



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra psychologie a speciální pedagogiky

Bakalářská práce

Sexuální výchova dětí s PAS staršího školního věku

Vypracovala: Renata Blažková

Vedoucí práce: Mgr. Věra Koppová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Sexualita a sexuální potřeby jsou velmi důležitou součástí každého lidského života. Pro správný rozvoj těchto potřeb je nutné vhodné ošetření citlivých aspektů sexuální povahy – ideálně správně vedenou sexuální výchovou. Pro mnohé z rodičů je problémem toto téma svým dětem podat adekvátně, ve správný čas a vhodnou formou. Pro rodiče dětí s poruchou autistického spektra je tento problém ještě mnohem složitější. Jejich děti mají velmi specifické postižení, které jim znemožňuje správně analyzovat běžné životní situace, odhalovat komplexnost lidských vztahů a stávat se jejich součástí. Kvůli tomu se rodiče těchto dětí dostávají v období puberty do situací, se kterými si neví rady.

Práce Sexuální výchova dětí s poruchou autistického spektra staršího školního věku si vybírá za cílovou skupinu děti s touto diagnózou v období puberty a snaží se analyzovat jejich problémy (i problémy rodičů) v tomto vývojovém období. Cílem práce je zjistit, jaké hlavní problémy v oblasti sexuality mají děti s poruchou autistického spektra a jaká je informovanost rodičů ohledně této problematiky. Dílčím cílem je poté porovnání mezi sexuální výchovou v rodině a ve školském zařízení.

Teoretická část shrnuje poznatky současné literatury o tomto tématu. V první kapitole se věnuje staršímu školnímu věku – obzvláště vývojovým specifikům dětí v období puberty. Druhá kapitola shrnuje poznatky o poruchách autistického spektra – definování problémových oblastí těchto jedinců, rozdělení druhů tohoto postižení, jeho etiologii a základní vzdělávací přístupy. Poslední kapitola se zabývá tématem sexuality a jeho stručným vývojem; dále se věnuje sexuální výchově a jejím specifikům v práci s jedinci s poruchou autistického spektra v období puberty.

Empirická část vychází z výzkumu prováděného za pomoci polostrukturovaných rozhovorů vycházejících ze zásad kvalitativního přístupu. Osnovou rozhovorů bylo 7 okruhů témat – Puberta; Soukromé x veřejné; Problémové chování; Masturbace, poluce, menstruace; Vztahy; Sexuální výchova ve škole; Informovanost. S takto sestavenými dotazníky byly prováděny rozhovory se sedmi rodiči dětí s poruchou autistického spektra staršího školního věku. Děti dvou respondentů měly vysokofunkční typ poruchy

autistického spektra Aspergerův syndrom, děti zbylých respondentů měly nízkofunkční typ této poruchy – vždy v kombinaci s mentální retardací. V kapitole Výsledky interpretuji získané informace, které stavím do kontrastu mezi dětmi s intelektem ve variační šíři normálu a mezi dětmi s mentální retardací. Kapitola Diskuze shrnuje a porovnává zjištěné poznatky.

Abstract

Sexuality and sexual needs are very important part of life of every human. There is necessary to treat every sensitive aspects of sexual disposition for suitable development of these needs – the best way is sex education in the correct form. For many parents, there is a big problem to explain this topic to their children at the right time, by the correct form and appropriately at all. This problem is so much complicated for parents of children with Autism spectrum disorder. Their children have a specific disability which make them impossible to analyse common life situation correctly, make them impossible to reveal the complex of human relationships and they can't became a part of it. Discussing all of these facts, parents of these children comes into the desperate situation in puberty period and they don't know what they should do.

The thesis Sex education of children with Autism spectrum disorder in the older school age choose like a target group the children with this diagnosis in puberty period and it tries to analyse children's problems (even their parent's problems) in this developmental period. The aim of the thesis is finding out the problems of these children in the sexual area and finding out about awareness of their parents in this area. Another aim is comparing sex education in the family and sex education in the educational institution.

The theoretical part summarizes knowledge of actual literature about this topic. In the first chapter, the thesis dedicates the older school age topic – developmental specifics for children in this period especially. The second chapter dedicates knowledge about Autism spectrum disorder – definition of problem area of these individuals, dividing of different kinds of this disability, its etiology and basic educational systems. The last chapter deal with the topic of sexuality and its brief development; it pursue also sex education and its specifics in the work with individuals with Autism spectrum disorder in the puberty period.

The empirical part is based on research leading by semi-structured interview which are based on qualitative approach. The outline of these interview is 7 range of topics: Puberty; Private x public; Problem behaviour; Masturbation, pollutions, menstruation; Relationships; Sex educatoin in the school; Awareness. I drow up the

questionnaire and made interviews with seven parents of children with Autism spectrum disorder in the older school age. Children of two respondents have diagnosis Asperger's Syndrom, the rest of the children have autism with mental retardation in combination. In the chapter Results, I interpret acquired information which are compared between the children with intellect in variation of normal and with children with mental retardation. Chapter Discussion I summarize and compare knowledge.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 8. 2014

.....

Renata Blažková

Poděkování

Děkuji vedoucí své bakalářské práce Mgr. Věře Koppové za pomoc a rady při tvorbě mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat rodičům dětí s poruchou autistického spektra, díky kterým vznikla výzkumná část práce.

Obsah

1. Starší školní věk	11
1.1 Definice	11
1.2 Hlavní znaky a projevy puberty	11
2. Poruchy autistického spektra	14
2.1 Definice	14
2.2 Oblast komunikace	14
2.3 Oblast sociální interakce	15
2.4 Oblast představitosti	17
2.5 Specifické variabilní rysy	19
2.6 Přidružená postižení	20
2.7 Etiologie poruch autistického spektra	21
2.8 Spektrum autistických poruch	22
2.9 Výchovně vzdělávací přístup	24
3. Sexuální výchova	25
3.1 Stručný vývoj přístupů k sexualitě	25
3.2 Dnešní pohled na lidskou sexualitu	26
3.3 Sexuální výchova	27
3.4 Sexualita dětí staršího školního věku	28
3.5 Sexuální výchova dětí staršího školního věku s poruchou autistického spektra	30
4. Metodika výzkumné práce	34
4.1 Cíl výzkumné práce	34
4.2 Metodika výběru respondentů	34
4.3 Metodika výzkumu	34
4.4 Etické zásady výzkumu	35
4.5 Realizace výzkumu	36
4.6 Charakteristika dětí respondentů	37
5. Výsledky výzkumné práce	40
5.1 Puberta	40
5.2 Soukromé x veřejné	41
5.3 Problémové chování	44
5.4 Masturbace, poluce, menstruace	45
5.5 Vztahy	47
5.6 Sexuální výchov ve škole	49
5.7 Informovanost	50
6. Diskuze	53
7. Závěr	58
Seznam použitých zdrojů	59

Úvod

Poruchy autistického spektra jsou fenoménem, o kterém většina naší společnosti nemá příliš reálné představy. Jedinci s touto poruchou bývají často idealizováni, ignorováni nebo izolováni – možná proto, že i přes pokroky v moderní medicíně a speciální péči pro lidi s postižením je kolem poruch autistického spektra příliš mnoho neznámých. Je proto důležité šířit osvětu ohledně tohoto postižení, které komplikuje život mnoha rodinám i jejich rodinným příslušníkům; více informovaná společnost může přinést více úlevy a pochopení lidem, kteří se každodenně snaží s následky těchto poruch bojovat.

Poruchy autistického spektra jsou záludné především proto, že jejich vznik, průběh i prognóza jsou velmi těžko předvídatelné. To komplikuje situaci téměř ve všech aspektech lidského života. Sexuální výchova – obzvláště u lidí s postižením – byla vždy velmi ožehavým tématem a stále zde není překonáno kulturní tabu. I přes rozvoj cílené intervence v oblasti sexuální výchovy u lidí s postižením je tato problematika jedinců s poruchou autistického spektra stále ještě v zárodku. Nenalezneme mnoho materiálů, příruček či metodik vypracovaných pro tuto cílovou skupinu ohledně oblasti sexuální výchovy či sexuální problematiky obecně.

I z těchto důvodů se tato bakalářská práce zabývá sexuální výchovou dětí staršího školního věku s poruchou autistického spektra. Práce se snaží zjistit základní informace o této problematice. Hlavním cílem práce je zjistit, jaké jsou problémy dětí s poruchou autistického spektra staršího školního věku v oblasti sexuality a jaká je informovanost rodičů ohledně tohoto tématu. Dílčím cílem je porovnání sexuální výchovy dětí s poruchou autistického spektra staršího školního věku v rodinném prostředí a ve školských zařízeních.

Teoretická část práce je rozčleněna do tří hlavních kapitol. První kapitola se věnuje definování cílové skupiny z hlediska specifík staršího školního věku. Druhá kapitola se věnuje shrnutí soudobých poznatků ohledně poruch autistického spektra. Poslední kapitola je věnována sexualitě se zacílením na poruchy autistického spektra a starší školní věk.

Empirická část obsahuje metodiku, dle níž jsem postupovala při provedení výzkumu; dále pokračuje interpretací výsledků výzkumné práce, které jsem získala pomocí polostrukturovaných rozhovorů za použití kvalitativního přístupu. Rozhovory byly prováděny s matkami dětí staršího školního věku s poruchou autistického spektra.

Celá práce je ukončena závěrem, který v krátkosti shrnuje výsledky výzkumné práce.

1. Starší školní věk

1.1 Definice

Starší školní věk neboli raná adolescence (Vágnerová, 2005) je období, které je vymezováno přibližně 11. – 15. rokem (vývoj každého dítěte je v tomto věku velmi individuální, proto nelze stanovit přesný začátek či konec rané adolescence).

Langmeier (1998) toto období rozděluje na dvě fáze – období prepuberty (11 – 13 let), kdy se ozývají první známky pohlavního dospívání jak u dívek, tak u chlapců, a období vlastní puberty (13 – 15 let), které přetrvává do dosažení vlastních reprodukčních schopností.

Tomuto období se mezi lidmi běžně říká puberta a kvůli jeho náročnosti na zvládnutí jak ze strany pubescenta, tak ze strany jeho rodičů, je opředeno mnoha očekáváními či předsudky vůči pubescentovi. Proto je vhodné vymezit hlavní znaky a projevy puberty na rovině somatické, kognitivní i emoční.

1.2 Hlavní znaky a projevy puberty

Jedním z nejnápadnějších projevů puberty, který je možné okamžitě zaznamenat i prostorovým pozorováním, jsou somatické změny. Dospívající jedinec se mění z nezralého dítěte na dospělého člověka schopného reprodukce. Dylevský (2000) uvádí základní somatické proměny, které u chlapců zahrnují náhlý tělesný růst a změnu proporcionality postavy – zvětšení ramen, rozvoj svalů; dále je charakteristický růst terciálního ochlupení (v oblasti podpaží a pubické oblasti) a díky zvýšené hladině testosteronu růst vnitřních i vnějších pohlavních orgánů. U dívek se tyto změny týkají také změny postavy – ukládání tuku na bocích, hýždích a na prsou, dále růstu pohlavních orgánů a terciálního ochlupení obdobně jako u chlapců. Důležitým

mezníkem v životě dívek je první menstruace, která symbolizuje dívčinu plodnost. Menstruace je na začátku ve většině případů nepravidelná, ustaluje se zhruba 1 – 2 roky po menarché.

Pubescent si změny svého zevnějšku všímá a začíná ji vnímat jako součást své identity – s tím souvisí úprava a kontrola zevnějšku, vyznávání specifických hodnot nebo životního stylu... Zevnějšek se ale stejně tak může stát pro pubescenta zdrojem frustrace a nízkého sebevědomí, pokud se nevyvíjí podle „obecně uznávaného ideálu krásy“, a tím může ovlivňovat sociální status, sebevědomí či sebehodnocení mladého člověka (Vágnerová, 2005).

Další výraznou změnou je emoční vývoj jedince. Toto období je typické introvertním jednáním a nepřiměřenými emočními reakcemi. V pubescentovi se mísí aktivita s apatií, nedostatek sebeovládání a nemožnost či neochota projevit své city navenek. To vše se projeví značnou přecitlivělostí, nejistotou, vztahovačností a emoční labilitou. Problémovým následkem tohoto vnitřního boje bývají špatné vztahy s rodiči a s autoritami obecně – pubescent není schopen ovládat své vnitřní emoční výkyvy, proto se často stává pro dospělé nesnesitelným. Proto je nutné věřit, že základní stavební kameny výchovy byly položeny již v předchozích letech života dítěte, a po „přetrpění“ tohoto náročného období bude z dítěte již více méně autonomní, emočně stabilní a sebevědomý jedinec (Vágnerová, 2005).

Významným vývojem prochází dle Vágnerové (2005) i kognitivní složka osobnosti. Dítěti se v tomto věku rozvíjí abstraktní myšlení, díky kterému dokáže operovat se svými úvahami i mimo konkrétní realitu (ovšem s problémem diferenciací mezi skutečným a možným, což se může stát zdrojem vnitřního rozporu). S rozvojem myšlení přichází i změna pojetí času – pro pubescenta je možné začít uvažovat o budoucnosti jako o něčem, na čem může participovat a co může ovlivnit. Další složkou kognice, která se vyvíjí, je paměť – dospívající si je schopen efektivně zvolit strategii, která mu pomůže si osvojit poznatky v kratším časovém intervalu než doposud.

Dle Říčana (2004) je dalším charakteristickým znakem puberty odpoutání od rodičů a hledání útočiště ve vrstevnické skupině. S tím souvisí odpor k autoritám – ať v rámci rodiny nebo v rámci školy – a ten je v mnoha případech hojně podporován vrstevníky, kteří v podstatě určují život pubescenta. Skupina přátel se dostává na první místo před rodinu, začíná určovat hodnotový systém dítěte a odmítnutí skupinou znamená pro pubescenta společenskou izolaci. Tato vzpoura je ovšem jen přirozeným vývojem dítěte, které ve svém novém životě hledá své vlastní místo.

2. Poruchy autistického spektra

2.1 Definice

Poruchy autistického spektra jsou postižení, která není snadné definovat, protože mají mnoho rozličných podob a jejich projevy jsou velmi individuální a specifické pro každého konkrétního člověka. Obecně jsou tyto poruchy pokládány za „*neurovývojové poruchy s neurobiologickým základem*“ (Hrdlička, 2004, s. 14) či jako „*konečné symptomatické vyjádření mozkové dysfunkce, které mohou vyvolat různé příčiny*“ (Gillberg, Peeters, 2003, s. 35), které způsobují postižení ve třech hlavních oblastech tzv. triády – tzn. oblast komunikace, sociální interakce a představivosti. „*Autismus brání postiženým adaptovat se na prostředí, ve kterém žijí. Život je pro ně chaos bez pravidel, a tak si sami vytvářejí pravidla, jejichž logice rozumí jen oni.*“ (Mühlpachr, 2004, s. 343).

2.2 Oblast komunikace

První problémy v oblasti komunikace se u těžších forem PAS mohou objevit již v prvním roce věku. Dítě nemusí projít standardním vývojem řeči jako děti intaktní – vývoj řeči je opožděn téměř vždy, u několika případů se řeč nerozvine vůbec. Již od prvních let života dítě nekomunikuje adekvátně – pro intaktní děti v prvním roce je typické tzv. žvatlání, které se posléze rozvine do slov a vět. Děti s poruchou autistického spektra buď toto stádium nemají, a pokud ano, je téměř vždy nějakým způsobem atypické – může být monotónní nebo používáno neúčelně... Přesto obvykle rodiče v tomto období ještě nepozorují, že by se u jejich dítěte vyvíjel nějaký neobvyklý problém.

V dalších letech života začíná být ale porucha více očividná – dítě si jednotlivá slova neosvojuje vůbec, a pokud ano, po čase je velmi rychle přestane používat, protože není schopno pochopit význam použití jazyka pro komunikaci. Pouze polovina dětí si je schopna osvojit jazyk, který lze efektivně používat ke komunikaci. Pokud se u dětí s poruchou autistického spektra rozvine řeč, často bývá neobvyklá, může být monotónní, „robotická“... Velmi často je spojena s echolálií, kdy dítě pouze opakuje již slyšené – tyto převzaté věty ovšem dosazuje do špatných kontextů, proto je řeč velmi často nelogická či nesrozumitelná. Rodiče dětí, které mají v tomto období podezření na poruchu autistického spektra, často uvádějí, že měli dojem, že jejich dítě je neslyšící (když dítě nereagovalo na své jméno, na zesílení televize...) To vše svědčí o tom, že dítě nerozumí významu používání řeči jako komunikačního nástroje – nechápe, proč by mělo používat jazyk k výměně informací, sdílení zážitků, názorů... Žádný z těchto stavů však není neměnný a může se v průběhu let měnit – dítě se může zbavit echolálie a začít komunikovat efektivně, nebo se naopak jeho schopnost řeči zhorší a může přestat komunikovat úplně. Všechny tyto změny jsou velmi individuální u každého jedince a podílí se na nich mnoho faktorů jako puberta, změny medikace, sociální vztahy v rodině... (Gillberg, Peeters, 2003).

Výjimku z tohoto výčtu tvoří jedinci s diagnózou Aspergerův syndrom. U nich probíhá vývoj řeči v normě; stejně tak v dalších věkových obdobích je řeč rozvinuta, často až nadprůměrně. Jejich jazyk slouží ke komunikaci, ovšem řeč je nepřirozená, strohá a často se baví jen o svém omezeném okruhu zájmů. Také svou řeč většinou nepoužívají k projevení emocí, dojmů a zážitků, protože toto téma nejsou schopni uchopit.

2.3 Oblast sociální interakce

Postižení v oblasti sociálních vztahů lze dle Gillberga a Peeterse (2003) objevit také již v prvním roce života. Už u kojence lze rozpoznat případnou poruchu autistického spektra – děti nenavazují oční kontakt, nemají zájem o společnost svých rodičů ani o

hračky, neukazují na předměty, které chtějí získat. Dítě někdy navazuje oční kontakt s okolím, ale i v tomto případě jeho pohled bývá poměrně neobvyklý – je strnulý, nepřítomný, jako kdyby se díval skrz člověka před sebou. Dle Thorové (2006) můžeme v oblasti sociálních vztahů nalézt velké rozdíly mezi jednotlivými lidmi s poruchou autistického spektra. Mnozí z nich také mají rozdílné jednotlivé znaky postižení v sociální oblasti. Můžeme ovšem říct, že tito lidé o sociální kontakt stojí, problém ovšem nastává při navazování sociálních vazeb, protože mají strach a jsou nejistí (chování intaktní populace jim připadá zmatené, nečitelné a neodhadnutelné), tím pádem většinou volí sociální izolaci. Kontakt s vrstevníky bývá pro tyto děti také problémový, více lidí kolem sebe berou jako chaos bez pravidel, a proto raději tráví čas o samotě, s aktivitou, která je pro ně přiměřená a předvídatelná. Dle Vermeulena (2006) je sociální inteligence lidí s PAS obvykle hluboko pod úrovní mentální inteligence (až na jedince s přidruženou mentální retardací). Integrační inteligence těchto jedinců je velmi málo vyvinutá - což se projevuje neschopností zobecňovat a skládat částečné informace do logických celků. Jejich nedostatečná koherence v myšlení je nutí přijímat veškeré informace jako absolutní ve velmi úzkém kontextu k situaci – proto nejsou schopni adekvátně posoudit a vyhodnotit množství dat, která jsou denně nuceni přijímat okolím. Pokud by tyto informace správně vyhodnotili, mohli by se chovat dle nastavené sociální normy, ale protože toho nejsou schopni, stahují se ke svým navyklym vzorcům chování.

U většiny lidí s poruchou autistického spektra můžeme pozorovat „*specifický kognitivní styl, ke kterému přispívá doslovné a přesné chápání instrukcí a situací, rigidita myšlení, egocentrismus s omezenou schopností empatie, malá nebo žádná schopnost porozumět metakomunikaci a neschopnost zobecňovat, lidem s PAS neumožňuje chápat jemnost a komplexitu sociálních vztahů a situací*“ (Thorová, 2006, s. 78). Doslovné chápání instrukcí a situací proto často dostává člověka s poruchou autistického spektra i jeho blízké do velmi obtížných situací. Tyto situace člověk s PAS nemůže řešit jiným než striktním způsobem, protože nepřizpůsobivost jeho myšlení mu nedovoluje řešit problém flexibilně. Raději tedy používá zažitý vzorec chování, které se u něj v průběhu života různými způsoby vytvořily (přestože jsou např. naprosto

neadekvátní dané situaci). Egocentrismus s nedostatečnou schopností empatie zase způsobuje, že člověk s tímto postižením orientuje všechny zájem pouze na svou osobu. Nedělá to proto, že by ho vědomě nezajímaly názory či problémy ostatních, ale protože neví, že by se na ně měl zeptat, popř. neví, jak se na ně zeptat (což se neshledává s nadšením okolí, a proto se tím okruh potenciálních přátel značně zužuje). Kvůli tomu, že není schopen k verbálnímu projevu přičíst neverbální a paralingvistické znaky, stává se pro něj i způsob běžné komunikace velmi nečitelným. Pokud všechny tyto problémy v oblasti sociálních vztahů sečteme, nemůžeme se divit, že se pro člověka s poruchou autistického spektra náš svět stává hádankou, kterou není schopen rozluštit.

2.4 Oblast představivosti

Postižení v oblasti představivosti se nejlépe odráží na vývoji hry. Hra dětí s poruchou autistického spektra je velmi neobvyklá – jsou považovány za děti, které si neumí hrát.

Dle Beyera a Gammeltofta (2006) je hra stereotypní a neměnná, protože nezvládají přirozeně kombinovat aktivity, předměty a ostatní aktéry hry do jednoho celku tak jako děti intaktní. V jejich hře téměř nenalezneme spontánní prvky, stejně jako zájem o poznání okolního světa či účast jiných osob na hře. Jako zajímavý můžeme shledat rozdíl mezi funkční a předstíranou hrou, která vychází z koncepce teorie mysli (Baron-Cohen et al., 1985). Funkční hra je založena na učení se nápodobou od dětí či dospělých, tudíž nepoužívá představivost. Při předstírané hře dítě musí představivost využívat, protože ta ignoruje realitu a vychází pouze z vnitřních tužeb dítěte. Existují dvě hypotézy, proč dítě s poruchou autistického spektra nevyužívá předstírané hry. Motivační hypotéza vychází z názoru, že tyto děti nemají dostatečnou emoční motivaci – což podporuje fakt, že nejsou schopné spontánní hry, ale jejich schopnosti se zlepšují, pokud je hra předem strukturována a jsou navíc motivováni nějakou odměnou (podpora vnější motivací). Kompetenční hypotéza pracuje s názorem, že dítě nepoužívá předstíranou hru, protože má velmi nízkou úroveň představivosti. Z tohoto důvodu

nemohou při hře vystoupat mimo realitu a projektovat do smyšlené skutečnosti svůj život, svá přání a touhy. Obě tyto hypotézy pracují s reálnými výsledky pozorování dětí s poruchou autistického spektra a vymezují rozsah problému do kognitivní i emoční oblasti – ale protože nedokážeme říct, která z oblastí je více zasažená, nelze prokázat, zda je problém spíše kognitivního nebo emočního charakteru. Proto děti s poruchou autistického spektra nevyužívají předstíranou hru, nepoužívají ovšem ani hru funkční, která je založena na učení se nápodobou – což je schopnost, kterou děti s tímto postižením také nemají rozvinutou. (Beyer, Gammeltoft, 2006).

V případě, že nějaká forma hry u dětí s poruchou autistického spektra probíhá, téměř vždy bývá upřednostňována hra o samotě před hrou v kolektivu. Tím se výrazně snižuje možnost učení se nápodobou, které u těchto dětí neprobíhá spontánně jako u dětí intaktních. Mimo to nemají již od útlého dětství potřebu sdílet se svým okolím jakékoli výsledky své činnosti. Pokud je začnou sdílet, většinou ne zcela plnohodnotně (např. bez očního kontaktu, pouze na omezenou dobu) nebo sledují nějaký vlastní profit (např. dostat odměnu).

Hra bývá také poznamenána oblibou ve stereotypch a repetitivním chováním. Stereotypní chování se u dětí s poruchou autistického spektra vyskytuje téměř ve všech případech – může se jednat o pohyby rukama, nohama nebo hlavou, ovšem velmi často se také jedná o kývání dopředu dozadu nebo ze strany na stranu. Dítě většinou používá tyto pohyby v případě, že ho něco rozruší nebo znervózní, a pohyby opakuje do té doby, než se jeho pocity uvedou zpět do jemu příjemného stavu. Rizikem stereotypních pohybů je jejich přerůstání do sebezraňujících aktivit, které se v průběhu života mohou u těchto dětí rozvinout jako strategie zvládání stresu a zátěžových situací. V souvislosti se stereotypními pohyby si tyto děti vytvářejí také rituály, jež důsledně dodržují a veškeré jejich porušení následuje rozladění, negativismus až záchvaty vzteku. V souvislosti s abnormalitami, které se u lidí s poruchou autistického spektra objevují, můžeme pozorovat také omezené či naučené vzorce chování, které jsou velmi často uplatňovány, přestože nemusí být vůbec adekvátní dané situaci. Pro tyto lidi je to ovšem

způsob „bezpečného“ chování, které znají, mají ho naučené a jsou s ním seznámeni, proto se k němu velice často uchylují jako ke svému „záchytnému bodu“ (Gillberg, Peeters, 2003). Toto se může projevovat neustálým opakováním příjemných aktivit či zájmů, které velmi často přetrvávají i v průběhu celého života dětí s poruchou autistického spektra – přehráváním oblíbených kazet či DVD (nebo pouze jejich určitých pasáží), skládáním puzzle, posloucháním muziky, učení se jízdnicích řádů nazpaměť nebo pouze neustálým rozsvěcováním a zhasínáním světel ...

2.5 Specifické variabilní rysy

Další zvláštností dětí s poruchou autistického spektra jsou nespecifické variabilní rysy (Thorová, 2006). Jsou to rysy, které sice nespádají do oblasti triády, ale přesto je můžeme nalézt až u dvou třetin těchto dětí. Vyznačují se nadměrnou (nebo naopak nedostatečnou) senzitivitou na smyslové podněty, fascinací těmito vjemy a autostimulační činností, kterou dítě vyhledává a následně s ní pracuje pro své uspokojení či uklidnění.

Zraková senzitivita se projevuje oblibou (či neoblibou) předmětů se světelnými jevy a odlesky; vyhledáváním nebo odmítáním očního kontaktu či fixace zraku samotného. Zraková autostimulace se projevuje ulpíváním zraku na paprscích či odlescích světla; pozorováním předmětů, měněním jejich polohy a sledováním těchto změn, což děti s poruchou autistického spektra vydrží po velmi dlouhou dobu. Sluchová hypersenzitivita se projevuje přecitlivělostí na běžné zvuky jako štěkot psa, hluk dopravy či smrkání, která v dítěti s poruchou autistického spektra vyvolá paniku, strach a pocit ohrožení. Sluchová hyposenzitivita se naopak projevuje netečností a apatií k neobvyklým či nečekaným zvukům. Autostimulační činnost ve spojitosti se sluchovými vjemy se odráží ve vyhledávání zvukových podnětů – zvukové hračky, hudební nástroje... Chuťová hypersenzitivita se vyznačuje odmítáním určitých potravin, popř. preferencemi jídel určité barvy nebo tvaru; hyposenzitivita se týká obliby jídel bez chuti nebo požíváním věcí, které nejsou určeny k jídlu (pastelky, omítka, hlína...).

Chuťová autostimulace probíhá nadměrným olizováním předmětů a vkládáním je do úst, čímž je dítě zkoumá místo hmatu. Senzitivita v oblasti čichu se vyznačuje nadměrným nebo naopak nedostatečným používáním čichu; autostimulační činnost se projevuje očicháváním předmětů pro nasátí jejich pachu nebo očichováním věcí, které žádný zápach nemají. Hypersenzitivita v oblasti hmatu se vyznačuje nesnášenlivostí doteku či fyzického kontaktu, stejně jako úkonů s nimi spojených – čištění zubů, stříhání vlasů a nehtů... Hyposenzitivita v této oblasti znamená praktické nepoužívání hmatu; dítě pro svou autostimulaci používá osahávání různých povrchů a materiálů, dotýkání se předmětů všemi částmi těla, popř. i tlak na povrch těla. Pozměněná senzitivita v oblasti vnitřního čítí spočívá v problému rozpoznávat teplo a chlad, hlad nebo žízeň; často mívají tyto děti také posunutý práh bolesti. Problémy vestibulárního ústrojí se mohou hypersenzitivně projevit odporem a nedůvěrou ke kolotočům, výtahům nebo houpačkám, hyposenzitivní potíže se spíše odrážejí v problémech s rovnováhou a neschopností skloubit pohyb a polohu těla s vykonávanou aktivitou. Autostimulační činnost je vykonávána kýváním, točením se dokola, trávením času na houpačkách či v houpacích sítích. Tuto stimulační činnost praktikuje valná většina dětí s poruchou autistického spektra, protože tyto pohyby pomáhají dítěti zklidnit se a získat pocit bezpečí (Thorová, 2006).

2.6 Přidružená postižení

Nejčastějším postižením, které se pojí s poruchami autistického spektra, je mentální retardace. Je uváděno, že zhruba 75% dětí s diagnostikovaným autismem trpí také mentální retardací (zastoupenou ve všech stupních). Je ale velmi důležitá správné rozlišení a diagnostika, protože reakce způsobované mentální retardací mohou být zaměňovány za autismus. S přihlédnutím k mentální retardaci hodnotíme autismus jako vysoce funkční (obvykle bez nebo s lehkou mentální retardací a se zachovalými komunikační schopností). Dále může být autismus středně funkční (středně těžká mentální retardace, omezená komunikační schopnost a více stereotypií) nebo nízko funkční - obvykle těžká či hluboká mentální retardace, nepoužitelná řeč, nízký sociální

kontakt s převahou stereotypních znaků (Hrdlička, Komárek, 2004). Toto rozdělení je ovšem pouze přibližné, protože pokud i přes zachovalou inteligenci je jedinec naprosto sociálně nepřizpůsobivý a nekontaktní, stává se jeho postižení nízkofunkčním.

Dalším častým postižením u lidí s poruchou autistického spektra je ADHD (Attention Defectivity Hyperactivity Disorder). Nejvýznamnějšími znaky tohoto postižení je hyperaktivita, impulzivita a nepozornost či nedostatek soustředění. Práce s tímto druhem postižení je velmi obtížná, protože zvládnout i malý úkol je téměř nad lidské síly – dítě je nepozorné, nesoustředěné a chvilku nepostojí. V kombinaci s poruchou autistického spektra je práce s takovýmto člověkem velmi náročná, dá se ovšem alespoň trochu regulovat speciálními individuálními přístupy, popř. medikací (Munden, Arcelus, 2006).

Dalšími častými přidruženými postižení jsou obvykle postižení zraku či sluchu, se kterými se musí pracovat dle pravidel typických pro dané postižení.

2.7 Etiologie poruch autistického spektra

Přes značné pokroky, které vědci na poli poruch autistického spektra již udělali, můžeme u tohoto postižení nalézt stále ještě mnoho neznámých. Právě jednou takovou neznámou je etiologie neboli příčiny vzniku těchto poruch. Přestože je dnes již prokázáno, že poruchy autistického spektra nejsou způsobeny odmítavou výchovou rodičů těchto dětí (jak bylo dlouho propagováno), ohledně skutečných příčin se vědci stále přou a není průkazně odhalen důvod těchto onemocnění.

„Specifická etiologie autismu zatím není známa. Převládá názor, že autismus má biologický původ, na vzniku syndromu se pravděpodobně podílí i mnohé další faktory, včetně prostředí“ (Richman, 2008, str. 12). Vědci a lékaři se shodují na tom, že příčinou je pravděpodobně soubor faktorů, které ovlivňují celé funkční systémy v mozku, jejich

části nebo kooperaci jednotlivých systémů. Tuto teorii potvrzuje fakt, že u tohoto postižení je veliká variabilita symptomů a projevů v chování, které ani u naprosto stejné diagnózy nejsou nikdy shodné. Je prokázáno, že větší množství jedinců s poruchou autistického spektra má diagnostikované mozkové dysfunkce a abnormality na mozkových strukturách. Dle Thorové (2006) je dalším problémem nedostatečná propojenost funkčních systémů mozku, které jsou nuceny pracovat samostatně (díky čemuž mohou tito jedinci v dílčích úkolech působit nadprůměrně). Systémy ale nejsou schopny pracovat jako celek, tudíž mozek nemůže efektivně a flexibilně reagovat na situace, které zde vyvstávají. Poruchy na mozkových strukturách pravděpodobně výrazně ovlivňují rozvoj komunikačních, sociálních i emočních oblastí – tedy oblastí, které jsou u poruch autistického spektra poškozeny a způsobují specifické postižení typická právě pro autismus.

Další sporné body můžeme nalézt v oblasti hledání příčin těchto abnormalit. Obecně se předpokládá, že jsou způsobeny dvěma mechanismy – genetikou nebo specifickými poruchami mozku, které jsou zapříčiněny jinými zdravotními obtížemi. Není ale stále zcela jasné, v jakém poměru a jakou intenzitou tyto dva mechanismy způsobují mozkové abnormality. Navíc lze také předpokládat, že poškození nezralého mozku může nastat jak v období prenatálním, perinatálním i postnatálním. (Gillberg, Peeters, 2003).

2.8 Spektrum autistických poruch

Spektrum autistických poruch zahrnuje 6 hlavních typů postižení, které jsou si v jednotlivých oblastech postižení podobné, ve spoustě dalších se ale rozcházejí, proto není vždy snadné jednotlivá postižení rozlišit. Následující dělení je uvedeno podle Hrdličky a Komárka (2003).

Dětský autismus se obvykle nejvýrazněji projevuje mezi 3. – 5 rokem života. Postižení tohoto typu se projevuje ve všech oblastech triády.

Atypický autismus nesplňuje všechna kritéria triády, problémy mohou nastat jen v některých dílčích oblastech. Navíc je nástup pomalejší než u dětského autismu – zpravidla se příznaky objevují až po 3. roce života.

Aspergerův syndrom – jako jediný typ poruch autistického spektra se projevuje absencí mentální retardace. Komunikační schopnosti jsou zachovalé na velmi vysoké úrovni, přestože je řeč obvykle nepřírozená, úzce zaměřená jen na okruh témat, o které se zajímá mluvčí. Sociální inteligence je velmi nízká, osobnost je egocentricky zaměřená a typický je také úzký okruh zájmů neobvyklého zaměření.

Rettův syndrom je jediná porucha autistického spektra, která je prokazatelně geneticky podmíněna poruchou chromozomu X. Vyskytuje se pouze u dívek, je však velmi vzácným postižením. Po prvním roce normálního vývoje přichází regrese, která se projevuje ztrátou řeči, schopnostmi používat končetiny a problémy dýchací soustavy. Většina z postižených dívek má také epilepsii, typické pro Rettův syndrom jsou abnormální pohyby rukou – kroucení, křečovitě držení, svírání. Dochází k celkové psychomotorické retardaci a jsou neschopny účelně používat řeč.

Jiná desintegrační porucha se projevuje v 3. – 4. roce života. Po normálním vývoji přichází v tomto období prudký regres, projevující se ztrátou řeči, mentální retardací, agresivitou a epilepsií

Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby je postižení, které zahrnuje mentální retardaci, hyperaktivní syndrom a stereotypní pohyby, popř. sebepoškozování. Obvykle se nevyskytuje postižení v sociální oblasti. Tato porucha ovšem není ve všech zemích registrována jako samostatná porucha, pravděpodobně kvůli podobnosti symptomů s ostatními typy autismu.

2.9 Výchovně vzdělávací přístup

Dle Valenty a Millera (2007) je volba správného výchovného a vzdělávacího přístupu základem úspěchu pro zlepšení kvality života osob s poruchou autistického spektra. Takový přístup by měl klást důraz na správnou diagnózu (od níž se odvíjejí specifika práce s daným jedincem), individuální přístup, na rozvržení času i prostorových podmínek tak, aby jedinec s poruchou autistického spektra byl co nejméně omezován svým postižením a mohl podat maximální výkon.

Přístup, který ideálně splňuje tyto požadavky, se nazývá strukturované učení. Tato metoda „plní potřebný edukační účel za pomoci důsledně metodicky zpracovaného a specificky upraveného pedagogického prostředí (poskytující jistotu a vysokou míru předvídatelnosti)” (Valenta, Müller, 2007, s. 247). Nejznámější formou této metody je tzv. TEACCH PROGRAM (Treatment and education of autistic and related communication handicapped children).

Tento program pracuje na třech základních pilířích. Prvním je individuální přístup, který se odvíjí od správné diagnostiky, vhodného výchovného prostředí, výběru komunikačního přístupu a sestavení individuálního plánu. Druhým pilířem je strukturalizace, která by měla provázána celým fungováním soby s poruchou autistického spektra – jak jeho pracovním, tak i volným časem. Proto by měla být přesně strukturována třída žáka, jeho pracovní místo a hlavně časová osa – měl by být přesně rozvržen pracovní a volný čas. Naprostou nutností strukturalizace je pravidelnost, opakování a srozumitelnost. Poslední zásadou strukturovaného učení je vizualizace, která podpoří ostatní pilíře tím, že zviditelní denní režim z časového i obsahového hlediska, čímž dítěti pomůže v přehlednosti a předvídatelnosti (Valenta, Müller, 2007).

3. Sexuální výchova

3.1 Stručný vývoj přístupů k sexualitě

Sexualita provází lidské pokolení od počátku věků, přesto v každém období na ni bylo nahlíženo z jiných perspektiv. Uzel (2010) uvádí, že máme za sebou tři sexuální revoluce, které vývojově měnily lidské chápání sexuality. První revoluce se spojuje s nástupem křesťanství, které zavedlo přísná pravidla morálky, striktní monogamii rodiny a netoleranci homosexuality (velký odklon od antického přístupu k sexualitě). Pouze lidé v manželském svazku měli možnost oddávat se pohlavnímu styku bez odsouzení společností; vysoce ceněnou hodnotou bylo neposkvrněné panenství a pouze s ním mohla počestná žena vstoupit do manželství.

Druhá sexuální revoluce proběhla ve 2. polovině 16. století. Hlavním znakem této doby byl hédonismus, požitkářství a touha objevovat nové či nepoznané. Sexuální otevřenost byla často zobrazována v renesančním umění.

Třetí sexuální revoluce je datována 60. a 70. léty 20. století. Pohlavní styk se netýkal výhradně manželských párů, uznání došly také nemanželské děti či práva homosexuálů. Toto období se odehrávalo ve znamení emancipace žen, hlavně díky novým možnostem účinné antikoncepce. I přes všechny moderní postoje v této oblasti měl nový přístup k sexualitě i svá negativa – např. promiskuita a lehkovážnost, která kráčela ruku v ruce s novými možnostmi.

V souvislosti s důsledky třetí sexuální revoluce můžeme mluvit o odklonu v této sféře koncem 20. století – sexuální kontrarevoluci. S většími možnostmi v sexuální oblasti přišla i větší zodpovědnost – mladí lidé, kteří mají celý život před sebou, se nechtěli stávat mladými nezralými rodiči (což bylo díky účinné antikoncepci s trochou

uvědomění možné). S rozšiřujícími se obzory v sexuálním životě přišel nárůst pohlavně přenosných chorob, kterým se s trochou zodpovědnosti dá také předejít. Tyto tendence zodpovědného přístupu ohledně neplánovaných těhotenství a pohlavně přenosných chorob přetrvávají dodnes.

3.2 Dnešní pohled na lidskou sexualitu

V dnešním světě hraje lidská sexualita stále zásadní roli. Je přirozenou součástí každého zdravého vztahu a téměř každý jedinec ji potřebuje jako součást svého osobního života. V současném slova smyslu již sexualita není okleštěna pouze na pohlavní styk nebo na manželské povinnosti – má daleko více složek. Dříve byl sex používán pouze jako nástroj reprodukce, dnes je ale čím dál tím víc zaměřován na oblast pocitů a emocí. Už nejde jen o prožitek orgasmu či početí dětí, jde hlavně o splynutí dvou duší; prokázání naprosté důvěry a odevzdání se někomu druhému - altruisticky. Rovina citová by nikdy neměla být opomíjena v žádném vztahu, obzvláště ve vztahu sexuálním. Opravdová láska, duševní souznění a porozumění jsou pravým důvodem vztahu, sex a fyzické uspokojení jsou pouhým dokreslením tohoto obrazu.

Přestože předchozí věty jsou nepochybně pravdivé, pokud si partneři po fyzické stránce nerozumí, jejich vztah budoucnost pravděpodobně nepřežije. Stejně jako by tomu bylo, pokud by se partneři neshodli na výchově dětí či plánech společné budoucnosti. Sexuální dimenze je dimenzí rovnocennou a srovnatelnou se všemi ostatními aspekty vztahu, je třeba o ni pečovat, rozvíjet ji; hlavně o ní mluvit a sdílet ji s partnerem. Sexuální aktivita je přirozeně propojena s lidskou existencí, není na ní nic odpudivého či neslušného; a přestože by měla být soukromím každého z nás, není zde žádný důvod toto téma tabuizovat či zahalovat tajemstvím.

Vzhledem k tomu, jaké výtobytky civilizace nám přinesla třetí sexuální revoluce, je nutné udržovat obzvláště u mladých lidí jistou míru zodpovědnosti (riziko

neplánovaných těhotenství, pohlavně přenosných chorob). Což v dnešním světě není vůbec snadný úkol. Přestože osvěta a výchova k sexualitě by měla začít co nejdříve, hlavním obdobím rozvoje sexuálních a citových aktivit je pubescence. Toto období, kdy je mladý člověk kvůli výkyvům hormonální hladiny rozpolcený a zmatený, je charakterizováno také přílišnou ovlivnitelností (ovšem rozhodně ne ze strany rodičů). Díky tomu jsou tyto lidé schopni lehce podléhat nejen nátlakům ze strany vrstevníků, ale hlavně „mediální masáži“, která je velmi těžce rozeznatelná. Jak by se v tom mohli vyznat, když je sex obklopuje ze všech stran – filmy, písničky, reklamy, internet? Tyto mediální zdroje často znázorňují jen fyzickou stránku sexu, oproštěnou od jakékoli náklonnosti, citu či intimity... Jaký morální vzor si mají tyto mladí lidé, kteří sami nevědí, co dělat se svým životem, vybrat? Vzor láskyplného citlivého vztahu (který jim popisují jejich „hloupí, zaostalí rodiče“) nebo vzor užívání si nevázaného, promiskuitního života (který je jim ze všech stran servírován jako ideál moderního věku)?

3.3 Sexuální výchova

Jak již bylo zmíněno výše, vhodná sexuální výchova je základem zdravého partnerského vztahu i manželského života. Sexuální výchova je stále poměrně kontroverzním tématem, na které je mnoho různých pohledů stejně jako protichůdných reakcí. Největší rozpory jsou v obsahu sexuální výchovy, v úloze rodiny oproti škole a ve věku, kdy je vhodné dítěti začít tyto informace předávat.

Uzel (2006) uvádí, že pojem sexuální výchova by měl integrovat veškeré aspekty partnerského života, spolu s etickými hodnotami, komunikačními dovednostmi a zásadami rodinného života. Tudíž by se vhodně propracovaná výchova měla zabývat nejen přípravou na sexuální život, ale stejně i přípravou na život rodinný, tříbit etické hodnoty, kultivovat partnerský život a pojmy jako vzájemná úcta, respekt, láska... Velmi důležité je také naučit děti toleranci, zvláště k sexuálním menšinám.

Dle Matějčka (2007) je třeba do klasické formy sexuální výchovy zahrnout i výchovu citovou, která je důležitou oblastí každého vztahu. V jeho knize můžeme vidět rozdělení tří vrstev sexuální výchovy – vztah, vzor a poučení. Pojem vztah je použit ve významu projevení citlivosti a citovosti, která je základem každého zralého vztahu. Tyto vlastnosti dítě přejímá na podkladu své primární rodiny, čímž plynule přechází do druhé vrstvy sexuální výchovy – vzoru. Každé dítě neuvědoměle přejímá vzorce chování svých rodičů, proto by v každé rodině měla být zastoupena mužská i ženská stránka, ze které si dítě může vybrat adekvátní vzorce chování – včetně sexuálního. Třetím bodem je poučení – vědomosti, informace, znalost, které dítě načerpává v rodině, ve škole, od kamarádů... Pouze tato rovina se odehrává i mimo rodinu, pro vše ostatní je základním středobodem funkční rodinné zázemí.

Poslední informace nás vrací k otázce vymezení funkce rodiny a školy v oblasti sexuální výchovy. Mnoho lidí argumentuje názorem, že toto téma je pouze záležitostí rodiny a ve škole nemá co pohledávat; že škola předává jiné hodnoty a názory, než rodič uznává za vhodné. Tito rodiče mají do jisté míry pravdu, že je to téma citlivé a osobní, které nelze na institucionální půdě předat zcela uspokojivě. Z druhé strany je nutno vidět nezvratný fakt o množství dysfunkčních rodin, které nedokážou dítěti zajistit ani primárnější potřeby, než je „pouhá“ sexuální výchova. A mimo těchto rodin, je mnoho rodin funkčních, které z ostychu či neochoty diskuze k tomuto tématu dítěti nepředají informace, zkušenosti a rady, které by bylo vhodné znát. Proto by měla být výchova v rodině i škole vyvážená, ideálně v takové kombinaci, aby neohrožovala pozici rodiny v tomto citlivém tématu, ale aby žádná ze složek výchovy nebyla zanedbána.

3.4 Sexualita dětí staršího školního věku

Pokud chceme hovořit o sexualitě dětí staršího školního věku, nelze se vyhnout odbočce k sexualitě dětské, protože základ prožívání sexuality v období pubescence je

položen v dětském věku. Sexualita provází lidský život od malička, ale je pouze na rodičích, jak situace spojené se sexualitou svého dítěte pojmu a jak je osvětlí. Dle Fafejty (2004) si rodiče v souvislosti s tímto tématem často zvolí nevhodný přístup. Dítě nemá o své sexuální stránky tak velký zájem, jaký jim přisuzují dospělí. Pokud se ale v kontextu k dané situaci začnou chovat tajnůstkářky, nejistě či z něj dělají „velkou vědu“, začne jí i dítě přikládat přílišný význam; má pocit, že mu rodiče cosi tají či jsou kvůli tomu nejistí, nechápe jejich zákazy a restriktce. Díky tomu může dítě získat dojem, že toto téma je nepřístupné, že se na něj nemá ptát a může získat do budoucna pocit frustrace či traumatizace z důvodu své sexuality. Pokud ale rodiče dítěti vše vysvětlí bez zbytečných vytáček, přirozeně a úměrně jeho věku, dají mu do života možnost prožít svou sexualitu adekvátně i se všemi náležitostmi, které k tomu patří.

Thorová a Jůn (2012) poukazují na sexualitu dětí staršího školního věku hlavně v souvislosti se somatickými změnami těla dospívajícího, jak byly popsány výše. Obzvláště poukazují na důležitost vzhledu pro tyto mladistvé, protože je pro ně zásadním bodem pro měřítko své osoby a pro společenský status. Mladší pubescenti mají ve velké oblibě sexuální vtipy či obrázky, dále se s přibývajícím věkem stupňují fantazijní představy, které již mají sexuální charakter. Můžeme sledovat nástupy prvního párování, ale většinou ještě slouží k vydobytí vyšší příčky společenského postavení než k prožitku skutečného vztahu. Někteří jedinci již mohou prožít první sexuální styk. Zpočátku puberty mohou dospívající přicházet na první náznaky potenciální odlišné sexuální orientace, která ale ani po ukončení puberty nemusí být jasně ukotvena. Dospívající jsou zvědaví na všechny jevy, které se jim v tomto období dějí, a pokud nezískají dostatek informací k tématu v rodině, hledají je mezi kamarády, na internetu nebo v knihách.

Nově objevenou a oblíbenou aktivitou pro děti staršího školního věku je masturbace. Masturbace (či onanie) je automanipulační činnost, při které dochází k pohlavně sexuálnímu vzrušení (Pondělíček, 2000). Právě masturbace je jedním z nejkontroverznějších témat vůbec. Po většinu staletí byla tato aktivita považována za

nevhodnou až škodlivou. Obzvláště zarputile proti ní bojoval v 18. století Simon André Tissot. Tissot (1832) tvrdil, že onanie způsobuje oslabení intelektuálních schopností, ničí paměť, narušuje smysly a spánek. Obzvláště zdůrazňuje škodlivost onanie pro mladistvé, protože škodí jejich růstu, nedává jim spánek, způsobuje příznaky hysterie; objevují se bolesti hlavy, žaludku, revmatické bolesti boků. Dále způsobuje také otoky na varlatech, neschopnost erekce, a protože kvůli neschopnosti erekce semeno neodchází z těla, stávají se neplodnými.

Přestože názory tohoto typu jsou dnes již zapomenutými a masturbace je považována za normální, lidé o ní nehovoří – je stále „tabu“. Právě proto je důležité, aby rodiče vysvětlili svým dětem, že masturbace je přirozeným projevem sexuality a není to nic, za co by se měly stydět - pokud je provozována v soukromí.

3.5 Sexuální výchova dětí staršího školního věku s poruchou autistického spektra

Sexualita lidí s postižením je ve společnosti stále velkým „tabu“. Majoritní společnost si mnohdy nepřipouští, že by lidé s postižením měli vůbec nějaké sexuální potřeby a touhy, a také k nim tak přistupuje. To ale není pravda – jen potřebují větší pochopení a podporu v oblasti sexuality, aby dosáhli naplnění i v této stránce života.

Lidé s poruchou autistického spektra mají v oblasti sexuality a sexuální výchovy velmi výrazné problémy, které se odvíjejí od specifík, která jsou daná jejich postižením. Jejich problémy nespočívají jen na fungování v somatické rovině, ale především ve vnímání pocitů a emocí druhých, fungování vztahů a vyjádření vlastních pocitů, což jsou nezbytné kompetence k udržování partnerských vztahů. I proto je vhodný brzký nástup sexuální výchovy (ovšem v případech, kdy jsou to děti v rámci své diagnózy schopny pochopit). Mladí lidé s poruchou autistického spektra mají zájem o sexualitu a vztahy (přátelské i partnerské), ale protože díky nízkým sociálním schopnostem mají spíše negativní zkušenosti s okolím, snaží se jim vyhýbat. Dle Howlinové (2005) mají obzvláště muži s poruchou autistického spektra často problém rozpoznat hranici mezi

vstřícným chováním ženy a prokazováním lásky ženou – důsledkem toho může být pronásledování či obtěžování dotyčné. Ženy s poruchou autistického spektra častěji trpí tzv. „sociální naivitou“ – nejsou schopny rozpoznat signály z okolí, nebo jsou signály jimi vysílané velmi zmatené, tudíž okolí reaguje jinak, než si ony představují. Tyto stavy se pro muže a ženy s poruchou autistického spektra snadno stávají zdrojem frustrace, rozladění a afektivních záchvatů, proto je dobré je v co nejranějším věku učit zásadám společenského chování, vhodnému chování k lidem v okolí a dodržování norem (což je nejúčinnější prevence, kterou mohou rodiče svému dítěti do budoucna dát).

Je bezpodmínečně nutné připravit děti s poruchou autistického spektra na změny, které se budou odehrávat s jejich tělem i myslí v období puberty (zvláště proto, že těžce snáší jakékoli změny). Pokud je k poruše autistického spektra přidružena mentální retardace nebo velké problémy v komunikaci, nelze dítě učit, kdy a proč se tyto změny dějí. Vhodnější je naučit je, jak se chovat v konkrétních situacích (masturbace, menstruace...). Je dobré děti začít připravovat na tyto změny hned, jak budou schopné situaci pochopit (vhodné podložit např. vlastními fotografiemi v různých věkových obdobích – větší názornost). Všechny děti by měly být vychovávány k dodržování hygieny – aby ji byly schopny samy udržovat. Chlapci by měli být poučeni o noční poluci a případech nechtěné erekce, dívky by měly vědět o změnách svého těla a menstruaci... Všechny tyto jevy by měly být od rodičů podloženy vizuálními materiály, které dětem usnadní orientaci v dané problematice a pomůže jim přizpůsobit své chování. Tím jim rodiče vytvoří bezpečnější a strukturovanější prostředí, které dětem ukáže, jak se mají v dané situaci chovat a zvýší jejich sebejistotu. Dalším výrazným rysem – typickým v tomto věku pro poruchy autistického spektra – je masturbace. Děti s touto diagnózou často masturbují již od útlého dětství, protože díky ní uvolňují stres a tlak, který na ně působí. Mimo to, vybití těchto negativních projevů pomocí masturbace snižuje sebepoškozování a agresivitu, které jsou jinak používány také jako ventil. Je ovšem třeba dodržovat určitá pravidla - naučit dítě masturbovat akceptovatelnými praktikami (zamezení používání neobvyklých předmětů, které mohou být nebezpečné) a v soukromí. Obecně děti s touto diagnózou špatně rozumí pojmu soukromí (je pro ně

příliš abstraktní). Porozumění tomuto pojmu a věcem, se kterými souvisí, by mělo být věnováno maximální úsilí, protože jeho pochopení a dodržování usnadní v tomto věkovém období život dítěti i jeho rodičům (každý má svůj osobní prostor, do kterého nevstupujeme). Pro tyto účely je vhodné vytvořit seznam míst, která jsou veřejná a soukromá. Dítěti to usnadní orientaci v situaci – navíc se tento list dá využívat i k jiným účelům (převlékání, vykonávání fyziologických potřeb...). Je ovšem třeba dostatečně vysvětlit dítěti, že být v soukromí neznamená povinnost vykonávat masturbaci (snažit se udržet frekvenci masturbace v mezích, aby se to nestala jediným zájmem dítěte). Průběh masturbace je možné také vizualizovat, aby dítě vědělo, jak přesně se chovat a vyvarovalo se tak nevhodným situacím (zavřít se do pokoje, zatáhnout rolety, masturbace, utřít se kapesníky...). V případě potřeby je vhodné dítě naučit masturbaci za asistence člena rodiny nebo pracovníka zařízení (Amaze, 2006; Centre for autism Middletown, 2011).

S obdobím puberty souvisí také změny nálad. I na toto je vhodné děti připravit, aby nebyly změnami nálad zaskočeny. V těchto případech je vhodné vytvořit např. vizuální pomůcku, kde bude znázorněno, co má dítě dělat, pokud je našťavané nebo nešťastné (poslouchat muziku, dívat se na fotky, koupel...) Někdy je možné zaznamenávat náladu do kalendáře, protože poté může dítě vidět, jak změny nálad přicházejí a odcházejí. S emocemi souvisí i pocity náklonnosti k jiným osobám. Osoby s poruchou autistického spektra ovšem špatně čtou neverbální signály ostatních, proto je třeba je dostatečně názorně poučit o tom, jak reagují osoby, které o kontakt s nimi nestojí. Toto je vhodné opět provádět za pomoci fotografií nebo částí filmů, aby viděli situaci v kontextu (když se osoba, s níž se bavíme, na nás nedívá, otáčí se nebo neodpovídá, nestojí o kontakt s námi). Pokud ještě děti s poruchou autistického spektra nepociťují náklonnost ke svým vrstevníkům, je vhodné je poučit o tom, že v budoucnu nějaký vztah mohou mít. Stejně tak je dobré jim vysvětlit, jak se tato náklonnost projevuje – úsměvy, doteky, randění, protože jim to pomůže pochopit, co se děje ve světě kolem nich a lépe porozumí chování ostatních (Amaze, 2006; Centre for autism Middletown, 2011).

Základními stavebními kameny sexuální výchovy dětí s poruchou autistického spektra by měly být: cit a osobní bezpečí, dobré x špatné, veřejné x soukromé, zdraví, masturbace, menstruace, vztah „jiného typu“ (forma platonického vztahu), vztah, který může zahrnovat sex. Od těchto stavebních kamenů se odvíjejí i polostrukturované rozhovory ve výzkumné části práce (Centre for autism Middletown, 2011).

4. Metodika výzkumné práce

4.1 Cíl výzkumné práce

Cílem výzkumné práce je zjistit, jaké problémy v oblasti sexuality mají děti s poruchou autistického spektra staršího školního věku. Dále bylo zjišťováno, jestli rodiče těchto dětí s nimi tyto problémy řeší a jakým způsobem je řeší. Zjišťována byla také informovanost rodičů o problémech sexuality dětí s poruchou autistického spektra staršího školního věku, a jestli mají oporu ohledně této problematiky ve školských zařízeních, které navštěvují jejich děti.

4.2 Metodika výběru respondentů

Respondenty jsem vybírala z rodin, se kterými jsem se setkala v průběhu mé dobrovolnické činnosti nebo plnění praxe pro mé studium. Nutností pro můj výběr rodičů, se kterými jsem dělala rozhovory, byla výchova dítěte staršího školního věku s diagnózou porucha autistického spektra. Výběr jsem nerozlišovala dle typu poruchy ani dle přidružených postižení. Oslovila jsem 7 rodičů s dítětem s poruchou autistického spektra staršího školního věku. Z důvodu dostupnosti zdrojů omezují výběr respondentů na jihočeský kraj.

4.3 Metodika výzkumu

Jako metodu výzkumu jsem použila výzkum kvalitativní. Dle Strausse a Corbinové (1999) je kvalitativní přístup vhodnou metodou pro odhalení podstaty jevů, se kterými nejsme plně seznámeni nebo naopak k přijetí nových náhledů. Zaměřuje se na podrobnější informace a těží ze zkušeností s danou problematikou. Proto je tento metoda vhodná pro téma Sexuální výchova dětí s poruchou autistického spektra staršího školního věku, protože tato problematika není v České republice nijak rozsáhle zpracována, výsledky nejsou příliš předvídatelné kvůli povaze postižení a navíc je tento přístup vhodný i kvůli delikátnosti tématu.

Ke sběru dat jsem použila polostrukturovaný rozhovor. Dle Miovského (2006) je nejvhodnější stanovit okruh témat, který je závazný, ale nemusí striktně dodržovat pořadí či znění otázek, protože necháváme prostor dynamice rozhovoru, která by měla maximálně využít potenciálu tématu i dotazovaného. I já jsem měla předem rozhodnutý okruh témat, kterými jsem se zabývala, ale kvůli citlivosti a rozmanitosti tématu jsem dále raději pracovala dle individuálních potřeb a možností každého z dotazovaných.

Rozhovory probíhaly v kavárnách, popř. na pracovištích dotazovaných (snažila jsem se vybírat místa, kde se respondenti budou cítit bezpečně a příjemně). Rozhovory byly vedeny individuálně, až na jednu párovou výjimku (ve všech případech s matkami dětí). Trvání rozhovorů bylo zhruba mezi 15 a 30 minutami. Dotazované mluvily o tématech, která jsem nastolovala z okruhu předem připravených témat, kde jsem měla připraveny i doplňující otázky pro případ, že by dotazované nebyly sdílné samy, popř. nerozpoznaly souvislosti, které mě zajímaly. Rozhovory byly se souhlasem nahrávány na diktafon, následně doslovně přepisovány. Informace z rozhovorů byly tříděny do okruhů a rozpracovány do praktické části práce.

4.4 Etické zásady výzkumu

Rozhovory byly nahrávány na diktafon se souhlasem dotazovaných. Byl jimi podepsán informovaný souhlas, který v rámci mé práce umožňuje používat získané informace anonymně, stejně jako povoluje nahrávání rozhovoru pouze pro výzkumné účely práce. Rozhovory byly doslovně přepsány dle nahrávek, ale protože obsahují velmi citlivé a osobní informace, nebudou v práci uveřejněny plným zněním. V práci jsou uveřejněny pouze informace, které souvisí s tématem a cílem práce Sexuální výchova dětí s poruchou autistického spektra staršího školního věku.

4.5 Realizace výzkumu

Rozhovory byly rozděleny do dvou částí – poučení před rozhovorem a rozhovor samotný (členěný na 7 okruhů). Poučení obsahovalo souhlas s nahráváním, vysvětlení tématu (pojetí sexuality pro účely práce se vztahuje i na hygienu, změny problémového chování v rámci puberty...), aby matky měly představu, o co se přesně zajímám. Dále jsem se informovala na přesnou diagnózu dítěte a konkrétní specifika spojená s poruchou autistického spektra – schopnost užívat komunikaci, vyjadřovat libé a nelibé pocity... V závěru jsem matky upozornila, že pokud by jim jakékoli otázky byly nepříjemné, nemusíme se o nich bavit. V závěru rozhovoru, jsem se ptala, zda je ještě nějaká otázka, která nezazněla, a matky by ji chtěly zmínit. Poté následoval podpis informovaného souhlasu. V závěru mi všechny matky sdělily, že to „čekali horší“, tudíž byli zjevně naplněny obavami z intimity a citlivosti tématu, ale dle jejich hodnocení se během rozhovoru cítily dobře a bezpečně.

Samotný rozhovor jsem členila do 7 částí, k nimž mě inspiroval text Autism spectrum disorder – Relationships and Sexuality (Centre for Autism Middletown, 2011), který obdobné části rozlišuje jako oblasti sexuální výchovy pro děti s poruchou autistického spektra. Okruhy jsem zvolila následující:

- Puberta
- Soukromé x veřejné
- Problémové chování
- Masturbace, poluce, menstruace
- Vztahy
- Sexuální výchova ve škole
- Informovanost rodičů

Okruhy jsem volila od obecných k více intimním, aby si rodiče zvykli na mě a měli čas připravit se na více osobní otázky. Závěr rozhovoru byl již zase obecnější a méně náročný. K jednotlivým okruhům jsem měla vypracované detailnější podotázky, kterými jsem dávala rodičům více podnětů k rozhovoru.

4.6 Charakteristika dětí respondentů

Charakteristiku dětí respondentek jsem pro větší přehlednost přenesla do tabulky, kde dítě je označeno písmenem D a je mu přiřazeno číslo od jedné do sedmi. V tabulce nalezneme pohlaví dítěte, jeho věk, přesnou diagnózu, přidružená postižení a verbální specifika jedince.

	Pohlaví	Věk	Diagnóza	Přidružená postižení a verbální specifika jedince
D1	Chlapec	10 let	Aspergerův syndrom i atypický autismus (dvojitá diagnóza)	
D2	Dívka	12 let	Aspergerův syndrom	ADHD
D3	Chlapec	16 let	Dětský autismus	Středně těžká mentální retardace, epilepsie, puberta ještě nenastala
D4	Chlapec	12 let	Dětský autismus	Středně těžká mentální retardace, ADHD, téměř žádná verbální komunikace
D5	Dívka	15 let	Atypický autismus	Těžká mentální retardace, žádná verbální komunikace
D6	Chlapec	12, 5 roku	Dětský autismus	Rozhraní středně těžké až těžké mentální retardace, žádná verbální komunikace
D7	Chlapec	15 let	Dětský autismus	Těžká mentální retardace, žádná verbální komunikace

Zde bych si dovolila zmínit své osobní postřehy z rozhovorů, které mohou eventuálně ovlivňovat výsledky rozhovorů – jsou jimi charakterové rysy dotazovaných, současná situace s jejich dítětem či současné rozpoložení, ve kterém jsem je zastihla v době rozhovoru.

Matka D1 byla velmi orientovaná v dané tématice – velmi podrobně znala problematiku poruch autistického spektra i problematiku sexuální výchovy. Její rozhovor měl proto dobrou výpovědní hodnotu. Matka D2 byla poměrně rázná a uvědomělá; odpovědi na otázky moc nerozvíjela, ovšem neměla ani potřebu se jakýmkoli okruhům vyhnout. Matka D3 působila v době rozhovoru trochu zaskočeně. U jejího syna ještě puberta zcela nepropukla, proto měla pocit, že se jí toto téma zcela netýká. Matka D4 celkem podrobně odpovídala na mé otázky, ovšem z jejího tónu i z jejích odpovědí bylo evidentní, že je již poměrně rezignovaná na stav svého syna a nemá velkou potřebu tuto část výchovy vůbec řešit. Matka D5 nebyla vstřícná k nahrávání rozhovoru na diktafon. Přestože s nahráváním souhlasila, mluvila se mnou minimálně a nejvíce informací řekla, když jsem již byla na odchodu. Matky D6 a D7 mluvily v párovém rozhovoru, o který mě požádaly samy. Cítily se tak velmi bezpečně, podporovaly se a otevřeně a sdílně odpovídaly na všechny otázky.

5. Výsledky výzkumné práce

Výsledky výzkumné práce budou rozepsány dle jednotlivých okruhů, ze kterých se skládal výzkumný rozhovor. Odpovědi na otázky budou porovnávány mezi D1 a D2 (vysokofunkční typ poruchy autistického spektra) a D3 – D7 (nízkofunkční typ poruchy autistického spektra).

5.1 Puberta

V okruhu zaměřeném na pubertu pokládám několik otázek ohledně obecného vnímání puberty dítětem, zda si uvědomuje změny, které se s ním dějí v rámci tohoto vývojového období, popř. proč se tyto změny dějí.

„Víte Vaše dítě něco o tělesných změnách v období puberty?“

D1 a D2 shodně vypovídají, že jejich dítě si je vědomo těchto změn. Tyto děti si uvědomují, že dívkám v pubertě rostou prsa, pubické ochlupení či ochlupení v podpaždí. D2 rovnou uvádí, že její dcera má mnoho znalostí v této problematice díky školní výchově.

D3 – D7 shodně vypovídají, že jejich děti si neuvědomují, co se s jejich tělem děje, jsou zmateni z náhlého vývoje jejich těla, což se projevuje nejrůznějším problémovým chováním.

D4: *„Myslím, že neví, spousta věcí mu určitě není jasná.“*

D6: *„Neví, hodně v tomto tápeme, protože syn vůbec neví, co s tím dělat.“*

„Ptá se Vaše dítě na své tělo? Zajímá se, co se s ním děje a proč?“

Na tuto otázku odpověděly pouze respondentky D1 a D2, protože jejich děti jsou jediné ve výzkumném vzorku, které jsou schopny verbální komunikace. D1 uvádí, že se chlapec velmi zajímá o lidské tělo, na vše se velmi zevrubně ptá. D2 uvádí, že dcera věcem ohledně puberty rozumí, je velmi informovaná ze školy.

„Pozorujete u svého dítěte změnu v chování poté, co u něj propukla puberta?“

D1 a D2 uvádí, že pozorují lehké změny, které se dají s pomocí vysvětlování a výchovy zvládnout.

D1: *„Je to spíše ještě prepuberta, ale pozoruji záchvaty smíchu, vzdorovitosti, drzé chování.“*

D3 – D7 se shodují na tom, že změna chování nastala ve všech případech, avšak velmi se různí míra intenzity chování – od částečného zlepšení až po nárůst problémového chování. D5 a D6 uvádí zlepšení situace po nasazení medikace (Risperdal).

D4: *„Je více tvrdohlavý a umíněný. Pokud nechce, tak to prosadí.“*

D5: *„Spíše se zklidnila, dostala novou medikaci. Více rozumí, pokud jí něco vysvětluji.“*

D7: *„Vidíme poměrně velkou změnu – vynucování si pozornosti, záchvaty, vztek. Také pomočování a pokálení se.“*

„Mluvíte s Vaším dítětem o těchto změnách, které na sobě pozoruje?“

D1: *„Je to snadné, syn vše bere velmi technicky, chce vědět informace, aby ho něco nezaskočilo. Vše poslouchá a bere to velmi prakticky a technicky.“* D2 uvádí, že není třeba o věcech více mluvit, dcera všemu rozumí.

D3 uvádí, že puberta u jejich syna ještě nenastala, tudíž zatím nechtějí dítě zbytečně mást (*„...snad, pokud to přijde později, bude na to lépe připravený. Ale kdo ví...“*). D4 a D5 uvádí, že se snaží situace řešit, ale s velmi různorodou úspěšností – většinou vše záleží na rozpoložení dítěte.

5.2 Soukromé x veřejné

V tomto okruhu se snažím zjistit, zda děti rozumí pojmu soukromí a zda chápou rozdíl mezi soukromým a veřejným. Do tohoto okruhu jsem zařadila i otázky, které se soukromí týkají i z jiného úhlu pohledu – zda by dítě rozpoznalo riziko potenciálního sexuálního zneužití, zda používá internet a sociální sítě, popř. jak bojují s nebezpečím internetové pornografie.

„Chápe Vaše dítě pojem soukromí?“

D1 a D2 uvádí, že se v tomto bodě stále potýkají s problémy, přestože se snaží delší dobu vysvětlovat tento pojem, je to pro jejich děti velmi neuchopitelný problém.

D1: *„To mu vysvětlujeme už dlouho – i kvůli tomu, aby neříkal osobní informace, nebo aby je netahal z ostatních (ptá se na číslo účtu apod.).“*

D3 – D4 odpovídají, že jejich děti vlastně nemají představu o pojmu soukromí. Dle výpovědí děti buď pojmu nerozumí vůbec, nebo pouze částečně – a to jen v pohledu k sobě (pokud chtějí být samy, dávají to razantně najevo).

D3: *„Nerozlišuje, je maximálně schopen rozeznat, zda je ve skupině nebo sám, ale v tomto kontextu soukromí nerozlišuje.“*

D6: *„Úplně to asi neví, vždy je zvyklý být s někým, nikdy jsme ho neučili - to je moje, to je tvoje.“*

„Chápe Vaše dítě rozdíl mezi soukromým a veřejným?“

D1 a D2 odpovídají, že ani toto rozlišení se jejich dětem stále nedaří, protože nerozumí nuancím, které jsou v tomto případě velmi jemné a abstraktní.

D1: *„Učíme ho, na co se nemá ptát, ale vždy se zeptá na něco jiného. Nebo mi naopak brání říkat lidem, co jsme např. dělali o víkendu - je to soukromé.“*

D3 – D7 uvádí, že jejich dítě nechápe rozdíl mezi soukromým a veřejným; způsob jejich chování na veřejnosti či v soukromí je založeno spíše na momentálním rozpoložení než na pochopení pojmů.

D3: *„Ne; to, co ho právě napadne, to udělá tam, kde je.“*

„Ví Vaše dítě, že na něj nikdo cizí nesmí sahat tak, jak na něj saháte vy? Rozpoznalo by, kdyby ho někdo chtěl zneužít a že je to špatné? Věděl/a jste, jak mu to dostatečně vysvětlit tak, aby to pochopilo?“

V tomto bodě si nikdo z rodičů není zcela jist, jak by se jeho dítě zachovalo. Některé matky doufají, že by jejich dítě riziko rozpoznalo; jiné vědí rovnou, že jejich dítě by takovou situaci nezvládlo. Většina matek usuzuje podle toho, jak jejich děti snáší cizí přítomnost a doteky.

D1: „Mluvili jsme o tom, ale on na sebe nenechá moc sáhnout od cizích... Doufám, že by to poznal, učili jsme ho, že nesmí pryč s nikým cizím, nenechat se do ničeho tlačit. Nevím, co by se stalo, pokud by mu to bylo příjemné a on to nevyhodnotil.“

D3: „Asi by to poznal, ale bojím se, že by se mu to mohlo líbit. Neřekl by mi o tom na 100%.“

D5: „Nepoznala by riziko, ale vadí jí, pokud na ni někdo sahá (když na ni sahal spolužák, tak si roztrhala tričko, protože nebyla jinak schopna vyjádřit, jak je jí to nepříjemné). Ale tím se bránila.“

D7: „Určitě by nerozpoznal riziko; většinou, když ho někdo chytne za ruku a řekne – Pojd' - , tak půjde.“

„Používá Vaše dítě internet – především sociální sítě? Víte, jak jsou v tomto případě ošetřeny jejich osobní informace?“

Jediný, kdo odpověděl na tuto otázku kladně, byla D1. Dle jejích slov velmi dbá na ošetření veškerých osobních údajů, které její syn uveřejňuje na internetu.

D1: „Používá facebook, ale pod jinou identitou a to hlídám já. Musí hlásit, kdyby se mu cokoli nezdálo. Má striktní zákaz udávat naše jméno, adresu – toho si je vědomý.“

„Víte, jaké internetové stránky Vaše dítě navštěvuje? Věděli byste, kdyby se Vaše dítě setkala s internetovou pornografií? Máte z toho strach?“

Na tuto otázku odpověděla D1 a D3. Obě se shodují, že to jejich synové nevyhledávají aktivně, ale mohou na to poměrně běžně narazit.

D1: „Mám z toho strach, ne že by to vyhledával aktivně, ale kdyby na to narazil... Syn je ale neúměrný – když viděl v reklamě nahé tělo, tak křičel, že to musíme dát pryč.“

D3: „Nic nevyhledává cíleně, ale občas se k něčemu dostane. Pokud jsou tam třeba prosté výrazy, tak ho to vysloveně baví. Snažím se tyto věci eliminovat, ale vždy to nejde.“

5.3 Problémové chování

V tomto okruhu se věnuji přímým projevům problémového chování, které se v souvislosti s pubertou vyskytlo u dětí dotazovaných – zda se chování dítěte nějakým způsobem změnilo, jaké jsou přímé projevy problémového chování a jak na ně rodiče reagují.

„Myslíte si, že se v průběhu puberty změnilo chování Vašeho dítěte?“

D1 a D2 popisují pouze lehké změny, které zásadně neovlivňují chod jedince ani rodiny.

Pouze D5 připouští částečné zlepšení, a to v současném věku – horní hranice staršího školního věku (na počátku puberty také zhoršení). D4, D5 – D7 uvádí zhoršení v různé míře.

„Nastalo nějaké nové problémové chování? (svlékání či masturbace na veřejnosti, sebepoškozování...)

D1: *„Syn nikdy neměl vztah k autoritám a teď se to ještě zvýšilo – nikdo mu nemá co diktovat a říkat mu, jak nakládat s časem; je svobodný a má svá práva. I učitelé s ním více bojují. Neobnažuje se. Poškozuje se, pokud je frustrovaný – nadává si a bouchá se do obličeje.“*

D2 popisuje zhoršené soustředění a sebepoškozování – vyštípávání si kůže na těle.

Téměř ve všech ostatních případech – D3 – D7 – se vyskytuje vzdorovitost, sebepoškozování, sebespazování, zhoršené afektivní záchvaty či problémy s hygienickými úkony.

D4: *„Škrábe – snaží se provokovat. Problémy s hygienickými úkony – čištění zubů, mytí – dříve to problém nebyl. Sebepoškozování je ve střídavé frekvenci – stále nahoru dolů. Snažíme se, aby byl nahý pouze ve svém pokoji a ne všude po bytě – nedaří se.“*

D5: *„Pokud ji něco naštvě, tak se svléká, třeba úplně do naha. Sebepoškozování – kouše se, až jí teče krev.“*

„Jak v takových situacích reagujete?“

D1 a D2 se snaží vysvětlovat dítěti, že nemá situaci takto řešit, snaží se s ním o tom bavit a neustále dokola vše vysvětlovat.

D4 – D6 konstatují, že se snaží děti vést či vysvětlovat situace, málokdy to má ovšem reálný úspěch. Vše záleží spíše na rozpoložení dítěte, než na tom, že by fungovaly vhodné vzorce chování. Často také funguje jako motivace věc či jídlo, kterou dítě chce.

5.4 Masturbace, poluce, menstruace

Tento okruh se zaměřuje na všechny projevy sexuality typické pro tento věk, zejména masturbace, která je pro děti s poruchou autistického spektra poměrně běžným katalyzátorem nahromaděného tlaku a stresu.

„Mluvíte se svým dítětem o projevech jeho sexuality?“

D1: *„Ano, momentální téma jsou ranní erekce, ty jsme spolu probrali – proč se to děje a k čemu to je.“* D2 uvádí, že dcera vše zná ze školy, proto není třeba dalších výkladů.

D3 – D7 uvádí, že se snaží vysvětlovat, co je každé dítě schopné pochopit, ale v konkrétních souvislostech to tyto děti nejsou schopné rozlišit a pochopit.

D4: *„Ne, není to schopen pochopit. Pouze se ho drilem snažíme naučit, jaké chování je vhodné a jaké ne.“*

D5: *„Doma jí vysvětlujeme, co je schopná pochopit – zvládne rozlišovat mezi dívkou (ukazuje si na prsa a genitálie) a chlapcem (hodně pozoruje otce).“*

„Nemáte problém se o těchto věcech se svým dítětem bavit?“

Na tuto otázku odpověděly pouze D1 a D2.

D1: *„Jsme zvyklí se se synem bavit o věcech, které nejsou přiměřené jeho věku. Vše bere velmi informačně, je snadné se o tom s ním bavit.“*

D2: *„Není potřeba se s ní o tom nějak zvlášť bavit.“*

„V tomto věku je běžné, že děti začínají experimentovat s masturbací. Všimla jste si, jestli Vaše dítě začalo masturbovat?“

D2 odpověděla negativně, stejně jako D1, která dodává: *„Myslím, že ne – má třeba ruku v kalhotách a něco si tam šudlá, ale masturbace je něco intenzivnějšího, nemá to žádnou frekvenci, nesoustředí se na to. Asi jako když se vy poškrábete na zádech.“*

Mimo D3 všechny ostatní dotazované uvedly, že jejich děti již delší dobu masturbují pravidelně.

D4: *„Masturbuje asi od tří let, dříve to dělal kdykoli, kdekoli a před kýmkoli, ale dnes už jsme ho víceméně naučili, aby chodil do svého pokoje.“*

D5: *„Ano, masturbuje většinou doma, na veřejnosti si hladí prsa, tak ji musíme krotit.“*

„Myslíte si, že to dělá úmyslně nebo spíše náhodou?“

Všechny dotazované, které odpověděly kladně na předchozí otázku, uvedly, že jejich děti masturbují úmyslně.

D4: *„Úmyslně, když je rozhozený, tak ho to uklidňuje, je to pro něj jistota.“*

D7: *„Úmyslně, zkusil to a zalíbilo se mu to.“*

„Používá k tomu nějaké neobvyklé předměty, které by pro něj mohly být potenciálně nebezpečné?“

Respondentky, které kladně odpověděly na dvě předchozí otázky, popírají masturbaci s nebezpečnými předměty; polovina nicméně připouští, že by tato situace ještě mohla nastat. Jako nejběžnější předměty uvádějí polštáře, deky, tření se...

„Bavíte se o tom se svým dítětem? Víte, jak v takové situaci reagovat?“

Dotazované uvádí, že masturbaci nezakazují, ale snaží se své dítě naučit vhodnému chování, které by mělo při takto intimních věcech dodržovat.

D3: *„Snažíme se nastavit pevná pravidla.“*

D4: *„Snažíme se ho naučit, aby to nedělal na veřejnosti, ale pouze u sebe...“*

D6: „S intaktním dítětem by se to řešilo lépe, on neví, co se svým tělem dělat, a slovnímu vysvětlení neporozumí... Sama nevím, co dělat, nikdo nic neporadí, nevím, co dál.“

Následující oddíl byl spíše jen pro dívky, přesto odpověděla i matka jednoho chlapce.

„Mluvila jste s Vaším dítětem o menstruaci?“

D2 uvádí, že dcera vše zná ze školní výuky, ale že menstruaci ještě nemá. D5 říká, že dcera velmi rychle vospěla a menstruaci má již od svých 10 let.

D1: „Řešili jsme se synem menstruaci, když viděl reklamu na vložky. Vysvětlila jsem mu průběh měsíčního cyklu a byl spokojen.“

„Zvládá Vaše dcera samostatnou hygienu při menstruaci? Vysledovali jste nějaké změny v chování v průběhu menstruace?“

D2 uvádí, že zatím si to zcela neumí představit, protože se s tímto problémem zatím nepotýkají. Předpokládá, že s dostatečnou instruktáží a proškolením to nebude problém.

D5: „Zvládneme hygienu docela dobře, na menstruaci se těší – ráda nosí vložky. Někdy ovšem bývá v době menstruace více agresivní.“

5.5 Vztahy

V tomto okruhu se zabývám otázkami okolo mezilidských vztahů – jak je dítě schopné navazovat sociální vztahy, jestli se zajímá o tělo jiných osob a zda se svým dítětem rodiče řešili otázku partnerských vztahů, pohlavního styku či početí dítěte.

„Jak zvládá Vaše dítě navazovat sociální vztahy?“

D1 uvádí, že její syn nemá tendence vyhledávat kamarádství, má spíše „umělé“ kamarády produkované svými rodiči. Ve škole raději vyhledává děvčata, protože hra chlapců je pro něj příliš fyzická.

D2: „Velmi neúměrně – nezájem o vrstevníky nebo přehnaný zájem. Kamarády nemá, ale nemá ani vážnější problémy v kolektivu.“

Tři z pěti zbylých respondentek uvedly, že jejich děti mají větší zájem o přátelství a společnost druhých, přestože své potřeby stále prosazují neúměrnou formou.

D4: *„Nyní začíná potřebovat vrstevníky, snaží se občas s nimi komunikovat – dříve ne. Se svým bratrem komunikuje tak, že se ho snaží fyzicky napadat – snaha o získání pozornosti.“*

D5: *„Nyní už více drží s dětmi než dříve. Někdy se zavře u sebe a nechce s nikým mluvit, ale již ne tak často.“*

Zbylé dvě respondentky uvádí, že jejich děti i nadále nemají potřebu vyhledávat společnost svých vrstevníků.

D6: *„Špatně. Hraje si spíš vedle dětí, děti mu většinou spíš ubližují.“*

„Všimli jste si, jestli se Vaše dítě zajímá o tělo jiných osob (dospělí, děti, holky, kluci)?“

D1 i D2 se shodují, že zvýšený zájem o lidské tělo z fyzického hlediska nepozorují. Obě děti mají rády fyzický kontakt, ovšem od cizích lidí ho nevyhledávají.

D1: *„Někdy komentuje mne, sahá mi třeba na prsa. Dříve se hodně mazlil s cizími lidmi, dnes už jen doma, ale nevidím v tom nic sexuálního, spíše dětského.“*

D6 uvádí, že pozoruje u svého syna zájem, který je podbarven sexuální tematikou. *„Začíná se mu to líbit, hodně pozoruje lidská těla v reklamách nebo třeba u bazénu – už tam ta sexuální stránka je. Nelíbí se mu všechna těla, většinou jen hezké holky.“*

Podobnou zkušenost uvádí i D3: *„Ted' začal reagovat na lidské tělo, třeba i na moje – to dříve nedělal (přitahují ho prsa).“*

Zbylé tři respondentky takový zájem u svých dětí nepozorují. Co se týká fyzického kontaktu obecně, většina dětí ho má rádo - musí si o něj ovšem říci samo dítě, jinak jsou takové doteky zdrojem problémového chování.

„Hovořili jste se svým dítětem o partnerských vztazích?“

D1 a D2 shodně uvádí, že se o tom se svými dětmi baví a snaží se jim tyto věci náležitě vysvětlovat.

D1: „*Mluvili jsme s ním o manželství (rodiče nežijí sezdání), o tom, že se s ním ta jeho přítelkyně může rozejít, probírali jsme homosexuální vztahy.*“

Zbytek respondentek uvádí, že jejich děti nejsou schopny toto téma pochopit – je to příliš abstraktní a neuchopitelná záležitost.

D5: „*Toto není schopna pochopit – reaguje pouze na ráznější rozkazy a příkazy.*“

D7: „*Ne, nepochopí to; ani pojem rodina není schopný vstřebat – jak má omezené chápání.*“

„Mluvili jste se svým dítětem o pohlavním styku nebo o početí dítěte?“

Většina respondentek odpověděla stejně jako na předchozí otázku, že jejich děti nejsou schopny uvažovat v takové rovině, aby pochopily záležitosti jako pohlavní styk či početí. Pouze D1 – D3 odpověděli jinak.

D1: „*O pohlavním styku (jako průnik někam) jsme zatím nemluvili; čekám, až podnět přijde od něj – vždy to máme jako velké téma, tak se toho trochu obávám. Poté to s ním ale dostatečně probereme.*“

D2: „*Ano, dostali se na to i ve škole. Ví, jak co probíhá, jak se zplodí dítě a jak to mezi lidmi funguje. Nemá obvyklé zájmy jako dívky v jejím věku, ale chápe vztahy; co vše je třeba k tomu, když si dva chtějí pořídit dítě...*“

D3: „*Budeme to muset řešit, až to přijde, asi pomocí obrázků a fotek.*“

D1 a D2 uvádí, že jejich dítě s poruchou autistického spektra bylo již dostatečně vnímavé, když byla matka znovu těhotná. Dle jejich tvrzení byl toto nejlepší příklad hovoření o početí dítěte a o porodu, protože dítě mohlo přímo vnímat změny na matčině těle, tudíž byly všechny otázky přirozeně zodpovězeny.

5.6 Sexuální výchova ve škole

Tento okruh se zaměřuje na zjištění situace ohledně sexuální výchovy ve školách, kterou děti respondentů navštěvují – zda sexuální výchova probíhá, a pokud ano, zda je dostatečně názorná a kdo z pedagogů se tomuto tématu věnuje.

„Proběhla ve škole Vašeho dítěte nějaká forma sexuální výchovy?“

D1 uvádí, že její syn navštěvuje církevní školu, kde jsou přísnější podmínky, a proto tam sexuální výchova neprobíhá.

D2: *„Diagnózu má chvíli, předtím chodila do speciální třídy pro zrakově postižené a tam se tomuto tématu hodně věnovali. Byla natolik informovaná, že už nebylo ani co dodávat.“*

Zbylé respondentky shodně uvádí, že u nikoho ve škole sexuální výchova neprobíhá.

D6: *„Ne, ve třídě našeho syna jsou hodně postižené děti, takže by to asi nepochopili. Tyto děti to spíše okoukávají.“*

D7: *„Ne, tam se to neřeší. Ve třídě je každé dítě jiné a upřímně – naše děti by nikdo jiný do třídy nechtěl.“*

„Byla výuka ve třídě dostatečně názorná?“

Na tuto otázku mohla dále odpovídat pouze D2. Uvádí, že dcera byla ze své školy natolik informovaná, že už nebylo třeba nic dodávat.

„Mluví o tomto tématu s Vaším dítětem učitel nebo asistent pedagoga?“

Na tuto otázku reaguje opět pouze D2 – v minulé třídě toto s dětmi řešila hlavně třídní učitelka.

5.7 Informovanost

V posledním okruhu rozhovoru jsem se zabývala, zda jsou rodiče informovaní ohledně tematiky sexuální výchovy dětí s poruchou autistického spektra, a jaká je informovanost ohledně tohoto tématu obecně. Dále mě zajímalo, zda jim mimo školu poskytuje podporu nějaké centrum, které se svým dítětem navštěvují.

„Myslíte si, že existuje dostatek informačních materiálů ohledně sexuální výchovy dětí s poruchou autistického spektra?“

D1 a D2 se shodují, že takových to materiálů je určitě nedostatek. Ale vzhledem k tomu, že jejich děti mají diagnózu Aspergerův syndrom, vystačí si s materiály pro

intaktní děti; pouze vysvětlování je pro ně komplikovanější a zdlouhavější než pro rodiče dětí intaktních.

Zbytek respondentek odpovídá, že pro jejich děti s nízkofunkčním autismem materiály s touto tematikou neexistují; a pokud ano, není snadné se k nim dostat, vzhledem k tomu, že u nás nebývají přeložené ani publikované. Některé z matek vyjadřují obavy z nejisté budoucnosti, jiné to již téměř vzdali.

D4: *„Období shánění materiálů již máme za sebou, zjistili jsme, na čem jsme a že s tím nic moc nenaděláme. Mnohé z těch eufemistických věcí jsou pro nás úplně zbytečné vzhledem k těžké formě autismu našeho syna.“*

D6: *„Já jsem teď ohledně puberty dítěte s autismem začala hledat, ale materiály téměř nejsou... Hodně se mluví o Aspergerech, pro ty třeba materiály jsou; pro naše děti ale žádné takové materiály nejsou. Nechci ho izolovat, ale bojím se, že to bude s přibývajícím věkem horší.“*

„Jaké materiály či na jaké téma zaměřené materiály byste ocenili?“

Na tuto otázku každý z respondentek odpovídal dle toho, jaké problémy se svým dítětem konkrétně řeší: *„Zvláště ohledně puberty, cokoli ohledně nízkofunkčních autistů, na všechno – pohlavní styk, těhotenství, vývoj těla...“*

Zajímavá byla zmínka o materiálech, které by lépe propracovávaly mezilidské vztahy, osvětlovaly by lásku a city. Takový materiál by jistě dětem s poruchou autistického spektra výrazně usnadnil orientaci v těchto – pro ně jinak velmi nepřehledných – záležitostech.

„Poskytuje Vám v této oblasti podporu škola nebo centrum, které Vaše dítě navštěvuje?“

D1 uvádí, že ne, ale maminky si vhodné a ozkoušené materiály doporučují. Pro D2 je informovanost dostačující.

Zbývající respondentky uvádějí, že centrum buď podporu neposkytuje, nebo tento problém ještě neřeší, popř. už neřeší. Pokud by nějakou pomoc nutně potřebovaly,

pravděpodobně by se obrátily na organizaci APLA, na Dr. Štěrbovou nebo Mgr. Koppovou, která by je nasměrovala dále - podle toho, co by potřebovaly.

6. Diskuze

V této části práce jsou interpretovány výsledky výzkumu, kterým se tato práce zabývala. Budou porovnávány hlavně rozdíly mezi dětmi s vysokofunkčním typem poruchy autistického spektra (D1, D2) a dětmi s nízkofunkčním typem poruchy autistického spektra (D3 – D7). V diskuzi zmiňuji taktéž odkazy na současnou literaturu.

V okruhu puberta respondenti D1 a D2 neuvádějí téměř žádné výrazné problémy. Pro jejich děti je vnímání záležitostí ohledně puberty snadnější zvláště z důvodu zachování intelektu a schopnosti komunikace – jejich děti se zajímají o pubertu jako takovou, ptají se svých rodičů a jsou schopni tomuto tématu z velké části porozumět. Chování dětí v tomto období nedošlo výrazných změn. Zbylé respondentky vypovídají, že jejich děti nejsou schopny pochopit náhlou změnu, která se s nimi v období puberty děje, a tudíž ji nejsou schopny řešit přiměřeným způsobem – což se ve většině dotazovaných případů projevuje nárůstem problémového chování. U těchto dětí chybí jak schopnost pochopení této problematiky, tak možnost verbální konfrontace s rodiči, což by jim napomohlo osvětlit tuto náročnou problematiku. Proto by se rodiče měli snažit dětem předávat informace jiným způsobem než verbálně – např. připravit konkrétní materiály, na kterých bude vizualizovaný průběh změn lidského těla v období puberty, popř. jim zařídit vlastní fotoknihu, kde budou zaznamenávat změny jejich dítěte v období puberty - pomůže dítěti s vlastním uvědoměním a identifikací (Centre for autism Middletown, 2011).

V tématickém okruhu soukromé x veřejné se D1 a D2 shodují, že jejich děti mají s pojmem soukromí stále značné problémy, stejně jako s rozdílem mezi soukromým a veřejným (jsou schopny pojmy pochopit pouze v konkrétní rovině jednoho případu). Následky poruchy autistického spektra jsou zde nepopiratelné – tyto pojmy jsou příliš abstraktní a děti nejsou schopny rozlišit jemné nuance ve významu slov. Zbylé respondentky vypovídají, že jejich děti nejsou schopny pochopit pojem soukromí; ani jejich chování v soukromí nebo na veřejnosti není ovlivněno osvojením si těchto pojmů – vždy vše záleží spíše na rozpoložení dítěte, než na tom, že by si uvědomovalo své

chování v důsledku rozklíčování přímé situace. Ohledně rizika sexuálního zneužití dítěte si žádná z matek není zcela jista reakcí svého dítěte, přesto se u matek dětí s mentální retardací vyskytují výraznější obavy, že by se jejich dítě v tomto případě nebránilo. Tyto obavy se vyskytly i u matek dětí bez mentální retardace, přesto by dle nich spíše záleželo na konkrétní situaci (zda by člověk dítě vhodně nalákal nebo zda by to byl známý člověk); nejsou si jisti, zda by v těchto případech dítě situaci správně vyhodnotilo. Dle Štěrbové (2009) je za sexuální zneužití považováno jakékoli jednání sexuálního charakteru, které se odehrává bez souhlasu druhé osoby. Proto je velmi důležité naučit tyto děti rozlišovat rizikové situace a říkat ne (za předpokladu, že si riziko uvědomí). Ohledně rizik spojených s používáním internetu se vyjádřili pouze tři respondenti – riziko si uvědomují, snaží se ho eliminovat dostatečnou kontrolou. Toto riziko je ale dle mého mínění na velmi podobné úrovni jako u dětí intaktních. Pojmy jako soukromí či veřejnost jsou náročné na pochopení všech dětí s poruchou autistického spektra. Již od raného dětství by se rodiče měli snažit dbát na dodržování těchto hranic, protože je to asi nejspolehlivější metoda, jak dítě naučit chování, které je tolerovatelné společností. Je navíc možno využívat pomůcek jako jsou seznamy sepsaných soukromých či veřejných míst, které dítěti usnadní orientaci v problematice.

Okruh problémového chování byl do této práce zapojen zvláště proto, že období puberty je v rámci chování rizikovým faktorem pro všechny děti. Děti s poruchou autistického spektra jsou navíc silně ovlivňovány svým postižením a v období puberty dochází často k výrazným zvrátům v jejich „tradičním“ chování. Toto problémové chování může zasáhnout i do chování sexuálního charakteru. Matky dětí s vysokofunkčním typem poruchy autistického spektra uvádí lehké změny v chování svých dětí – větší míra sebepoškozování, zhoršené soustředění, drzost. Matky ostatních dětí uvádějí zhoršení problémového chování v různé míře – sebepoškozování, obnažování se, masturbace na veřejnosti, problémy s hygienickými úkony... Rodiče se snaží řešit tyto problémy domluvou – málokdy však následuje úspěch. Dále k řešení těchto problémů používají vnější motivaci, výsledky jejich snažení ovšem závisí na momentálním rozpoložení dítěte – uvádějí, že nemají žádný osvědčený způsob – a jsou spíše dílem náhody. Dle Straussové a Knotkové (2011) se rodiče mají zaměřit na

příčiny vzniku problémového chování, zpřehlednit dítěti jeho okolí, čas a vztahy; naučit ho vyjadřovat svá přání a touhy; pomáhat mu budovat svůj vlastní obraz, aby mělo povědomí samo o sobě. Díky tomu by se měli vyvarovat zbytečné frustrace dítěte a tím redukovat jeho problémové chování.

Další okruh se zabývá projevy sexuality typickými pro starší školní věk dětí. Respondentky D1 a D2 se svými dětmi tyto záležitosti řeší, jejich děti netrpí ostychem se ptát, informace pro ně mají technický charakter. U jejich dětí nepozorují snahu o masturbaci. Dívka je informována o menstruaci (přestože toto téma u ní ještě není aktuální), i chlapec má dostatečné informace o tom, jak a proč menstruace probíhá – opět jsou to pro něj informace praktického a technického charakteru. Zbylé respondentky se se svými dětmi nemohou o těchto záležitostech bavit, úroveň chápání jejich dětí není dostatečně vyvinuta. Snaží se tedy řešit přímé projevy v konkrétních souvislostech a naučit své děti, jaké chování je společensky přijatelné na veřejnosti. Čtyři z pěti zbylých respondentek uvádí, že jejich děti pravidelně masturbují za účelem uspokojení nebo v případě své vnitřní nepohody. Rodiče se snaží své děti naučit, aby masturbaci prováděly v soukromí, ideálně pouze ve vlastním pokoji či v koupelně. Přesto si sami nejsou jisti, jak přesně by v těchto případech měli postupovat, jak se nejlépe zachovat a jak naučit své děti nastavená pravidla dodržovat. Respondentka D5, jejíž dcerou je jediná dívka s mentální retardací, uvádí, že její dcera se na menstruaci těší a poměrně zvládá i dostatečnou hygienu; její chování se v tomto období ovšem stává více agresivním. Dle Amaze (2006) u dětí s nízkofunkčním typem poruchy autistického spektra nemá valného významu učit děti, jak a proč tyto věci fungují – praktičtější je děti naučit vhodnému chování ohledně masturbace, menstruace a dalších projevů sexuality. Není třeba děti zahlcovat informacemi a pokyny, které nejsou schopny vyhodnotit. Je výhodnější naučit je správnému chování a dobré hygieně – navíc lze vizualizovat i průběhy projevů sexuality, popř. pomoci jim nácvikem masturbace.

V okruhu týkajícím se vztahů respondentky D1 a D2 popisují, že jejich děti neumějí navazovat skutečná přátelství, ovšem v kolektivu nemají větší problémy a jsou schopny s vrstevníky vyjít. Fyzický kontakt vyhledávají téměř výhradně v domácím prostředí, dle jejich výpovědí jde ale pouze o dětský zájem bez sexuálního podtextu. Dle tří z pěti

zbylých respondentek začaly jejich děti v pubertě jevit větší zájem o přátelství, ovšem jejich zájem je neúměrný situacím. Zbývající dvě děti stále nemají větší zájem o přátelství. D3 a D5 již pozorují u svých dětí jednání podbarvené sexuální tematikou – v pohledech na cizí ženy a lehce i v kontaktu se svými matkami. U zbylých tří dětí jejich rodiče takové jednání nepozorují. Matky D1 a D2 navíc se svými dětmi probírají i náročnější témata jako partnerské vztahy, početí dětí apod. Děti s nízkofunkčním typem poruchy autistického spektra nejsou schopny pochopit tyto náročnější záležitosti, jejich uvažování v této rovině již neprobíhá dostatečně. Neochota či nezájem o vrstevnickou skupinu je přímý dopad poruchy autistického spektra na dítě staršího školního věku. Dle Říčana (2004), Langmeiera (1998) a Vágnerové (2008) se v tomto věku stává vrstevnická skupina středobodem vesmíru – ne však pro autisty. V tomto případě je vhodné, aby rodiče zasahovali velmi citlivě – mohou dítěti produkovat kamarády a pobízet dítě k hraní s vrstevníky, neměli by to však činit příliš naléhavě či agresivně; měli by nechat své dítě rozvíjet se takovým způsobem, jaký je mu přirozený a příjemný.

Okruh zabývající se sexuální výchovou ve škole přinesl překvapivé výsledky. Analyzování situace ve školském zařízení ve výuce sexuální výchovy byl jedním z dílčích cílů práce. Ze sedmi respondentek pouze jedna matka odpověděla, že její dcera absolvovala ve škole nějakou formu sexuální výchovy – a to ještě v době, kdy neměla diagnózu porucha autistického spektra, ale ve speciální třídě pro děti se zrakovým postižením. Dle slov matky byla tato sexuální výchova dostatečná, názorná; v době, kdy chtěla se svou dcerou probírat toto téma, byl její dcera již dostatečně informovaná v celém rozsahu sexuální výchovy. U žádného z ostatních dětí žádná sexuální výchova ve školském zařízení neprobíhá. Toto zjištění mi přišlo poměrně alarmující, protože je dle mého mínění nutností tyto záležitosti dětem vštěpovat – v těchto případech dostatečně názorně a uzpůsobeně jejich chápání. Na druhé straně rozumím fakt, že pokud je ve třídě více dětí s různým postižením v těžkých formách, je velmi náročné sexuální výchovu realizovat. Pro představu dle RVP ZŠS (2008) je sexuální výchova začleněna do vzdělávacích oblastí a průřezových témat, jako samostatný předmět se neučí. Měl by ovšem zasahovat do oblasti Člověk a jeho svět (Lidé kolem nás, Člověk a

zdraví) Člověk a společnost (Člověk ve společnosti) a Člověk a zdraví (Výchova ke zdraví) a dále v průřezovém tématu občanská a sociální výchova.

Poslední okruh se týká tématu informovanosti rodičů o této problematice. Všechny matky se shodují, že informačních materiálů ohledně sexuální výchovy dětí s poruchou autistického spektra je nedostatek, jsou špatně dostupné nebo vůbec neexistují. Tyto materiály si rodiče buď doporučují mezi sebou, nebo je dostávají na doporučení různých odborníků. Více materiálů můžeme najít pro děti s Aspergerovým syndromem – jejich rodiče si velmi často vystačí s materiály pro děti intaktní, pouze vysvětlování této problematiky je pro ně zdouhavější a složitější. Pro rodiče je řešení tohoto vývojového období stěžejní, protože je neustále stravuje strach z nejisté budoucnosti, která před nimi a jejich dětmi leží.

7. Závěr

Správná výchova dítěte v pubertě není snadná a rodiče dětí s poruchou autistického spektra mají v tomto období ještě daleko více práce než rodiče dětí intaktních. Tito rodiče jsou navíc stravováni strachem o budoucnost svých potomků, kteří se v pubertě mění na dospělé jedince se vším všudy.

Pro děti s vysokofunkčním typem poruchy autistického spektra je nejdůležitější pokládat důraz na citovou oblast – vysvětlovat a osvojovat jim pojmy jako partnerství, manželství, emoce a soukromí. Puberta u nich není tak bouřlivá jako u dětí s nízkofunkčním typem poruchy, zde stačí regulovat a vštěpovat zásady vhodného chování a pomoci s dodržováním společenského odstupu.

Zvláště u dětí s nízkofunkčním typem poruchy autistického spektra není dobré podceňovat význam sexuální výchovy. Bylo by vhodné se sexuální výchovou začít již v mladším věku – zvláště nastavením pravidel a povinností, která musí být striktně dodržována. Tato výchova by měla probíhat v rodině i ve školském zařízení, ideálně kooperativně. Bylo by vhodné vytvořit materiály (dostatečně praktické a vizuálně názorné), které by mohly být používány při výuce – ty by sloužily jak pro přímé nácviky činností (hygiena, změny těla v období puberty, masturbace), tak i pro orientaci v pojmech jako soukromí, veřejnost, láska, partner...

Dále by bylo vhodné podpořit informovanost rodičů – za pomoci cílených seminářů (pouze pro rodiče), instruktážních videí a překladem kvalitní literatury z cizích jazyků.

Rodiče dětí s poruchou autistického spektra se shodují na tom, že péče o jejich děti je radost i starost současně. Někdy převládá jedno, jindy druhé. Proto bych práci chtěla zakončit citátem z článku Petra Třešňáka Děti úplňku uveřejněného v časopisu Respekt, za nějž získal Novinářskou cenu Psychiatrické společnosti pro rok 2014.

„Autismus je mince o dvou stranách. Má stejně tak potenciál rozkládat všechno kolem sebe jako aktivovat obrovské množství sounáležitosti. Zažíváme dojemnou podporu přátel, extázi z malých úspěchů a chvíl úlevy, hodně jsme se naučili smířovat s tím, co nejde změnit. Autismus umí znásobit špatné i dobré ingredience života do velké intenzity...“

Seznam použitých zdrojů

1. AMAZE (AUTISM VICTORIA). *Puberty and Autism Spectrum Disorder*. AMAZE (AUTISM VICTORIA), © 2006, reviewed 2011. Dostupné také z: <http://www.amaze.org.au/uploads/2011/08/Fact-Sheet-Puberty-and-Autism-Spectrum-Disorders-Aug-2011.pdf>
2. BARON-COHEN, S., LESLIE, A. M., FRITH, U.: Does the autistic children have a „theory of mind“? *Cognition*. [online]. 1985, č. 21, s. 37-46. ISSN 0010-0277. Dostupné také z: http://autismtruths.org/pdf/3.%20Does%20the%20autistic%20child%20have%20a%20theory%20of%20mind_SBC.pdf
3. BEYER, Jannik a Lone GAMMELTOFT. *Autismus a hra*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-157-3.
4. CENTRE FOR AUTISM MIDDLETOWN. *Autism spectrum disorder – Relationships and Sexuality. Research bulletin issue no.5*. Centre for autism Middletown, [© 2011]. Dostupné také z: <https://www.middletownautism.com/fs/doc/publications/mca-booklet-0005-wlink.pdf>
5. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. Olomouc: Epava, 2000. ISBN 978-80-86297-05-7.
6. FAFEJTA, Martin. *Úvod do sociologie pohlaví a sexuality*. Věrovany: Nakladatelství Jan Piszkiwicz, 2004. ISBN 80-86768-06-6.
7. GILLBERG, Christopher a Theo PEETERS. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-856-2.
8. HOWLIN, Patricia. *Autismus u dospívajících a dospělých*. Praha: Portál, 2005. ISBN: 80-7367-041-0.
9. HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK. *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.
10. LANGMEIR, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-195-X.

11. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
12. MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-188-3.
13. MÜHLPACHR, Pavel. Autismus. In: VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
14. MATĚJČEK, Zdeněk. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál, 2007. ISBN 80-7367-325-8.
15. PONDĚLÍČEK, Ivo. *Každopádně sexualita*. Praha: Michal Zítka – Otakar II., 2000. ISBN 80-86355-49-7.
16. RICHMAN, Shira. *Výchova dětí s autismem*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-424-3.
17. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem. Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.
18. STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
19. STRAUSSOVÁ, Romana a Monika, KNOTKOVÁ. *Průvodce rodičů dětí autistického spektra. Jak začít a proč*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0002-4.
20. ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexuální výchova a osvěta u osob s mentálním postižením*. 1. vydání. Praha: Nová tiskárna Pelhřimov, 2009. ISBN: 978-80-7415-005-0.
21. THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.
22. THOROVÁ, Kateřina a Hynek, JŮN. *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo autismem*. © Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA PRAHA, STŘEDNÍ ČECHY o. s., 2012.
23. TISSOT, Samuel André. *Treatise on the diseases produced by onanism*. New York: Collins & Hannay, 1832. ISBN chybí.

24. TŘEŠŇÁK, Petr. Děti úplňku. *Respekt*. 2014, č. 5. ISSN 1801-1446. Dostupné také z: <http://respekt.ihned.cz/c1-61612820-deti-uplnku>
25. UZEL, Radim. *Sexuální výchova*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-69-5.
26. UZEL, Radim. *Máme za sebou tři sexuální revoluce*. In: Novinky [online]. Únor 20, 2010,15:00[cit.2014-03-31]. Dostupné z: <http://m.novinky.cz/articleDetails?query=radim%20uzel%20t%C5%99i%20sexu%C3%A1ln%C3%AD%20revoluce&sznu=0pd8kMsaPDsbYa4r&ref=search&aId=192346>
27. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-0956-0.
28. VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.
29. VERMEULEN, Peter. *Autistické myšlení*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1600-8.
30. VÚP PRAHA. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální*. Praha: VÚP, 2008. ISBN 978-80-87000-25-0.