kterou často provází ale také další poruchy jako např. dysartrie. Další možnou kombinací s mentální retardací jsou poruchy autistického spektra. Mentální retardace se může také kombinovat se smyslovými vadami – v takovém případě jsou kompenzace smyslového deficitu ztíženy sníženými rozumovými schopnostmi, např. při učení Braillova písma nebo znakového jazyku. Kompenzace smyslového deficitu je potom ovlivněna stupněm mentální retardace a je možné použít alternativní a augmentativní komunikace, např. znak do řeči, obrázky a piktogramy (Slowík 2016, s. 149–150).

Poruchy autistického spektra

Poruchy autistického spektra (dále PAS) bývají spojeny s mentální retardací nebo psychickými poruchami. V případě kombinace PAS a těžkého stupně mentální retardace bývá složité příznaky diagnosticky odlišit (Slowík 2016, s. 151).

Hluchoslepoty

Hluchoslepoty kombinuje různé stupně zrakového a sluchového postižení. Pro hluchoslepé je velice obtížné nahradit omezenou funkci sluchu nebo zraku, když je podobně omezen i smysl druhý. Ke komunikaci mohou využívat Lormovu abecedu, daktylotiku do dlaně nebo TADOMA (Slowík 2016, s. 151).

Kombinace s poruchami chování

Poruchy chování se mohou kombinovat jak psychickými poruchami nebo negativními sociálními vlivy, ale i s dalšími druhy postižení. Nejčastěji se vyskytuje kombinace poruch chování se sníženou úrovní rozumových schopností. Tito jedinci často vyrůstají v nefunkčních rodinách s patologickými prvky (Slowík 2016, s. 152–153).

V praktické části se bude závěrečná práce zabývat jedincem s vícenásobným postižením, a to se středně těžkou mentální retardací, dětskou mozkovou obrnou a prvky poruchy autistického spektra. Proto budou další kapitoly teoretické části obsahovat popis zmíněných postižení.

1.1 Jedinci s dětskou mozkovou obrnou

Dětská mozková obrna (dále DMO)¹ je vrozené onemocnění centrální nervové soustavy, „jež z hlediska stupně a rozsahu postižení i specifických symptomů má rozmanitý klinický obraz s velkou škálou funkčních poruch různé závažnosti. Dominují poruchy svalového napětí, hybnosti a koordinace pohybů s patrnou disharmonií motorického vývoje“ (Novosad 2011, s. 125).

Je to onemocnění vrozené, které se projevuje primárně poruchou hybnosti. Mimo ni se ale s DMO pojí i další vady, jako je mentální retardace (cca 30–50 % jedinců s DMO), dále epilepsie, vady zraku a sluchu a mnohdy také typický druh narušené komunikační schopnosti – dysartrie (Zíkl 2011, s. 9).

Formy dětské mozkové obrny

DMO se dá rozdělit do čtyř skupin, a to spastická, dyskinetická, ataktická a smíšená forma.

Spastická forma

Spastická forma DMO postihuje 70–80 % jedinců s DMO, jedná se o ztuhnutí a trvalé stažení svalů v postižených partiích. Mohou být postiženy obě končetiny (spastická diparéza/diplegie), končetiny na jedné polovině těla (spastická hemiparéza), obě dolní končetiny a jedna horní končetina (spastická triparéza) nebo všechny čtyři končetiny (spastická kvadraparéza).

¹ V 10. revizi (i v nyní do češtiny překládané 11. revizi – červenec 2023) Mezinárodní klasifikace nemocí není uveden pojem dětská mozková obrna, je zde používán pojem mozková obrna. S ohledem na to, že v oblasti speciální pedagogiky v České republice stále převažuje používání pojmu dětská mozková obrna, je tento pojem používán i v této závěrečné práci.

Dyskinetická forma

Dyskinetická forma DMO je charakterizována mimovolnými pomalými krouživými pohyby, tato forma postihuje ruce, nohy nebo celé horní a dolní končetiny. V některých případech může být postiženo i svalstvo tváře a jazyka. Pohyby mizí ve spánku. Touto formou trpí 10–20 % jedinců s DMO.

Ataktická forma

Ataktická forma DMO postihuje 5–10 % jedinců s DMO a je charakteristická především narušením vnímání rovnováhy, chůze je nestabilní, jedinci s touto formou DMO mají špatnou pohybovou koordinaci a chodidla pokládají daleko od sebe. Ataktická forma DMO může způsobovat problémy např. při psaní nebo zapínání knoflíků.

Smíšená forma

U smíšené formy DMO se mohou kombinovat předešlé formy. Nejčastěji se objevuje spastická forma a dyskinetické pohyby (Jiráková 2014).

Etiologie

Příčiny ovlivňující vznik DMO můžeme rozdělit do třech skupin:

Prenatální příčiny

Mezi prenatální příčiny, které působí na plod v těhotenství, můžeme zařadit infekční onemocnění matky, RTG záření, toxické látky a léky. Tyto faktory jsou nejvíce rizikové především v prvním trimestru těhotenství.

Perinatální příčiny

Perinatální příčiny působí na jedince během porodu a může se jednat např. o protahovaný porod, vícečetný porod, porod nedonošeného dítěte, porodní poranění.

Postnatální příčiny

Postnatální příčiny působí na jedince během prvních měsíců života. Mezi tyto příčiny můžeme zařadit novorozeneckou žloutenku, krvácení do mozku a infekční onemocnění (Jiráková 2014).

Specifika jedinců s dětskou mozkovou obrnou

Schopnost získávat informace dotekem věci

Dítě s DMO může mít problémy v hmatovém vnímání a rozlišování, kterým navazuje kontakt se světem. Může mít také problém s jemnou manipulací, kterou se učí srovnávat velikosti, řadit, počítat, což je základem myšlenkových operací.

Hodnocení polohy vlastního těla a orientace v tělovém schématu

Je důležité pomoci dítěti s DMO s uvědoměním si vlastního těla, polohy trupu i končetin, plánováním pohybů ve vztahu k okolí a drobných pohybů rukou. Toto pomůže dítěti např. v další sebeobsluze, dítě se dokáže obléknout, umýt, učesat.

Hodnocení vzdáleností, polohy a pořadí věcí

Dětem s DMO chybí zkušenosti v odhadování vzdálenosti a představy v umístění věcí získané lezením v batolecím věku, je u nich potřeba tyto zkušenosti doplňovat i v pozdějším věku. Je to možné v hrách např. se soubory stejných hraček, napodobováním vzorů, skládání a rozkládání hraček ve vztahu k něčemu (Kraus, aj. 2005, s. 239–241).

Schopnost plánovat pohyb přiměřený situaci

Děti s DMO mají málo pohybové jistoty a málo zkušeností. „Lze odlišit poruchy orientace trupu v prostoru, kdy dítě potřebuje pomoci pochopit koncept vertikály a horizontály, od poruch chápání a zvládnutí plánu směrů v jemné hybnosti ruky“ (Kraus, aj. 2005, s. 241).

Schopnost získávat informace zrakovým pozorováním

„Děti s DMO mohou mít problémy, jak s motorickou složkou při získávání informací zrakem (nedokáží udržet směr zraku k určitému bodu, ani pozorovat pohybující se předmět), tak s percepční složkou, selhává analýza i následná syntéza zraková“ (Kraus, aj. 2005, s. 242).

Rozvoj selektivní pozornosti

Děti s DMO mohou mít poruchy pozornosti, které u nich můžeme sledovat už v kojeneckém věku, dítě je neklidné, hraje si s hračkou, ale hře nevěnuje pozornost (Kraus, aj. 2005, s. 242).

1.2 Jedinci s mentální retardací

Mentální retardace je charakterizována snížením rozumových schopností, které se projevuje poruchou adaptačního chování, do kterého řadíme konceptuální, sociální a praktické adaptivní dovednosti, a to vše během vývojového období dítěte (Zikl 2021, s. 18–19).

American Association for Mental Retardation (dále AAMR) stanovuje dalších pět předpokladů pro aplikaci definice:

1. fungování jedince musí být posuzováno v souvislosti se sociálním prostředím a kulturou daného jedince,
2. v úvahu se musí brát rozmanitost kulturní i jazyková a další individuální rozdíly,
3. kromě omezení se u každého jedince vyskytují i silné stránky,
4. důvodem, proč jsou zjišťovány limity daného jedince, je vytvoření systému potřebné podpory,
5. plněním bodu č. 4 dojde po čase k celkovému zlepšení kvality života daného jedince (Černá, aj. 2015, s. 80).

Klasifikace

Mentální retardace se dle závažnosti dělí do následujících skupin:

- lehká mentální retardace – IQ 50–69, „*projevuje se obtížemi v učení; většina těchto osob je v dospělosti schopna pracovat, navazovat a udržovat dobré sociální vztahy a být prospěšnými členy společnosti*“ (Slowík 2016, s. 116),
- střední mentální retardace – IQ 35–49, „*projevuje se značně opožděným vývojem v dětství; většina těchto osob je ale schopna dosáhnout určitého stupně nezávislosti a samostatnosti v sebeobsluze, získat adekvátní komunikační dovednosti a přiměřené vzdělání; v dospělosti potřebují tyto jedinci různou míru podpory pro zvládnutí života a práce v prostředí běžné společnosti*“ (Slowík 2016, s. 116),
- těžká mentální retardace – IQ 20–34, „*projevuje se potřebou soustavné pomoci a podpory*“ (Slowík 2016, s. 116),
- hluboká mentální retardace – IQ nižší než 20, projevuje se vážnými omezeními v sebeobsluze, komunikaci a mobilitě,

- jiná mentální retardace – tato skupina se používá tehdy, když není možné určit stupeň intelektové retardace pomocí obvyklých metod u jedinců s přidruženým senzorickým nebo somatickým poškozením,
- neurčená mentální retardace – tato skupina se používá v případě, kdy není možné zařadit jedince do jedné z výše uvedených skupin, protože je k tomu nedostatek informací, přestože je mentální retardace prokázána (Slowík 2016, s. 116).

Etiologie

Příčiny mentální retardace členíme dle časového hlediska na prenatalní, perinatální a postnatální.

V prenatalním období se může jednat o chromozomální aberace (Downův syndrom, Turnerův syndrom, syndrom fragilního X chromozomu), metabolické a výživové poruchy (fenylketonurie, nemoc Tay-Sachsova), infekce matky (zarděnky, syfilis, HIV, Rh inkompatibilita, toxoplasmóza), podmínky prostředí (fetální alkoholový syndrom, užívání drog) nebo další příčiny (hydrocefalus, anencefalie) (Černá, aj. 2015, s. 87).

V perinatálním období může vývoj centrální nervové soustavy dítěte poškodit především nezvyklá zátěž, tj. např. mechanické poškození mozku a nedostatek kyslíku, také nedonošenost a nízká porodní hmotnost, dále nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka, při které z těla neodchází bilirubin a tím způsobuje patologické změny (Valenta, aj. 2018, s. 70).

V postnatálním období mohou být příčinou mentální retardace především traumata zasahující centrální nervovou soustavu, specifické infekce a záněty mozku (encefalitidy), krvácení do mozku, nádorová onemocnění. Další možnou příčinou je sociální deprivace, která má významné zastoupení u lehkého stupně mentální retardace, může se jednat o nepodnětnou výchovu, špatné bytové podmínky, apod. Mentální retardace způsobená sociální deprivací nemá neměnný stav a dá se ovlivnit příslušnou péčí (Valenta, aj. 2018, s. 70).

Specifika jedinců s mentální retardací

Při výchově a vzdělávání jedinců s mentální retardací musíme zohlednit určitá specifika ve vnímání, myšlení, paměti, pozornosti, emotivitě, volných vlastnostech a sebehodnocení.

Vnímání

U jedinců s mentální retardací můžeme pozorovat zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání, narušena je zejména diskriminace figury a pozadí – jedinec nedokáže vnímat a pochopit perspektivu, polostíny, překrývání kontur a všechny detaily. Dále mají jedinci s mentální retardací problém rozlišit podobně znějící hlásky (např. p/b, t/d), je narušena schopnost analýzy a syntézy. Objevují se i problémy s prostorovým vnímáním, s vnímáním času. Snížená schopnost vnímání se projevuje i v hrubé a jemné motorice. U jedinců s hlubokou mentální retardací pozorujeme i narušení vnímání vlastního tělesného schématu.

Myšlení

Myšlení jedince s mentální retardací je obvykle stereotypní, rigidní, závislé na určitém způsobu myšlení, neschopné abstrakce a generalizace, úsudky bývají nepřesné.

Paměť

Jedinci s mentální retardací si nové poznatky osvojují pomalu a k uchování potřebují mnohočetné opakování. Mají problém se znovuvybavením si podstatného. Dále mají také problém s tříděním paměťových stop, mají mechanickou paměť, pro niž není podstatné vlastní třídění zapamatovaného.

Pozornost

Záměrná pozornost je nestálá, má sníženou schopnost až neschopnost věnovat se více podnětům najednou, se zvýšeným počtem podnětů se zvyšuje počet chyb, po delší koncentraci nastupuje vysoká únava, unavitelnost se v průběhu dne mění.

Emotivita

Pro jednotlivce s mentální retardací je charakteristická netlumená intenzita emocí, citová otevřenost, dynamika a intenzita citů je neadekvátní, intenzita emocí s věkem klesá, jedinci často podléhají afektu.

Volní vlastnosti

Volní vlastnosti je potřeba u jedinců s mentální retardací rozvíjet, jedinci nejsou schopni podřídit své chování tomu, aby dosáhli určitého cíle. Je to ovlivněno také nízkou schopností sebekontroly, zvýšenou impulzivitou, emoční labilitou, apod.

Sebehodnocení

Sebehodnocení je ovlivněno výchovou a motivací, ale také způsobem uvažování daného jedince. Většina jedinců s mentální retardací není schopna odhadnout své možnosti a podle nich se chovat. Jejich chování a sebehodnocení je významně ovlivněno názory osob, ke kterým mají citový vztah, případně mohou názory těchto osob přebírat a považovat je za vlastní (Bendová, Zíkl 2011, s. 18–22).

1.3 Jedinci s poruchou autistického spektra

PAS patří mezi pervazivní poruchy, tzn. vše pronikající, které se projevují v tzv. autistické triádě symptomů, mezi které patří problémy v interpersonální komunikaci, omezená schopnost navazovat vztahy a dezorientace ve vnímání okolního světa (Slowík 2016, s. 150).

PAS bývá až v 80 % spojeno s mentální retardací nebo psychickými poruchami. Avšak některé projevy mentální retardace a PAS mohou být velice podobné, může být proto velmi obtížné je od sebe odlišit a správně diagnostikovat (Slowík 2016, s. 151).

Klasifikace

PAS můžeme dělit do následujících kategorií:

- dětský autismus – objevuje se před dosažením třech let věku dítěte a je charakteristický autistickou triádou, ke které se mohou přidat další nespecifické problémy jako fobie, návaly zlosti, poruchy spánku, apod.,
- atypický autismus – oproti dětskému autismu se liší věkem nástupu, tedy po dovršení 3. roku života, nebo tím, že nesplňuje všechny symptomy v autistické triádě; vzniká často u výrazně retardovaných jedinců nebo u jedinců s těžkou poruchou řeči,
- Rettův syndrom – objevuje se u dívek ve věku 7–24 měsíců, projevuje se pozvolnou nebo částečnou ztrátou řeči, poruchou obratnosti při chůzi a užívání rukou a zástavou růstu hlavy, dále je zastaven sociální vývoj a vývoj hraní; výsledkem Rettova syndromu bývá těžká mentální retardace,
- jiná dětská dezintegrační porucha – projevuje se trvalou ztrátou dříve získaných dovedností v průběhu několika měsíců, jedinec ztrácí zájem o okolí, má porušenou sociální interakci a komunikaci,

- hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby – jedinci mají těžkou mentální retardaci a mají problém s hyperaktivitou a poruchou pozornosti a stereotypním chováním, na medikaci nereagují dle očekávání (MKN-10 2023),
- Aspergerův syndrom – jedinci mívají celkově dobrý intelekt, ale mají potíže se sociálním porozuměním, emočním prožíváním a komunikací; mají problém s navazováním kontaktů, obtížně chápou mimoslovní komunikaci, mimiku a gesta, negativně reagují na změny; jedinci se zajímají o encyklopedické znalosti, dopravní prostředky, mapy a další nestandardní zájmy (Hublová 2011).

Etiologie

Přesné příčiny PAS nebyly dosud odhaleny a je velmi obtížné je odhalit, protože se jedná o onemocnění, které prostupuje celou osobností, je velice individuální a u každého jedince se může projevat odlišně a v jiné intenzitě.

Rizikové faktory můžeme dělit do dvou skupin – genetické vlivy a environmentální vlivy. Obě skupiny vlivů se vzájemně nevylučují, ale je velice pravděpodobné, že se vzájemně doplňují. Mezi genetické rizikové faktory můžeme zařadit např. věk rodičů (riziko vzniku genetických mutací vzniká především u staršího otce), výskyt prvků PAS u rodičů nebo v širší rodině.

Environmentální faktory můžeme dále dělit do tří skupin dle časového hlediska – prenatální, perinatální a postnatální. Mezi prenatální environmentální faktory můžeme řadit např. infekční onemocnění matky, stres, obezitu, nedostatek vitamínu D v průběhu těhotenství. V době perinatální se může jednat o předčasný porod, protahovaný porod, nízkou porodní hmotnost. Do postnatálních environmentálních faktorů můžeme řadit znečištěné ovzduší, vystavení se pesticidům nebo infekční onemocnění.

Většina faktorů má samostatně malý efekt na vznik PAS, avšak působí-li více vlivů najednou v určitých kombinacích, může to zvýšit pravděpodobnost vzniku PAS (Karunová, aj. 2021, s. 5–26).

Symptomy PAS

Symptomy PAS můžeme dělit na specifické a nespecifické. Nespecifické symptomy se mohou projevit i u jiných onemocnění, nejsou tedy typické pouze pro PAS. Specifické

symptomy jsou popisovány jako triáda problémových oblastí a to sociální interakce, představitivost a zájmy a komunikace (Karunová, aj. 2021, s. 26–27).

Sociální interakce

Poruchy sociální interakce se projevují u všech jedinců s PAS, ale liší se dle vážnosti postižení a různorodosti projevů. Do této skupiny můžeme řadit např. sníženou schopnost navazovat vztahy, nižší schopnost nápodoby, minimální schopnost sdílet své pocity, problémy v porozumění emocím druhých.

Představitivost a zájmy

Narušení představitivosti se projevuje v ulpívání na stereotypních činnostech, opakujících se způsobech chování. Stereotypnost se projevuje i v zájmech, kdy jedinci s PAS mají silné zaujetí v určité oblasti. Jedinci si také mohou vytvářet své vlastní rituály, které mohou narušovat chod rodiny.

Komunikace

Ve verbální složce komunikace se můžeme u jedinců s PAS setkat s agramatismy, problémy s používáním zájmen, vynechávání předložek a spojek apod. U jedinců s PAS, u kterých je řeč rozvinutá, se naopak vyskytuje např. doslovné chápání slyšeného, chybné vnímání a pochopení ironie, sarkasmu a vtipů. U neverbální složky komunikace je problém s používáním mimiky a gest. Např. problém s vyjádřením souhlasu/nesouhlasu pohybem hlavy, sporadicky užívají gesta jako tleskání nebo mávání. Pro jedince s PAS je typický neutrální výraz a omezení se na určitý počet výrazů základních emocí (Karunová, aj. 2021, s. 26–30).

2 Kazuistika

2.1 Anamnéza

2.1.1 Osobní anamnéza

Těhotenství probíhalo až do 7. měsíce bez problému, následně byla matka hospitalizována na jeden měsíc pro podezření na nízkou hmotnost plodu z důvodu špatné výživy placenty. Lékaři byla odhadována porodní hmotnost na cca 2,5 kg. Matka byla na začátku 9. měsíce propuštěna z nemocnice domů. Porod proběhl vyvoláním po termínu a narodil se jedinec (nyní 21 let) s porodní hmotností 3,1 kg a délkou 49 cm, Apgar skóre 9-10-10. Jedinec měl nápadně menší hlavu oproti zbytku těla a byla mu diagnostikována mikrocefalie. První přísátí po porodu proběhlo dobře a jedinec byl plně kojen až do 6. měsíce věku.

Ve 3 měsících se jedinci začaly oči stáčet k sobě (šilhal), dle pediatra to bylo v pořádku a časem se to zlepšilo. Při prohlídce ve 4 měsících věku pediatr odeslal dítě na oftalmologii, kde lékař konstatoval obrnu okohybných svalů a pro oboustranný strabismus byl odeslán v 5 měsících na operaci do Fakultní nemocnice v Motole. Poté začal nosit brýle, na jedno oko má 7 dioptrií, na druhé 9 dioptrií.

V 8 měsících seděl s nataženými nohama a horní částí těla na natažených nohou ležel, proto byl pediatrem odeslán na neurologické vyšetření, kde lékař konstatoval zpožděný vývoj. Začala být aplikována Vojtova metoda. V 1 roce jedinec nechodil, ani neležel, měl oslabené svalstvo a na neurologii byla poprvé vyslovena diagnóza DMO.

Od 2 let věku začal jedinec pravidelně jednou za půl roku jezdit do lázní, kde s fyzioterapeutem pokračoval ve cvičení Vojtovy metody a přidal také metodu Bobath. o půl roku později v lázních proběhlo první vyšetření psychologem, který matce oznámil, že jedinec je mentálně postižený, ale není prozatím schopen říct, jak vážné toto postižení je. Ve 3,5 letech proběhlo psychologem další vyšetření a tentokrát měl již podezření na střední mentální retardaci s prvky PAS.

Ve 3,5 letech byl jedinec odeslán na operaci páteře, mezi 4. a 5. bederním obratlem měl „půlobratel“ navíc a proto se u něj rozvíjela skolióza. Po operaci musel mít po dobu půl roku sádrový krunýř přes trup a jednu nohu.

Ve 4 letech měl jedinec velkou sílu a při cvičení podle Vojtovy metody se vzpíral a nechtěl spolupracovat, proto matka hledala alternativu a objevila metodu False Proprioceptive Information Therapy (léčba falešnou informací z hlubokého čítí) dle MUDr. Borise Živného v Neurocentru Jesenice. Matka s jedincem do Neurocentra dojížděla jednou za měsíc, tam jedinci lékař na těle označil body, které se následně velkou silou mačkaly a tím se stimulovaly receptory hlubokého čítí. Matka si myslí, že díky této metodě začal chlapec chodit.

Od 6 let věku jezdil jedinec do lázní už jen jednou ročně. Při návštěvě lázní byl opět vyšetřen psychologem a ten potvrdil svou předchozí domněnku a to že jedinec trpí střední mentální retardací s prvky PAS.

Další vývoj jedince probíhal v souladu s diagnózou DMO a střední mentální retardace s prvky PAS. V 16 a 18 letech byl jedinec postupně na operaci obou nohou, protože měl vpadlé kotníky. Po každé z operací musel mít na noze sádku po dobu 3 měsíců.

Chlapec má špatnou jemnou motoriku a z toho ústil také jediný vážnější úraz, který měl, a to pořezání ruky o rozbitý talíř. Jedinci spadl talíř a rozbil se, on začal sbírat střepy a právě kvůli špatné jemné motorice svíral střepy v ruce silně a pořezal si 2. a 4. prst pravé ruky (je pravák) tak moc, že mu šlacha z jednoho prstu ustřelila až do předloktí, z tohoto důvodu operace trvala poměrně dlouho a lékař musel šlachu k prstu znovu natáhnout. Od té doby jedinec nedokáže oba prsty plně natáhnout.

Jedinec má kromě jemné motoriky horší také hrubou motoriku. Chodí pomalu a nejistě a o tzv. široké bázi. Při pohybu potřebuje možnost se někoho chytit, jediné místo, kde tuto oporu nepotřebuje neustále, je doma a dokáže se tam pohybovat celkem samostatně.

Vývoj řeči probíhal u jedince normálně až do okamžiku prvních slov, kdy mu bylo špatně rozumět. Byl odeslán na logopedii, kterou poté pravidelně navštěvoval, a byla mu diagnostikována patlavost. Jedinec nyní mluví výrazně a nahlas, ale sluch má dobrý. Jedinec má extrémně velkou slovní zásobu, která souvisí s jeho zálibami popsanými níže. Má také výbornou paměť – stačí mu slyšet nahrávku 1x – 2x a zapamatuje si ji.

Rád poslouchá hudbu, především dětské písničky, rád také poslouchá namluvené pohádky a sleduje pohádky v televizi. Rád se houpe na houpačce, na pouťových houpačkách lodičkách dokázal strávit hodiny. Rád se také točí na otočné židli tak moc, že už má doma u psacího

stolu několikátou. Rád vaří a peče, pomáhá připravovat suroviny, recepty si pamatuje z paměti. Rád chodí na procházky, ale vyžaduje stejné trasy, a má velice rád rodinná setkání.

Chlapec nemá problém navázat kontakt s kýmkoli. Kolikrát osloví kolemjdoucí nebo prodavačky, protože mu někoho připomínají. Matka uvádí, že při kontaktu raději začne mluvit sám, o čem chce, než aby se ho dotýčný na něco zeptal. Vadí mu silný mužský hlas a celkově zvýšený hlas. Jedinec má zvýšený sexuální pud, ale dokáže si zatím poradit sám, a proto nebere žádnou medikaci.

Jedinec spolupracuje dobře ve chvíli, kdy ho dané téma zajímá a kdy se mu chce. V případě, že se mu nechce spolupracovat, tak nepracuje. Pokud nedostává pozornost, kterou požaduje, tak se začne chovat nepříčetně – křičí nebo chytne druhého velkou silou, těžce se uklidňuje.

Před 18. narozeninami jedince podala matka žádost o omezení na svéprávnosti. Soud této žádosti na základě posudku od soudního znalce vyhověl a matka byla stanovena jako opatrovník.

2.1.2 Rodinná anamnéza

Jedinec žije s matkou samoživitelkou a dvěma sourozenci v menším městě. Matka (46 let) je učitelka na základní škole s vysokoškolským vzděláním, otec (48 let) je dělník ve výrobě světel se středoškolským vzděláním. Rodiče se rozvedli, když bylo chlapci 2,5 roku. Otec byl k matce hrubý a často zvyšoval hlas, proto tyto projevy nemá jedinec rád a celkově má určitý odstup k mužům, než je lépe pozná. Po rozvodu si matka našla nového partnera, se kterým má další dvě děti – dceru (17 let) a syna (15 let). Biologický otec si jedince bral jedenkrát za 14 dní na víkend, s péčí o něj pomáhala jedincova babička. Po operaci páteře ve 3,5 letech veškerý styk s otcem ustal. Jedinec se vidá nadále s babičkou, u které po vzájemné domluvě tráví víkendy. Zda má jedinec nějaké sourozence z otcovy strany, se autorka nedozvěděla.

Jedinec se rád a téměř na denní bázi vidá s rodinou z matčiny strany – babička (66 let), teta (dvojče matky, 46 let), strýc (49 let), bratranec (22 let), sestřenice (17 let), teta (39 let), strýc (56 let), sestřenice (adoptovaná, 5 let). V rodině nikdo další, kromě jedince, žádným onemocněním netrpí.

Když matka čekala dceru, nechala si udělat genetické testy, kde veškeré výsledky byly v naprostém pořádku. Lékař matce řekl, že jako pravděpodobný důvod zdravotních problémů jedince vidí virózu, chřipku nebo podobné onemocnění v prvních trimestru těhotenství.

2.1.3 Školní anamnéza

Jedinec od 5 let navštěvoval speciální třídu v mateřské škole v sousedním okresním městě. Docházel pětkrát týdně na 4 hodiny. Učitelky i pobývání v kolektivu dětí miloval.

Jedinec měl dvakrát odklad povinné školní docházky, jedenkrát z běžné základní školy a podruhé matka žádala o odklad v základní škole speciální ze zdravotních důvodů. Do této školy potom také jedinec v 8 letech nastoupil do prvního ročníku.

V prvním ročníku se vzdělával podle RVP pro základní školu s upravenými výstupy a svou třídní učitelku si oblíbil. Od druhého ročníku se vzdělával podle RVP pro základní školu speciální 1. díl a v této třídě měl třídního učitele. Protože má jedinec jistý odstup k mužům, tak si s třídním učitelem k sobě museli najít cestu a učitele dokonce i pokoušel. Časem si ale vše sedlo a po zbytek základní školy s učitelem vycházel dobře.

Dále jedinec navštěvoval praktickou školu jednoletou, kde měl docházku rozloženou do dvou let. V současné době navštěvuje praktickou školu dvouletou, kde má docházku rozloženou do čtyř let.

Jedinec se ve škole naučil psát tiskacím písmem a číst. Velice dobře ovládá počítač a dokáže si na internetu najít, co potřebuje. Ve škole nemá problém se zapojením do kolektivu, ve třídě má jednoho blízkého kamaráda, který dříve u jedince i přespával. Jedinec má dobré studijní výsledky. Do školy si připravuje učební pomůcky sám, avšak na konci týdne si na žádost matky tašku celou vybalí a společně projdou vše, co v ní má. Za školní týden si v tašce dokáže nastřádat spoustu předmětů nijak nesouvisejících se školou. Ve škole si taktéž věci na lavici připravuje sám. Nejprve si z tašky vyndá stojánek na knihy, do kterého si dá fotku někoho, koho má rád – střídá členy rodiny, učitelky z mateřské školy, „tety“ z lázní, apod. Dále si vyndá sluchátka, které k výuce nepotřebuje, ale na lavici je chce mít položené, a nakonec penál.

2.2 Anamnestické šetření

Cílem závěrečné práce je zjistit, jak jedinec s vícenásobným postižením vnímá rodinné vztahy. Pro dosažení cíle si autorka zvolila jako diagnostické metody rozhovor a kresbu rodiny.

2.2.1 Rozhovor

Rozhovor je nejčastěji využívanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Tato metoda spočívá ve shromažďování dat přímou slovní komunikací mezi badatelem a účastníkem šetření. Umožňuje navázání vztahu s účastníkem výzkumu a zachycení výpovědi v její přirozené podobě (Švaříček, aj. 2007, s. 159–160).

Rozhovor proběhl v přirozeném prostředí jedince s vícenásobným postižením, a to na zahradě u chlapcovy babičky. Toto místo navrhla jeho matka, protože tam přes léto, kdy rozhovor probíhal, tráví hodně času a cítí se tam dobře.

Chlapec byl v den rozhovoru dobře naladěný. Ten den si připravil pro sebe důležité věci, jako např. videoklip Michala Tučného, videonahrávku seskoku padákem jedné z rodinných kamarádek, které chtěl autorce před začátkem rozhovoru ukázat. Protože mu toto bylo umožněno, byla jeho nálada dobrá a během rozhovoru spolupracoval.

Z přepisu rozhovoru v Příloze 1 je zřejmé, že jedinec se v rodinných vztazích vyzná velice dobře. Uvědomuje si, že má dva rodiče, sourozence, prarodiče a další příbuzné. Dokáže pojmenovat, jaké rodinné vztahy jsou mezi jednotlivými členy rodiny. Z toho se dá usuzovat, že rodinné vztahy vnímá dobře. O všech členech rodiny, kromě otce, mluvil s nadšením a úsměvem na tváři. Vyprávěl, co všechno s nimi podniká, a bylo poznat, že je má rád. O otci mluvit nechtěl. Při zmínce o něm bylo vidět, že se stahuje do sebe a hrozí, že rozhovor předčasně ukončí.

2.2.2 Kresba rodiny

Metoda kresby rodiny je v praxi velmi oblíbená. Využívá se především u dětí ve věku od 6 do 12 let, výjimečně i mimo toto věkové rozmezí. Dítě dostane papír formátu A4, obyčejnou tužku a zadání: „Nakresli obrázek, který by vyjadřoval život celé vaší rodiny“.

Po dokončení kresby je důležité se dítěte zeptat, kdo je na obrázku, příp. co dělá, pokud to není jasné (Říčan, aj. 2006, s. 444).

Dítě nakreslí rodinu ze svého subjektivního pohledu – tedy tak, jak ji vnímá a prožívá. Důležité je také vnímání vlastní pozice. Z velikosti, vzájemného postavení a umístění jednotlivých postav na obrázku je možné usuzovat vztahy v rodině (Skutil, aj. 2011, s. 107).

Při náhodném rozhovoru s třídní učitelkou se autorka dozvěděla, že jedinec ve škole odmítá kreslit. Proto si autorka pro jistotu před plánovanou návštěvou chlapce připravila kreslené postavičky, které mohou reprezentovat jednotlivé členy rodiny.

V den návštěvy jedince kvůli kresbě rodiny se potvrdilo tvrzení učitelky a chlapec rázně kreslení odmítl. Autorka tedy rozložila na stůl připravené kartičky s postavičkami a požádala chlapce, aby z nich poskládal svou rodinu. Jedinec si pečlivě vybíral postavy, které budou reprezentovat jeho rodinu. Začal matkou a sourozenci, dále pokračoval oběma tetami s jejich partnery a dětmi. Jako předposlední na stůl položil dvě postavy, které znázorňovaly jeho babičky. Úplně nakonec a po upozornění ze strany matky, že mu jedna postava chybí, na stůl položil i postavu muže, který měl reprezentovat jeho otce. O všech členech rodiny se znovu rozprávěl a vyprávěl, co s nimi rád dělá. V případě otce pouze položil kartičku na stůl a dál se o ni nezajímal, ani o ní nemluvil. Fotografie postav poskládaných chlapcem je v Příloze 2.

Chlapec zde znovu ukázal, že vnímání rodinných vztahů mu nedělá problémy. Z vyprávění o svých tetách a babičkách, s kterými tráví hodně času, je patrné, že je má velice rád a váží si jich. To, že má blíže k ženským členům rodiny, je způsobeno tím, že v dětství byl jeho otec hrubý k matce. Avšak i s mužskými členy rodiny kromě otce tráví čas rád a má je v oblibě. Celkově se rád setkává se svou rodinou a s každým jejím členem má oblíbené činnosti, které spolu provozují. Zpravidla se jedná o stejné opakující se činnosti s jednotlivými členy rodiny, což odpovídá tomu, že chlapec trpí prvky PAS.

3 Navrhovaná doporučení

Jedinec se v tématu rodiny orientuje velice dobře. Vyzná se v rodinných vztazích a je si vědom toho, že každý má matku a otce a dokáže říct, jaké další členy rodiny může člověk mít. Toto potvrzuje i chlapcova třídní učitelka.

Jedinec ve své rodině vnímá vztahy velice dobře. Je schopný popsat, kdo je čí sourozenec, ke které tetě patří který strýc, jak se jmenují jejich děti, apod. V okamžiku, kdy se kdokoli zmíní o jeho otci, začne se jedinec chovat zdrženlivě. Stáhne se do sebe a přestává komunikovat.

3.1 Navrhovaná doporučení vzhledem k rodině

Chlapec se svou rodinou tráví veškerý mimoškolní čas. Je s nimi velice rád, rád s nimi provozuje různé aktivity a má k nim silnou citovou vazbu. O kladné citové vazbě se nedá mluvit v případě jeho otce.

Rodině by autorka doporučila, aby se s chlapcem na téma otce snažila rodina navazovat rozhovor. Z počátku se pokusit vést rozhovor pouze zřídka a více obecně. Postupně zvyšovat intenzitu a hovořit přímo o chlapcově otci. Vhodné by také bylo, aby rozhovor s chlapcem vedli různí členové rodiny – např. babička, sestřenice nebo strýc.

Vzhledem k tomu, že jedinec vykazuje znaky PAS, poradila by autorka rodině, aby si navzájem veřejně vyjadřovali city. Chlapec by viděl, že vyjadřování citů a náklonnosti je naprosto běžné. A ačkoli jedinci s PAS mají v emocionální úrovni nedostatky, mohl by toto brát jako běžnou součást života a třeba časem alespoň malou část tohoto chování přijmout za vlastní.

3.2 Navrhovaná doporučení vzhledem ke škole

Dle rozhovoru s třídní učitelkou chlapce ve škole rodinné vztahy rozebírají. Chlapec nemá problém o své rodině mluvit a uvádět rodinné vazby. Ale stejně tak jako v domácím prostředí má problém s rozhovory týkajícími se jeho otce.

Třídní učitelce by autorka poradila, aby zařadila do výuky častěji rozhovory na téma rodina, především rozhovory týkající se rodičů. Dále by bylo dobré podněcovat ostatní žáky,

aby mluvili o vztahu se svým otcem a matkou. Chlapec by viděl, že i mimo rodinné prostředí lidé mluví o svých rodičích a berou toto téma jako naprosto běžné.

A stejně tak by bylo vhodné ve škole mluvit o emocích a pocitech, aby jedinec s PAS viděl i mimo rodinu, že je toto ve společnosti obvyklé. Že spolužáci a učitelé umí vyjádřit své emoce a pocity a mluvit o nich.

Závěr

Cílem závěrečné práce bylo zjistit, jak jedinec s vícenásobným postižením vnímá rodinné vztahy. Jedinec popsáný v této závěrečné práci trpí dětskou mozkovou obrnou, střední mentální retardací a prvky poruchy autistického spektra.

Cíle závěrečné práce bylo dosaženo teoretickým popsáním dané problematiky a kazuistickou částí, ve které se nachází anamnéza vybraného jedince a anamnestické šetření. Anamnéza jedince sestává z anamnézy osobní, rodinné a školní. V anamnestickém šetření byly použity diagnostické metody rozhovor a kresba rodiny. Informace potřebné pro anamnézu byly zjištěny rozhovorem s matkou jedince. Rozhovor a kresba rodiny byly provedeny na zahradě jedincovy babičky, kde chlapec tráví hodně času a cítí se zde dobře. K naplnění cíle závěrečné práce pomohlo také to, že v den rozhovoru a kresby rodiny měl chlapec dobrou náladu a snahu spolupracovat.

Z rozboru rodinné anamnézy je patrné, že chlapec žije v milující rodině, kde je velice dobře přijat svými blízkými. Velkou oporu a lásku nachází i u širší rodiny, tj. tet, strýců, babiček, bratrance a sestřenic. Z rozhovoru s jedincem je patrné, že lásku opětuje, protože o všech členech rodiny s výjimkou otce mluví s nadšením a zápalem. Vztah s biologickým otcem je přesným opakem popsáných vztahů v rodině. O otci nechce mluvit, při jakékoli narážce na otce se uzavírá do sebe a přestává komunikovat.

Milující a chápavé prostředí našel i ve škole, kterou navštěvuje. V současné době studuje praktickou školu dvouletou. Ve třídě si mezi spolužáky našel nejlepšího kamaráda, s kterým se navštěvuje i mimo vyučování.

Z rozhovoru bylo patrné, že jedinec rodinné vztahy vnímá velice dobře. Dokáže je popsat, jak po teoretické stránce, ale také umí dobře popsat rodinné vztahy přímo v jeho rodině. Jediným úskalím, jak již bylo napsáno výše, je vztah s jeho otcem. Ví, že otce má, ale od chlapcových 2,5 let věku se s ním nestýká. V navrhovaných doporučeních proto autorka navrhuje vést s jedincem rozhovory na téma otce častěji. Ať už v obecné rovině nebo přímo o jedincově otci, a to jak v domácím prostředí, tak ve škole.

Použité informační zdroje

BENDOVIÁ, P., ZIKL, P., 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole* [e-kniha]. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7701-6.

ČERNÁ, M., aj., 2015. *Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením* [e-kniha]. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3083-0.

HUBLOVÁ, P., 2011. Autismus: Poruchy autistického spektra. In: *Metodický portál RVP.CZ* [online]. Aktualizováno: 20. 10. 2011 [vid. 8. 7. 2023]. ISSN 1802-4785. Dostupné z: https://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD_lexikon/A/Autismus:_Poruchy_autistik%C3%A9ho_spektra#Popis_jednotliv.c3.bdch_diagn.c3.b3z_z_okruhu_poruch_autistik.c3.a9ho_spektra

JIRÁKOVÁ, P., 2014. Dětská mozková obrna. In: *Alfabet* [online]. 8. 2. 2014 [vid. 7. 6. 2023]. ISSN 2336-7555. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/vyvojova-vada-u-ditete/typy-zdravotniho-postizeni/detska-mozkova-obrna/>

KARUNOVÁ, H., aj., 2021. *Komunikační mosty v podpoře rozvoje osob s poruchami autistického spektra a jiných skupin jedinců s postižením* [e-kniha]. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5879-3.

KRAUS, J., aj., 2005. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1018-8.

MKN-10, 2023. Pervazivní vývojové poruchy. In: *MKN-10* [online]. [vid. 8. 7. 2023]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F84>

NOVOSAD, L., 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.

ŘÍČAN, P., aj., 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1049-5.

SKUTIL, M., aj., 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-778-7.

SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika* [e-kniha]. 2. aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9425-4.

ŠVAŘÍČEK, R., aj., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

VALENTA, M., aj., 2018. *Mentální postižení* [e-kniha]. 2. přeprac. a aktual. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3050-9.

ZIKL, P., 2011. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3856-7.

ZIKL, P., 2021. *Motorika dětí s lehkým mentálním postižením* [e-kniha]. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-5066-1.

Seznam příloh

Příloha 1: Rozhovor

Příloha 2: Kresba rodiny

Příloha 1: Rozhovor

Autorka: Dokážeš říct, kdo všechno patří do tvé rodiny?

Chlapec: *mlčí*

Autorka: Kdo všechno s tebou bydlí doma?

Chlapec: Maminka.

Autorka: Ještě někdo další s tebou bydlí doma?

Chlapec: Luky a Nelinka, no.

Autorka: Každé dítě má mámu a tátu. Máš taky tátu?

Chlapec: Jo.

Autorka: Vídáš tátu často?

Chlapec: *mlčí, začíná uhýbat pohledem a otáčet se směrem pryč od autorky*

Autorka: Patří ještě někdo další do tvé rodiny?

Chlapec: Teta Hanička, no. A strejda Martin, no.

Autorka: A mají tetu Hanička a strejda Martin děti?

Chlapec: Kubík a Baru.

Chlapec: S tetou Haničkou a strejdou Martinem bydlí ještě babička Dád'a, noo. S babičkou Dád'ou pečou.

Autorka: A pečeš ještě s někým dalším?

Chlapec: S tetou Vlad'kou, no. A maminka hlídá Elinu, aby se nepletla.

Autorka: Kdo je Elina?

Chlapec: Dcera tety Vlad'ky.

Autorka: Patří k tetě Vlad'ce nějaký strejda.

Chlapec: Petr.

Autorka: Co děláš s tetou Haničkou?

Chlapec: Češu. Dal jsem jí hřeben k narozeninám a učesal jí.

Autorka: S tetou Vlad'kou jenom pečeš nebo děláte ještě něco dalšího?

Chlapec: Peču, no. Jezdíme na výlety, taky no.

Autorka: S babičkou Dád'ou děláte kromě pečení ještě něco dalšího?

Chlapec: Pohádky. Babička povídá. Hrnečku vař. Tady mám knížku, jsou tam pěkný obrázky, no. Na straně 88 je Hrnečku vař. Taky Perníkovou chaloupku.

Autorka: A máš jen babičku Dád'u nebo i další babičku?

Chlapec: Babičku Marušku.

Autorka: Co děláš s babičkou Maruškou?

Chlapec: Peču, no. Babička čte pohádky. Koukáme na filmy.

Autorka: Na jaké filmy spolu koukáte?

Chlapec: Na Rebely.

Příloha 2: Kresba rodiny

