

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálně pedagogických studií

Bakalářská práce

Květoslava Skryjová

**Agrese u osob s mentální retardací a poruchami
autistického spektra**

Olomouc 2013

vedoucí práce: Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou v seznamu bibliografických citací.

V Olomouci dne

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Lucii Pastierikové, Ph.D. za odborné vedení, za rady a dobrou spolupráci. Dále bych chtěla poděkovat studentům speciální pedagogiky UP v Olomouci za vyplněné dotazníky. Také chci poděkovat své rodině a hlavně snoubenci za podporu a trpělivost.

Obsah

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Mentální retardace	7
1.1 Defínice mentální retardace	7
1.2 Klasifikace mentální retardace a charakteristika jednotlivých stupňů	7
1.2.1 Lehká mentální retardace (F70, IQ 50-69).....	7
1.2.2 Středně těžká mentální retardace (F71, IQ 35-49)	8
1.2.3 Těžká mentální retardace (F72, IQ 20-34)	9
1.2.4 Hluboká mentální retardace (F73, IQ pod 20)	9
1.2.5 Jiná mentální retardace (F78).....	10
1.2.6 Nespecifikovaná mentální retardace (F79).....	10
1.3 Etiologie mentální retardace	10
1.4 Diagnostika mentální retardace.....	10
1.5 Četnost mentální retardace.....	11
2 Poruchy autistického spektra	13
2.1 Defínice poruch autistického spektra.....	13
2.1.1 Triáda postižených oblastí vývoje.....	13
2.2 Klasifikace poruch autistického spektra	14
2.2.1 Dětský autismus (F84.0)	15
2.2.2 Atypický autismus (F84.1).....	16
2.2.3 Rettův syndrom (F84.2)	16
2.2.4 Aspergerův syndrom (F84.5)	17
2.2.5 Jiná dětská dezintegrační porucha (F84.3)	17
2.2.6 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4)	18
2.3 Etiologie PAS	18
2.4 Diagnostika PAS.....	19
2.5 Četnost PAS.....	20
3 Agrese, agresivita a agresivní chování	21
3.1 Druhy agrese	22
3.2 Teorie agrese.....	24
3.2.1 Instinktivistické teorie agrese.....	24
3.2.2 Pudové teorie.....	25
3.2.3 Dollard Millerova teorie frustrace a agrese	26
3.2.4 Teorie sociálního učení	27

PRAKTICKÁ ČÁST	29
4 Zkušenosti studentů s agresí u osob s MR a u osob s PAS	29
4.1 Výzkumné cíle	29
4.2 Metoda výzkumu	29
4.3 Popis výzkumného vzorku	29
4.4 Prezentace a popis výsledků	30
4.4.1 Uzavřené otázky	30
4.4.2 Vyhodnocení modelových situací	34
4.5 Shrnutí výzkumu	36
ZÁVĚR.....	37
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	38
SEZNAM INTERNETOVÝCH CITACÍ	39
SEZNAM PŘÍLOH	39
PŘÍLOHA Č. 1	40
ANOTACE	42

Úvod

Téma bakalářské práce jsem si zvolila na základě vlastní zkušenosti. Tuto zkušenost jsme nabila během svého studia, když jsem dělala asistentku pedagoga v mateřské škole. Do mateřské školy byl integrován chlapec s dětským autismem. Do kolektivu se nepadno začleňoval a nejraději si hrál sám. Když byl vyrušen ze své činnosti, projevoval agresivní chování vůči rušiteli i vůči sobě. Na požadavky ze strany personálu také reagoval agresivně. Snaha o zmírnění negativních projevů narazila na nepřipravenost pracoviště. Moje připravenost také nebyla na dobré úrovni. I přes všechny problémy se mi po čase podařilo s chlapcem navázat kontakt a situaci zvládat.

Cílem této práce bylo zjistit, jestli jsou mé zkušenosti ojedinělé a vázané pouze na jedno pracoviště, nebo jestli se jedná o širší problém. Za tímto účelem jsem se rozhodla oslovit studenty speciální pedagogiky různých ročníků. Bakalářská práce také obsahuje teoretickou část, která vymezuje a popisuje základní pojmy. Kromě poruch autistického spektra se práce zabývá i mentální retardací, protože projevy agrese u těchto postižení jsou si podobny. Zároveň se s těmito fenomény setkávají speciální pedagogové na podobných pracovištích.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Mentální retardace

1.1 Definice mentální retardace

„Pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit); doslovný překlad by tedy zněl „opozždění (zpomalení) myslí“. Ve skutečnosti je mentální retardace podstatně složitější syndromatické postižení, které postihuje nejenom psychické (mentální) schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách.“ (Slowík, 2007, s. 109)

Mentální retardace je vrozené a trvalé postižení, které se v závislosti na etiologii a vhodné stimulaci může do jisté míry zlepšit. Toto zlepšení však není schopné přesáhnout stupeň intelektového vývoje, proto zůstává méně než 70 % normy. (Vágnerová, 2004)

„Hlavními znaky mentální retardace jsou nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky. Limitovaný rozvoj rozumových schopností bývá spojen s postižením či změnou dalších schopností a s odlišnostmi ve struktuře osobnosti.“ (Vágnerová, 2004, s. 289)

Z uvedených definic vyplývá, že mentální retardace ovlivňuje jedince po celý jeho život, zasahuje do všech složek, biologické, psychologické, sociální i spirituální.

1.2 Klasifikace mentální retardace a charakteristika jednotlivých stupňů

Mentální retardace je podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), kterou vydala Světová zdravotnická organizace, členěná do následujících stupňů postižení dle inteligenčního kvocientu (IQ):

1.2.1 Lehká mentální retardace (F70, IQ 50-69)

V mentálně retardované populaci se tato diagnostika vyskytuje zhruba u 80%. Vývoj osob s tímto postižením se během dětského věku opožďuje například v oblasti řeči. Řeč si však osvojí a jsou schopni jí použít v každodenním životě. (Čadilová aj., 2007)

Potíže ve škole jsou převážně zastoupeny různými specifickými poruchami učení. Dále lidé s lehkou MR nejsou schopni používat abstraktní a logické operace, proto jsou jim

často nabízené činnosti zaměřené převážně na manuální zručnost, než ty které vyžadují logické dovednosti.

Co se týká běžného života a samoobsluhy jsou lidé s lehkou MR do jisté míry samostatní. V jejich známém a adaptovaném prostředí jsou také schopni docházet do práce a samostatně bydlet za dohledu druhé osoby. (Čadilová aj., 2007)

Důsledky tohoto postižení se projeví, jestliže se jedná o sociálně a emočně nevyspělého jedince a to v oblastech, které vyžadují řešení problémů, vyrovnání se s požadavky a přizpůsobením se. (Švarcová, 2006)

Tato diagnóza zahrnuje:

- slabomyslnost,
- lehkou mentální subnormalitu,
- lehkou oligofrenii (dříve označovanou jako debilita). (Švarcová, 2006)

Děti s lehkou MR jsou početnou skupinou, která je z části integrovaná do škol intaktní populace. Jejich činnost ve škole může být podpořena asistentem pedagoga či osobním asistentem na žádost ředitele či zákonných zástupců (rodičů). Činnost těchto pracovníků je závislá zcela na potřebách konkrétního žáka a jeho aktuální životní etapě, ve které se nachází.

Pedagog musí brát v potaz individuální tempo žáka a přizpůsobit mu tak učivo. Správná motivace a kladné hodnocení žáka, může vést k výsledku, že žák se bude cítit pro třídu potřebný a mezi spolužáky uznávaný. Specifická práce nebude pouze s integrovaným žákem, ale také s celým třídním kolektivem. Pedagog by měl být schopný utvářet takové klima třídy, které by předcházelo vzniku separace integrovaného nebo až k jeho šikaně.

Integrace podle mého názoru může dítě natolik motivovat, že jeho postižení bude mít minimální dopad na jeho osobnost a sociální vztahy s vrstevníky.

1.2.2 Středně těžká mentální retardace (F71, IQ 35-49)

Jedinci zařazení do této kategorie se pohybují v pásmu mentálního věku v rozmezí 4-8 let. Pevně v dětství dochází k výraznému opoždění vývoje chápání a užívání řeči. Vhodným působením jsou schopni si ve škole osvojit základy trivie. Dále je omezena schopnost soběstačnosti a zručnosti a však za pomoci odborného pracovníka mohou zvládat jednoduchou manuální práci, například v chráněných dílnách. Značné rozdíly jsou v této skupině v povaze schopností. (Švarcová, 2006)

„Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzorio-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří postižení

jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti řeči.“ (Švarcová, 2006, s. 35)

Tato diagnostika zahrnuje:

- středně těžkou mentální abnormalitu,
- středně těžkou oligofrenii (dříve označovanou jako imbecilitu). (Švarcová, 2006)

1.2.3 Těžká mentální retardace (F72, IQ 20-34)

Tato kategorie je velice podobná předchozí. Projevy postižení jsou však výraznější. Většina osob spadající do této skupiny trpí navíc značnou poruchou motoriky nebo přidruženými vadami.

Ze zkušenosti se ví, že dostatečná rehabilitace, vhodné výchovné a vzdělávací prostředky přispívají k značnému rozvoji motorických, rozumových schopností, komunikačních dovedností a k celkově lepší kvalitě života. (Švarcová, 2006)

Tato diagnóza zahrnuje:

- těžkou mentální subnormalitu,
- těžkou oligofrenii. (Švarcová, 2006)

1.2.4 Hluboká mentální retardace (F73, IQ pod 20)

Osoby s hlubokou mentální retardací jsou velice omezeni v hybnosti, někteří jsou až imobilní a zcela závislí na pomoci. Omezena je také schopnost porozumět základním požadavkům a instrukcím. Výchova a vzdělávání je velice obtížná, ale ne nemožná, jak se v dřívějších dobách zdálo.

„Rudimentární neverbální komunikace a určitá míra sociálního chování (úsměv, radost ze společnosti) jsou běžné. Lidé s hlubokou MR jsou hyperrealisté, vzhledem k nízkému mentálnímu věku nejsou schopni základního symbolického uvažování, nerozeznávají např. obrázky. Mentální věk je nižší než 18 měsíců.“ (Čadilová aj., 2007, s. 28)

Tato diagnóza zahrnuje:

- hlubokou mentální subnormalitu,
- hlubokou oligofrenii (dříve označovanou jako idiocii). (Švarcová, 2006)

Osoby s hlubokou mentální retardací je důležité chápat jako zdravé lidi a dopřát jim tak všechny možné prostředky, které zkvalitní jejich život. Z praxe vím, že dítě, kterému se

rodiče věnují a zajišťují mu pohled na okolní svět jiným způsobem, než je tomu z lůžka, jsou šťastnější. Mají rozdílné stimulující podněty, které je rozvíjí a následně na ně může pedagog ve škole navázat a pracovat. Je krásné, když se s vámi dítě podělí o své zážitky z výletu. Sice vám je přímo neřekne, ale může reagovat na převyprávění a to neverbálními projevy. Smích, zamračený výraz ve tváři, mávání rukama, pláč mají své místo v oblasti komunikace s okolím.

1.2.5 Jiná mentální retardace (F78)

Diagnostikování této kategorie je nejčastěji v případech kdy stupeň intelektu nelze pomocí běžných metod přesně určit. Příčinou jsou jiné přidružené smyslové a tělesné handicapy stěžující proces diagnostiky, jsou jimi například poruchy zraku, sluchu, řeči, poruchy autistického spektra a těžké tělesné vady. (Švarcová, 2006)

1.2.6 Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

„Označení se užívá tehdy, jestliže mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací k tomu, aby bylo možno jedince zařadit do některé z uvedených kategorií.“ (Ludíková, 2002, s. 16)

1.3 Etiologie mentální retardace

Příčiny vzniku mentálního postižení jsou velice různorodé, vždy však jde o závažné organické nebo funkční poškození mozku. Tím vyřazujeme jako jedinou a jednoznačnou příčinu např. nepodnětné a patologické sociální prostředí, tj. dysfunkční rodinu, mentální handicap rodičů apod. Starší literatura pojmenovávala opoždění mentálního vývoje způsobené výchovnými a sociálními vlivy termínem pseudooligofrenie; na rozdíl od organicky podmíněného postižení je v tomto případě adekvátním a intenzivním pedagogickým působením možné mentální úrovně jedince někdy i relativně rychle a výrazně zvýšit. (Vágnerová, 2004)

1.4 Diagnostika mentální retardace

„Diagnostika je dlouhodobý proces, jenž musí brát v úvahu všechny systémy, které ovlivňují vývoj dítěte. Na základě stanovené diagnózy pak můžeme volit optimální výchovné postupy, ovlivňovat podmínky života a výchovy dítěte a dosahovat tak postupných změn ve vývoj dítěte. Komplexní diagnostika vyžaduje vnímat dítě v jednotě biologické, psychologické i sociální.“ (Vágnerová, 2004, s. 33)

První posuzování vývoje dítěte provádí sami rodiče. Sledují a hodnotí své dítě podle vrstevníků, jak se jeho schopnosti a dovednosti zdokonalují s přibývajícím věkem. Do

diagnostiky se také zapojují pediatři a další odborní lékaři, kteří pečují o zdravotní stránku dítěte. Hlavní úlohu při diagnostice dítěte s MR však sehrávají psychologové následně speciální pedagogové a sociální pracovníci.

Podílením se všech odborníků na diagnostice je splněn princip komplexní přístupu. *„Dalším principem je etiologické hledisko, čili preferování kauzální diagnostiky (kdy se zaměřujeme na příčiny stavu) před symptomatickou, která se omezuje na pouhou deskripci znaků. Longitudinální princip nám dává jistotu v tom, že diagnóza nebyla ovlivněna aktuálním stavem klienta při diagnostikování (z hlediska tohoto principu je výhodnější diagnostikování postiženého žáka ve škole než jeho jednorázové vyšetření v poradně či centru). Princip dynamiky nám říká, že neexistuje diagnóza „jednou provždy“ a uplatnění principu individuálního přístupu ke klientovi zabraňuje šablonovitosti a mechanickému aplikování diagnostických metod a technik.“* (Valenta, Müller, 2004, s. 61)

Diagnostika se uskutečňuje ve školských zařízeních a to v speciálně-pedagogických centrech (SPC), pedagogicko-psychologických poradnách (PPP) a v některých speciálních školách pro děti s mentálním postižením. Mimo resort školství diagnostika probíhá v resortech práce a sociálních věcí, zdravotnictví či v nestátních organizacích. Některá zařízení vyžadují dlouhodobější pobyt dítěte. (Valenta, Müller, 2004)

„K diagnostice rozumových schopností se užívají inteligenční testy spolu s dalšími metodami. Některé z testů využívají obrázky, jiné jsou tvořeny sérií otázek a úkolů zaměřenými na manipulaci. Testy jsou různě strukturovány, vycházejí z různých východisek a mají rozdílné způsoby vyhodnocování výsledků.“ (Vágnerová, 2004, s. 33) Diagnóza se nevytváří pouze za pomoci testových metod (inteligentní testy, vývojové škály, sociometrické testy). Lze také využít klinických prostředků jako je například anamnéza, pozorování, rozhovor a analýza produktů. (Kozáková, 2005)

„Při posuzování dítěte sledují zejména tyto oblasti: zdravotní stav současný i zdravotní stav v minulosti, tělesný vývoj dítěte, rozumové schopnosti, zraková percepce, sluchová percepce, pravolevá a prostorová orientace, kinestetické vnímání, hmat, motorika, grafomotorika, úroveň koncentrace, řeč, paměť, temperament, motivace, vnímání sebe samého, počitky a zkušenosti, zájmy, sebepojetí, sebehodnocení, vrozené a zděděné vlastnosti emocionální, volní a další charakteristiky.“ (Vágnerová, 2004, s. 33)

1.5 Četnost mentální retardace

Přesný počet osob s mentální retardací není znám, ale jde o jedno z nejpočetnějších postižení vůbec. Vlivem kvalitní pediatrické péče, která je schopná udržet naživu i děti, které

se narodili například s nízkou porodní váhou, a nebo s určitou abnormalitou ve vývoji, se počet osob s mentální retardací zvyšuje. Na nárůst počtu může mít i vliv lepší evidence těchto osob, která není zcela úplná v důsledku lékařského tajemství, jimž jsou lékaři vázáni.

„Na základě kvalifikovaných odhadů se uvádí, že v současné době jsou mentální retardací postižena asi 3 % občanů, z nichž největší počet – téměř 2,6 % - připadá na postižené lehkou mentální retardací. Lidí s těžkou a hlubokou mentální retardací je přibližně 0,1-0,2 % v populaci. Obdobné relace bývají uváděny i ve statistikách ostatních evropských zemí.“ (Švarcová, 2006, s. 34)

2 Poruchy autistického spektra

2.1 Definice poruch autistického spektra

Poruchy autistického spektra (PAS) jsou souhrnným názvem pro vrozené vývojové poruchy, které postihují duševní vývoj dítěte ve specifických oblastech. V souvislosti s poruchami autistického spektra je používáno spojení pervazivní vývojové poruchy anebo také zkráceně jen autismus. (Thorová, 2006) „*Pervazivní vývojové poruchy (Pervasive Developmental Disorders – PDDs) patří k nejznámějším poruchám dětského mentálního vývoje. Slovo pervazivní znamená všepromikající a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušen do hloubky v mnoha směrech.*“ (Thorová, 2006, s. 58)

„*Ve starší odborné literatuře se můžeme také setkat s pojmy, jako je: časný dětský autismus, infantilní autismus, autistická psychóza, autistické rysy a další.*“ (Říhová, 2011, s. 9)

Vlivem obtížné diagnostiky a následně zařazení dětí do jednotlivých kategorií pervazivních vývojových poruch bylo zapotřebí, aby pro praxi vznikl termín zastřešující děti v nejširší možné škále i počtem symptomů. (Thorová, 2006) „*Ve světě se rozšířil a je v současné době běžně používán termín poruchy autistického spektra, který zhruba odpovídá pervazivním vývojovým poruchám. Nicméně termín poruchy autistického spektra je považován za výstižnější, protože specifické deficity a abnormní chování jsou považovány spíše za různorodé než pervazivní.*“ (Thorová, 2006, s. 60)

2.1.1 Triáda postižených oblastí vývoje

Oblasti zásadní pro diagnostiku popsala v sedmdesátých letech britská psychiatrička Lorna Wing a nazvala tyto oblasti triádou poškození či narušení (Triad of Impairments). (Čadilová aj., 2007) Jde o potíže v těchto oblastech:

- sociální chování
- verbální a neverbální komunikace
- představivost

V reálním životě zasažení těchto specifických oblastí blíže charakterizují jednotlivé projevy a následně potvrzení aberace. V oblasti **sociálního chování** jde například o omezenou schopnost navázat sociální kontakt s vrstevníky, nepřiměřené reakce na běžnou sociální situaci, nedostatečné pochopení chování ostatních a omezená schopnost empatie. Sociální

chování se v průběhu života může měnit a to buď s postupným věkem, nebo dostatečným nácvikem sociálního chování.

Poruchy **komunikace** u dětí s PAS jsou způsobeny snížením schopnosti percepce a exprese, následně jejich příčinami jsou nedostatky v oblasti verbální a neverbální komunikace. Projevy nepochopení verbální i neverbální komunikace mohou být například nevhodná, nesmyslná slovní spojení nebo mimické gesta. V celkovém řečovém vývoji bývají odchylky v řeči téměř vždy. (Thorová, 2006)

„Z poruch autistického spektra mají řeč nejméně narušenou lidé s Aspergerovým syndromem, pasivní slovní zásoba bývá bohatá, v testech verbálního myšlení obvykle dosahují průměrných či nadprůměrných výsledku. Potíže se objevují hlavně v sociálním a praktickém využívání komunikace.“ (Thorová, 2006, s. 98)

S narušeným vývojem **představivosti** do jisté míry souvisí rozvoj nápodoby. *„Věkem se tato schopnost rozvíjí, představivost je více komplexní a týká se i přemýšlení o myslích druhých lidí. Výsledkem je schopnost plánování. Narušení schopnosti imitace symbolického myšlení způsobuje, že se u dítěte nerozvíjí hra, tedy jeden ze základních stavebních kamenů učení a potažmo celého vývoje.“* (Thorová, 2006, s. 117) Dítě pak preferuje a vyhledává stereotypní činnosti, které se vyznačují svojí předvídatelností. Hra je kvalitativně na nižší úrovni (specifická u dětí mladšího věku) a na jejím dalším rozvoji závisí na závažnosti symptomů, úrovni myšlení, motorických a jiných dovednostech dítěte. (Thorová, 2006)

Ještě dnes se můžeme setkat s tvrzením, že dítě, které působí otažitě, hraje si v ústraní ostatních a nevyhledává zrakový ani fyzický kontakt je nutně autistické. Již zmiňovaná psychiatrička Lorna Wing se snažila tato tvrzení vyvrátit a ve finále popsala čtyři typy sociální interakce u lidí s PAS. Jsou jimi typ osamělý, pasivní, aktivní – zvláštní a formální. (Thorová, 2006)

2.2 Klasifikace poruch autistického spektra

V současné době jsou v Evropě uznávaná a nejvíce rozšířená diagnostická kritéria podle Světové zdravotnické organizace (WHO). WHO vydala Mezinárodní statistickou klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů a její 10. revizi, která je používána v České republice. Zkráceně se setkáváme s názvem Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10). Pro praxi jsou však lépe definované a přehlednější kritéria ve Spojených státech amerických, které jsou vydaná Americkou psychiatrickou asociací. Jde o Diagnostický a statistický manuál duševních poruch IV. revize (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). (Thorová, 2006)

Pervazivní vývojové poruchy (F84)

F84.0 Dětský autismus

F84.1 Atypický autismus

F84.2 Rettův syndrom

F84.3 Jiná dětská dezintegrační porucha

F84.4 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

F84.5 Aspergerův syndrom

F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy

F84.9 Pervazivní vývojová porucha NS (MKN-10, 2008)

2.2.1 Dětský autismus (F84.0)

Dětský autismus je jednou z forem patřící do pervazivních vývojových poruch. *„Dětský autismus je charakterizován především triádou znaků – narušenou sociální interakcí, omezenou schopností verbální i nonverbální komunikace a stereotypním, repetitivním chováním. Takto postižené děti (ve ¾ případů je porucha kombinovaná s mentální retardací) nemají relevantní reakce na emociální podněty, těžce se přizpůsobují jakékoliv změně, vzdělávání je u nich možné realizovat většinou jen ve speciálních třídách, s oblibou vykonávají stereotypní pohyby, bývají zaujaty jednotvárnou, jakoby rituální manipulací s předměty.“* (Valenta, Müller, 2004, s. 40)

„Porucha se diagnostikuje bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost jakékoli jiné přidružené poruchy. Specifický projev deficitů charakteristických pro autismus se mění s věkem dětí. Syndrom lze diagnostikovat v každé věkové skupině.“ (Thorová, 2006, s. 177)

Množství a počet symptomů udává závažnost postižení. Skrze velkou variabilitou symptomů nenajdeme dva jedince se shodným postižením. Autismus můžeme podle závažnosti postižení nejčastěji dělit na **nízko funkční** a **vysoce funkční autismus**.

„Nízko funkční autismus se obvykle pojí s neschopností slovního vyjadřování, vysoce stereotypními projevy, těžkými poruchami chování a s mentální retardací (dále MR). Nejměnější varianty poruchy (hraniční symptomatika, vysoce funkční autismus) mají spíše podobu disharmonického osobnostního vývoje spojené s nerovnoměrným rozvojem psychomotorických dovedností, s poruchami řeči, příp. s lehkou MR, poruchou aktivity a pozornosti a mírnější variantou problémového chování.“ (Čadilová aj., 2007, s. 18)

2.2.2 Atypický autismus (F84.1)

Diagnóza atypický autismus je použita, projeví-li se autismus po třetím roce života, a jestliže porucha není obsažena ve všech oblastech diagnostických kritérií. (Hrdlička, Komárek, 2004)

„Atypický autismus je velmi heterogenní diagnostická jednotka, která tvoří součást autistického spektra. Dítě splňuje jen částečně diagnostická kritéria daná pro dětský autismus. Nicméně u dítěte je možné najít řadu specifických sociálních, emocionálních a behaviorálních symptomů, které se s potížemi, jež mají lidé s autismem, shodují. Lze říci, že atypický autismus je zastřešujícím termínem pro část osob, na které by se hodil vágní diagnostický výrok autistické rysy či sklony.“ (Thorová, 2006, s. 182)

Diagnostikování této poruchy stěžuje fakt, že nejsou stanoveny hranice ani klinický obraz, a proto záleží na subjektivním úsudku diagnostika.

Případy, kdy se obvykle diagnostikuje atypický autismus:

- Výskyt autistických projevů až po třetím roce věku.
- Zasaženy jsou všechny tři oblasti triády poruch, symptomy však nesplňuje diagnostická kritéria v plném rozsahu.
- Jedna z oblastí triády není původně a zřetelně narušena. (Thorová, 2006)
- *Autistické chování se přidružuje k těžké a hluboké mentální retardaci. Můžeme pozorovat některé symptomy jednoznačně typické pro autismus, nicméně mentální věk je natolik nízký (obvykle méně než 15 měsíců), že míra komunikačního nebo sociálního deficitu nemůže být v ostrém kontrastu s projevy obvyklými pro mentální retardaci.* (Thorová, 2006, s. 183)

2.2.3 Rettův syndrom (F84.2)

Je pervazivní vývojová porucha diagnostikovaná pouze u dívek. Příčinou je genetická aberace na raménku X chromozomu. Řada odborníků neřadí Rettův syndrom do poruch autistického spektra v užším slova smyslu. To zejména proto, že se ve starším věku dívek kvalitativně liší sociální interakce, než je tomu u ostatních pervazivních vývojových poruch. (Thorová, 2006)

Kritéria MKN-10 pro Rettův syndrom:

- *„Prenatální a perinatální období je zdánlivě normální a přiměřený věku je i psychomotorický vývoj během prvních 5 měsíců a obvod hlavy při narození je rovněž bez viditelných změn.“*

- *Dochází ke zpomalení růstu hlavy mezi 5 měsíci a 4 lety a ke ztrátě získaných funkčních manuálních dovedností mezi 5 a 30 měsíci, což je zároveň spojeno s komunikační dysfunkcí, zhoršenou sociální interakcí a chabě koordinovanou (nestabilní) chůzí a/nebo pohyby trupu.*
- *Je těžce postižena expresivní a receptivní řeč a dochází k těžké psychomotorické retardaci.*
- *Dochází ke stereotypním pohybům rukou kolem střední osy (jako je např. kroutivé svírání rukou nebo „mycích“ pohybů rukou) v době, kdy se objevila ztráta účelových pohybů rukou nebo později.“ (Hrdlička, Komárek, 2004, s. 53)*

2.2.4 Aspergerův syndrom (F84.5)

Symptomaticky různorodý syndrom, který bývá velmi často zjednodušeně označován za mírnější formu autismu, avšak mnohdy nese specifika a problémy v důsledku stejně závažné, jak u ostatních poruch autistického spektra. Intelekt u osob s Aspergerovým syndromem (AS) se pohybuje v pásmu normy a tento syndrom by neměl být diagnostikován osobám s IQ nižším než je 70. (Thorová, 2006; Hrdlička, Komárek, 2004) „*Pro diagnózu jsou klíčové potíže v komunikaci a sociálním chování, které jsou v rozporu s celkově dobrým intelektem a řečovými schopnostmi dítěte. Lidé s AS mají problémy s navazováním přiměřených vztahů s lidmi, obtížně chápou mimoslovní komunikaci, mimika i gestika bývají značně omezené, někdy negativně reagují na změny, lpí na rituálech, vyznačují se nestandardními zájmy. Způsob uvažování a logika bývají velmi zvláštní. Lidé s AS často trpí úzkostmi a depresemi. Mají sklon k sebepodhodnocování a emoční labilitě.*“ (Čadilová aj., 2007, s. 21-22)

2.2.5 Jiná dětská dezintegrační porucha (F84.3)

„*Typ pervazivní vývojové poruchy, která je charakterizována tím, že po období zcela normálního vývoje následuje trvalá ztráta dříve získaných dovedností v různých oblastech vývoje průběhem několika měsíců. Typicky je to doprovázeno ztrátou zájmu o okolí, stereotypním motorickým manýrováním a porušenou sociální interakcí a komunikací, podobně jako u autismu. V některých případech může být porucha v určitém spojení s encefalopatií, ale diagnóza by měla být založena na projevech chování.*“ (MKN-10, 2008, s. 243)

2.2.6 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4)

„Tato porucha je špatně definovatelná s nejistou nozologickou validitou. Označuje skupinu dětí s těžkou mentální retardací (IQ pod 34), jejichž hlavní problém tkví v hyperaktivitě a v poruchách pozornosti, ale i ve stereotypním chování. Tento syndrom je často sdružen s řadou vývojových opoždění, ať již specifických nebo globálních. Do jaké míry je tento typ příznaků způsoben nízkým IQ nebo organickou chorobou mozku, není známo.“ (MKN-10 2008, s. 243)

Znak	Dětský autismus	Aspergerův syndrom	Rettův syndrom	Jiná dezintegr. porucha	Jiné PDD
Věk rozpoznávání (roky)	při 0-3	> 3	0,5-2,5	> 2	různé
Pohlaví	M > Ž	M > Ž	Ž	M > Ž	M > Ž
Inteligence	MR - norma	podprůměr - norma	závažnější MR	závažnější MR	MR - norma
Regrese	někdy	ne	ano	ano	většinou ne
Komunikační schopnosti	převážně omezené	dobré	velmi špatné	velmi špatné	různé
Sociální schopnosti	velmi špatné	špatné	závisí na věku	velmi špatné	různé
Omezené zájmy	různé	ano	nevalidní rys	nevalidní rys	různé
Rodinná anamnéza podobných obtíží	málokdy	často	ne	ne	?
Výskyt epilepsie	běžný	ne	velmi častý	běžný	?
Prognóza	různá	většinou dobrá	velmi špatná	velmi špatná	různá

Tab. 1: Rozdíly mezi jednotlivými pervazivními vývojovými poruchami (Hrdlička, Komárek, 2004, s. 49), PDD - pervazivní vývojová porucha, M - muži, Ž - ženy, MR - mentální retardace

2.3 Etiologie PAS

„Za hlavní příčinu poruch autistického spektra jsou považovány vrozené abnormality mozku. Jedná se tedy o neurologickou poruchu, která se projevuje specificky v kognitivním vnímání a v důsledku jeho narušení pak i chování postiženého. Přesnou příčinu se však prozatím nepodařilo odhalit. Předpokládá se, že určitou roli zde hrají genetické faktory, různá infekční onemocnění (viry, očkování) a chemické procesy v mozku. Moderní teorie tvrdí, že autismus vzniká až při kombinaci těchto faktorů. Autismus je v podstatě syndrom, který se diagnostikuje na základě projevů chování.“ [apla-jm.cz]

2.4 Diagnostika PAS

Diagnostika poruch autistického spektra je v mnoha směrech obtížná. „*Klinický obraz poruch autistického spektra se s věkem mění.*“ (Thorová, 2006, s. 229) Pro stanovení diagnózy některé z poruch musí být prokázána přítomnost abnormalit ve vývoji dítěte v prvních třech letech jeho života. Následně je pro diagnostiku zásadní chování dítěte do věku pěti let. Při diagnostice v pozdějším věku je diagnóza zkreslená zpětným často subjektivním pohledem rodičů, kteří vytváří anamnézu dítěte. Prvními, kdo poukazují na odlišnosti ve vývoji dítěte, bývají pochopitelně rodiče. Někteří však bývají milně utěšeni neodborníky tím, že dítě je v pořádku a jeho vývoj je v normě. Jejich pochyby mohou tak být potvrzeny až s několika roční prodlevou. (Thorová, 2006)

„*Se zlepšující se informovaností a odborném povědomí o poruchách autistického spektra se i snižuje průměrný věk, kdy jsou děti diagnostikovány.*“ (Thorová, 2006, s. 230) „*V současné době neexistuje zkouška biologického charakteru, která by prokázala autismus. Screening se proto zcela zákonitě zaměřuje na mapování a výzkum chování. V diagnostice se vždy cení klinická zkušenost. Nicméně potřebnou zkušenost a z ní vyplývající jistotu při vyšetřování dětí s poruchou autistického spektra získají jen lidé pracující na pracovištích, která se rutinně zabývají touto skupinou poruch.*“ (Thorová, 2006, s. 263) Následně tito pracovníci s dostatkem zkušeností a absolvováním výcviku, mohou kvalitně využívat pomoc screeningových dotazníků.

V zahraničí je používána celá řada dotazníků, a však jejich nevýhodou je nepřesnost při rozpoznání mírnějších forem poruch. V České republice se hojně používá semistrukturovaná (částečně členěná a řízená) škála CARS (Childhood Autism Rating Scale – Škála dětského autistického chování). Konečná diagnóza je však vyřčena podle diagnostických kritérií již zmíněné MKN-10. (Thorová, 2006)

„*Stěžejní diagnostickou metodou je objektivní pozorování a standardní systematické vyšetření, nicméně i to skrývá určitá úskalí. Vzhledem k tomu, že vyšetření dítěte lze uskutečnit jen v omezeném čase, jsou informace o vývoji dítěte a jeho chování v odlišných prostředích (domov, škola) pro diagnózu nesmírně cenné. Strukturované posuzovací škály a dotazníky je možné vyplňovat v rodinách a ve školách a přispět tak podrobnějšími informacemi k zpřesnění diagnostického procesu.*“ (Thorová, 2006, s. 264)

2.5 Četnost PAS

Epidemiologické studie a výzkumy, které proběhly do současnosti, ukázaly, že na výskyt poruch autistického spektra nemá vliv rasa ani země.

S nástupem širokospektrální jednotky jakou je porucha autistického spektra se značně zvýšila diagnostika této poruchy. Nemusí jít ani o to, jestli se zvýšil počet osob s PAS, tak jako že se rozšířily hranice diagnostických kritérií, odborníci dokáží nyní lépe rozeznávat projevy PAS a také diagnostika PAS není již oddělována od ostatních syndromů. (Čadilová aj., 2007)

Přibližně 70-80% osob, které mají diagnostikovanou poruchu autistického spektra má zároveň přidruženou MR. Vlivem nových epidemiologických studií v jednadvacátém století je tento údaj již považován za nepřesný. (Thorová, 2006)

Diagnóza podle MKN-10	Počet osob žijících v ČR	Počet narozených dětí ročně
Dětský autismus	15 000	135
Atypický autismus, pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná	30 000	270
Rettův syndrom	1 000	9
Jiná dezintegrační porucha v dětství	100	0,9
Aspergerův syndrom	15 000	135
PAS	60 000	540

Tab. 2: Hrubý odhad výskytu pervazivních vývojových poruch v České republice

3 Agrese, agresivita a agresivní chování

Pod pojmem agrese si pravděpodobně většina dnešní populace představí násilné, destruktivní chování aplikované vůči druhé osobě, a nebo vůči různým předmětům. Chápeme ji jako špatnou vlastnost, která by se měla co nejvíce eliminovat ba dokonce zcela odstranit.

Slovo agrese pochází z latinského slova „aggredi“ = „ad gredi“ a v překladu to znamená „kráčet“, „přibližovat se k někomu“. *„Z původního významu slova není předem jasné, s jakými pocity, motivacemi a cílem jsou agrese jakožto aktivní „vzájemné přibližování“ spojeny; zda jde o setkání pozitivní nebo o ničivý útok.“* (Frielingsdorf, 2000, s. 9)

Podle psychologického slovníku (Hartl, Hartlová, 2004, s. 22) je agrese: *„útočné či výbojné jednání, projev nepřátelství vůči určitému objektu, úmyslný útok na překážku, osobu, předmět stojící v cestě k uspokojení potřeby (reakce na frustraci); biologicky jakákoliv fyzická reakce nebo hrozba akcí, kterou jednatel zmenšuje svobodu nebo genetickou způsobilost jiného jednatelce; agrese může být buď potlačena a projevit se krátkodobě podrážděností nebo dlouhodobě psychosomatickými důsledky a být přesunuta, ritualizována nebo symbolizována, anebo se může projevit otevřeně; existují krajní výklady: dle psychoanalýzy jde o pud, dle etologů součást instinktivní výbavy umožňující přežití; dle zastánců sociálního učení jde naopak o naučenou odpověď.“* Již tato slovníková definice ukazuje, že téma agrese je velmi komplexní a nabízí celou řadu interpretací tohoto fenoménu. K některým přístupům a teoriím zmíněným v této definici se vrátíme níže.

Agresi je vhodné odlišit od agresivního chování a agresivity. Opět nám pomůže psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2004, s. 211): *„**chování agresivní** – u živočichů chování, které vede k útoku na členy druhu vlastního nebo jiného; nejčastěji při získávání potravy, obraně teritoria, získání sexuálního partnera či vlastní obraně; u člověka může být chování agresivní vyvoláno i nedostatkem asertivity; proto jedinec vyjadřuje své pocity a názory nepřátelským, výhružným způsobem a přitom opomíjí práva a city druhých.“* Podle této definice se agresivní chování vyskytuje i u ostatních živočichů. Významným rozdílem v pohledu na agresivní chování může být úmysl. Jak uvádí Výrost a Slaměnik (2008) Za **agresi** můžeme označit chování, které vykazuje známky cílevědomosti a záměrnosti. Také je důležitý úmysl a cíl chování. Agresí není čin, který se stal nedopatřením či nešikovností jedince.

Třetí termín, který za pomoci psychologického slovníku (Hartl, Hartlová, 2004, s.23) vymezíme je **agresivita**: *„útočnost; v etologii tendence k hrozbě nebo útočnému chování, vůči*

druhému jedinci vlastního druhu – tzv. agresivita vnitrodruhová, anebo vůči druhému jedinci jiného druhu; převážně jde o získání potravy pohlavního partnera, teritoria nebo postavení v hierarchii skupiny; většinou nejde o zabití nebo zmrzačení soupeře; obvykle se nepoužívá nejsilnějších zbraní, jejich použití je pouze naznačeno, i když existují výjimečné případy s úmyslem zabití, např. vraždění mladých samcem ve společenství lvů, zeber nebo šimpanzů; u člověka může jít a) o reakci na pocit osobního ohrožení b) o trvalejší osobnostní rys, c) o symptom duševní poruchy nebo choroby; příčinou často frustrace, úzkost, vnitřní napětí; psychoanalýza pokládá obranné a útočné za projevy primárního pudu; agresivita se může projevat skrytě, ve fantazii a myšlení, otevřeně sociálně tolerovanými formami, k nimž patří vyhrocené sportovní fandovství, posměch, kritické postoje projevované k soc. okolí a veřejným institucím, soutěživé prosazování kariéry“

Shrneme-li rozdíly tří výše popsaných termínů, můžeme říci, že agresivita je sklon nebo tendence k agresi či agresivnímu chování. Je to tedy vnitřní vlastnost jedince, připravenost k něčemu. Podmínky jejího projevení už se ale více týkají dalších pojmů. Agrese je širší pojem než agresivní chování. Dalo by se říci, že agrese je projevená agresivita, je to již projev jedince. Agresivita může být skrytá, může být omezená na prostor fantazie nebo myšlení. Agrese je již zjevná, ale její podoby mohou být různé, může být různě zaměřená, a proto se jí více věnujeme v dalším textu. Agresivní chování je tedy jednou z konkrétních podob agrese.

Odborníci na toto téma se rozcházejí v pohledu na to, co to vlastně agrese je. Dělí se na několik táborů, které mají k popisu agrese různé přístupy a jejichž názory a teorie mají různou váhu a ohlas u odborné veřejnosti. Jeden z táborů je zastáncem pudové teorie a druhý je názoru, že agrese je reakce na frustraci, jiný předpokládá, že agrese je naučené chování. O podrobnější popis se pokusíme v následujících kapitolách.

3.1 Druhy agrese

Agrese mohou vypadat různě, být vyvolané odlišnou příčinou a mít jiný psychologický podtext. Sociální psychologie diferencuje typy a druhy agrese na základě více kritérií. Základní rozdělení agrese přebíráme ze studijního materiálu Olgy Pechové: Psychologie agrese a destruktivity (2011):

fyzická agrese: je typická údery, kopanci, či jiný pohyby vyjadřující agresi (např. napadení fanouška Baníku Ostrava příznivci jiného klubu)

verbální agrese: projevuje se nadávkami, posměchem, vulgárními pojmy, řevem a dalšími hlasovými projevy s agresivním obsahem (např. telefonát plný vulgarismů, kterým sousedovi vyčítáme rozježděný trávník před společným domem)

přímá agrese: je vedena proti spouštěči agrese, někdy s cílem přerušit impuls, který agresi spustil (např. zabitím komára, který nás štípnul, ukončíme naši bolest)

nepřímá (zástupná) agrese: při absenci přímého spouštěče agrese se může projevit na zástupném předmětu nebo osobě (např. zlost nad tím, že nám někdo neznámý ukradl auto, si můžeme na boxovacím pytli nebo při štípání dřeva) „*Agrese bývá také nepřímá, a to tehdy, jestliže se člověk obává trestu za agresi přímou nebo jestliže tuto přímou agresi povaha dané sociální situace znemožňuje. Projevem nepřímé fyzické agrese je pak například ničení majetku náležejícího objektu agrese. Do této kategorie patří i tzv. symbolická agrese, která může být vyjádřena v kresbách, básních, u umělců pak v jejich dílech.*“ (Čermák, 1998, s. 11)

instrumentální agrese: je vyvíjena za účelem dosáhnout předem promyšleného a vytyčeného cíle, který sám o sobě není agresivní povahy (např. usmrcení zvířete za účelem získání potravy, nebo rozbití skořápky ořechu za stejným účelem)

hostilní agrese: je v protikladu k agresi instrumentální, to znamená, že nemá žádný cíl, je tedy vedena spíše hněvem nebo jinou silnou a náhlou emocí (např. faul na protihráče, který mi ve fotbale zabránil vstřelit gól; projevem agrese gól již nezískám, ale dám průchod svému hněvu)

benigní agrese: je neškodná forma agrese (např. capoierra původně bojový sport, který má dnes spíše podobu tance vyjadřujícího agresi)

maligní agrese: je opakem agrese benigní, je vedena za účelem destrukce nebo vážného ublížení či zabití (např. útok na protivníka ve válečném konfliktu)

obránná agrese: bývá řazena pod agresi benigní, protože není výrazem vlastní agresivity, ale reakcí na agresi přicházející zvenčí (např. obrana před toulavým a agresivním psem)

proaktivní agrese: je agrese plánovaná a promyšlená někdy za účelem zisku nebo dominance (např. vyspělá forma šikany, kdy agresor promyšleně terorizuje svou oběť, vynucuje si od ní „dárky“ nebo různé služby)

reaktivní agrese: je protikladem agrese proaktivní, je reakcí na podnět zvnějšku (např. prudká slovní reakce vůči řidiči, který nedobrzdl na semaforech a narazil do našeho vozu)

individuální agrese: je agrese v podání jednotlivce (např. opilý vandal, který pro svou zábavu demoluje odpadkový koš)

skupinová agrese: je agrese prováděná skupinou osob (např. agresivní dav, který během demonstrace rozbíjí výlohy obchodů)

autoagrese: je zaměřena vůči sobě samému (např. sebepoškození, sebevražda)

heteroagrese: je směřována k jiné osobě nebo jinému předmětu (např. napadení příslušníka jiné rasy) (Pechová, 2011)

Dalším typem agrese, který Pechová neuvádí je **agrese afektivní**. Afektivní agrese též nazývaná jako emocionální, zlostná, hostilní (nenávistná), impulzivní nebo expresivní agrese má charakter výbušného a spontánního chování, které je zaměřeno na vybití si zlosti, nenávisti vůči dráždivému podnětu. (Výrost, Slaměníl, aj., 2008) „*V tomto pojmenování je více odlišena kognitivní a afektivní složka agrese. Přítomnost impulzivity jako nezbytné složky emocionální agrese je totiž některými autory zpochybňována, a to i těmi, kteří o emocionální agresi mluví. Emoce je totiž v jejich pojetí chápána jako reflektovaná emoce, emoce více méně uvědomělá, což vylučuje výskyt čisté impulzivní agrese (s výjimkou patologických případů).*“ (Čermák, 1998, s. 10)

3.2 Teorie agrese

3.2.1 Instinktivistické teorie agrese

„Podle Konrada Lorenze (1963) se u agrese nejedná primárně o pouhou reakci na příslušný podnět, např. ohrožení, nýbrž o pudové, neustále znovu narůstající vnitřní napětí, jež hledá ve svém okolí příležitost k vybití. Tento biologický proces zajišťuje přežití individua i druhu a přispívá k selekci nejsilnějších, a to jak z hlediska odolnosti a zdraví potomků, tak z hlediska obrany samice a rodiny. (Kdyby tomu tak nebylo, byli by jedinci vydaní na pospas tomu, co se v určitém společenství naučili.) Hrozbou násilí se zachovává i stabilní hierarchický pořádek ve společnosti; příslušné rituální chování posiluje vztahové vazby důležité pro přežití sociálního útvaru.

U lidí, zvláště v civilizovaných zemích, na základě smluvních norem sociální spoluzití chybí dostatečné množství podnětů a příležitostí k agresi (v pozitivním smyslu k prokazování odvahy či zažívání dobrodružství). Proto si sami, jaksi uměle, vytváříme specificky lidské konfliktní a kompetitivní situace, dochází k vnitrodruhové agresi, k válkám. Z tohoto hlediska bude agrese i nadále všudypřítomná a paradoxně tím nesmyslnější, absurdnější a nepřirozenější, čím více se bude společnost snažit o nastolení mírumilovných podmínek.“ (in Poněšický, 2005, s. 23)

Jako řešení tohoto paradoxu nabízí Lorenz (in Poněšický, 2005) rozumový přístup k uspořádání společnosti. Jen pravé poznání lidské přirozenosti, tj. včetně jeho agresivních

instinktů, může vést k takovému uspořádání společnosti, které zabrání konfliktům a vnitrodruhovým válkám. Agrese u Lorenze tedy odpovídá jeho předpokladu, že lidské chování se příliš neliší od instinktů, které jsou určující pro živočišnou říši. Jako vhodnou alternativu nebo prostor, kde může jedinec žádoucím a respektovaným způsobem své agresivní pudy uplatnit, spatřujeme sport nebo i soupeření o společenské postavení.

Papica (1970) k instinktivistickým teoriím zaujímá kritické stanovisko, zdůrazňuje rozdíly mezi agresivním chováním u lidí a instinktivními reakcemi u zvířat. Vyzdvihuje především roli socializace a vliv prostředí na agresivní chování. V tomto kontextu se nabízí úvaha, do jaké míry jsou instinktivistické teorie platné pro agresivní chování jedinců s PAS. U PAS je socializace do jisté míry omezena jejich komunikačním handicapem a některé společenské normy jsou internalizovány (osvojeny) jen velmi slabě. Lidé s PAS nebo MR hůře dosahují sportovních úspěchů nebo vyšších postů ve společenské hierarchii, nemají tedy mnoho příležitostí, jak agresivní tendence vyjádřit společensky přijatelným způsobem.

3.2.2 Pudové teorie

Jak uvádí Papica (1970) je Freudův pohled na agresi vždy spojen s pojetím instinktů, které jsou u něj známější pod pojmem pudy. Ve svých raných dílech připisuje Freud agresivní chování především sexuálnímu instinktu a ego-instinktu. Ve své práci *Mimo princip slasti* (1999) Freud vymezil nový instinkt, Thanatos – pud smrti. Tento pud postavil do opozice vůči pudu sexuálnímu. Pud smrti měl vyjadřovat snahu organismu o návrat do anorganického stavu, jedná se o sílu destruktivní, opačnou konstruktivní síle pudu sexuálního. Jak uvádí řada komentářů (Poněšický, 2005; Plháková 2004), byl tento koncept poměrně problematický i pro řadu Freudových příznivců a následovníků a je vlastně dodnes diskutován psychoanalytickými odborníky.

Poněšický (2005) uvádí jako hlavní projevy pudu smrti extrémní a patologické projevy sadismu a masochismu, těžké deprese, anorexii, sebepoškozování a sebedestrukci například ve formě ztráty pozitivního sebehodnocení. „*V mezilidském a společenském kontextu se ona destruktivní tendence týká vztahů*“ (Poněšický, 2005, str. 24).

Právě sociální dopad pudu smrti by mohl být nejbližším projevem u osob s PAS, pokud bychom hledali vysvětlení zdroje agrese lidí s PAS v teoriích Sigmunda Freuda. U osob s MR retardací bychom vysvětlení agrese našli pravděpodobně v nedostatečné síle superega. Superego je i podle Plhákové (2004) formováno především učením v rámci socializace. U osob s MR je učení a socializace obecně ztížena a budování superega je tak náročnější. Id, které je sídlem všech pudů, včetně sexuálního i pudu smrti, tak podle nás může

získat větší vliv a agrese tak není dostatečně kontrolovaná superegem. Podobné pátrání po původu agrese uvádí i Poněšický (2005), který zmiňuje traumata z dětského věku, které mohou být zdrojem agrese. Vývoj člověka do 5 let je také častým argumentem psychoanalytického přístupu. Výskyt podobných traumata v dětském věku u osob s MR a PAS nebude nepatrný, neboť rodiče takto postižených dětí těžko dokáží uspokojit všechny potřeby svých dětí i proto, že jim ne vždy dostatečně rozumí.

3.2.3 Dollard Millerova teorie frustrace a agrese

John Dollard a Neal Miller vypracovali zajímavou teorii agrese, která je lákavá především svou jednoduchostí a srozumitelností. Její velký význam spočívá ale také v tom, že se snažila propojit hledisko psychoanalytické s přístupem behaviorálním. Srozumitelně tuto teorii přibližuje Čermák (1998, s. 29) *„Zdrojem emocionální reakce může také být postupné hromadění drobných negativních prožitků. Jedinec se postupně stává zranitelnějším vůči nejrůznějším podnětům a vybavení agrese je potom mnohem snadnější. Aktuální geneze emocionální agrese má tak kumulativní průběh. Negativní prožitkové zisky, přetrvávající například z hádek s osobami, na kterých jedinci záleží, ze selhání ve vztahu k výchově vlastních dětí, ze situací, kdy je člověk konfrontován s hrubostí úředníků a osob ve službách, vytvářejí postupně prostor pro agresivní reakci. Nemoc, handicap nebo nezaměstnanost mohou prohloubit negativní prožívání natolik, že výbuch agrese se pak může jevit jako logický důsledek souhry okolností. Nejsou vzácné případy, kdy lidé bez zjevných známek patologické náchylnosti k agresi ublíží v „záchvatu“ agrese osobám, které milují.“* Plháková (2006, s. 164) cituje přímo Millera a shrnuje frustračně-agresivní hypotézu do jedné věty: *„Výskyt agrese vždy předpokládá existenci frustrace, a naopak, existence frustrace vždy vede k určité formě agrese“*

Jak vyplývá z Čermákovy ukázky i komentáře Plhákové, není tato teorie přijímána tak důsledně, jak ji Dollard s Millerem formulovali. V řadě případů se tato teorie potvrzuje jako platná, ale tvrzení, že frustrace vždy musí vést k agresi je bráno spíše s rezervou. Nicméně se domníváme, že tato teorie může být velmi výstižná v řadě případů agrese u osob s MR a PAS. U obou skupin může velmi snadno nastat situace, kdy musí čelit frustraci například při komunikaci s intaktní populací. Osoby s PAS mohou být velmi často frustrováni v sociálních vztazích a osoby s MR mohou čelit frustraci v situaci učení, kdy jejich vynaložené úsilí naráží na limity jejich schopností.

3.2.4 Teorie sociálního učení

Teorie sociálního učení bývá řazena mezi behavioristické teorie a teorie učení. Pro tuto práci vybíráme právě teorii sociálního učení, protože se domníváme, že dobře vystihuje způsoby učení, které používají osoby s MR i s PAS.

Plháková (2004) uvádí, že učení kopírováním činnosti dospělých probíhá už u velmi malých dětí, to znamená u dětí s nízkým stupněm mentální vyspělosti. Hlavní teoretikem je sociálního učení je Albert Bandura. Jeho teorie přibližuje Plháková (2004, s. 189) „Podle Bandury se lidé učí především na základě zástupného zpevnování, tedy prostřednictvím pozorování chování druhých lidí a jeho důsledků. Observace těchto zdrojů neboli modelů vede ke vzniku subjektivních přesvědčení a očekávání týkajících se efektivnosti určitých aktivit. Mezi podnětem a reakcí tedy působí zprostředkující kognitivní mechanismy. Observačním učením si podle Bandury osvojujeme řadu kulturních vzorců chování, k nimž patří způsob stravování, styl oblékání, trávení volného času, výchovné a vyučovací metody. Může se přitom jednat o chování, které si daný jedinec nikdy nevyzkoušel „na vlastní kůži“.“

Domníváme se, že učením prostřednictvím pozorování hraje u osob s MR i s PAS velmi významnou roli. Řadu sociálních situací dříve pozorují a při zhoršených komunikačních dovednostech se spoléhají pouze na to, co viděli. Hlavní vzory chování mají dnešní děti v televizních hrdinech.

I naše zkušenosti potvrzují, že děti v hrdinech spatřují významné vzory. Řada dnešní filmové produkce určené pro děti obsahuje agresi nebo násilí v různých formách. Jedná se často o boj dobra proti zlu, ale například děj oblíbených filmů o Harry Potterovi je pro dětského diváka již poměrně komplikovaný. Domníváme se, že osoby s MR a PAS, které sledují podobné filmy či pohádky, nemusí vždy pochopit komplikovaný děj. Boj, agrese a násilí jsou ale ukazovány, jako vzory chování, za které je (i kladný) hrdina oceňován, a které vede ke správnému cíli. Takových kladných hrdinů, kteří dosahují svých cílů pomocí instrumentálního násilí dokáží i malé děti s MR nebo PAS vyjmenovat celou řadu: Angry Birds, Spiderman, Pokémoni, Tom a Jerry a řada dalších.

Shrnutí teorií agrese

Výše uvedené teorie agrese se snaží uchopit a popsat tento fenomén v rámci širších souvislostí a v jednotě se svým pohledem na osobnost člověka. Nevýhodou některých těchto teorií je jejich spíše spekulativní povaha, jiné jsou naopak ověřeny řadou výzkumů. Jsme názoru, že jejich znalost může být prospěšná při práci s agresivními projevy osob s PAS i MR, protože každá z nich je inspirativní v určitém směru. Při praktické práci se ale nedržíme

pouze jednotlivých teorií, spíše se snažíme využít všech dostupných poznatků. Výzkum, který je motivován praktickou potřebou se pak spíše než na teorie soustředí na jednotlivé projevy.

„Agresivní chování u lidí s MR a s autismem má dva základní spouštěcí faktory. Prvním faktorem je organické a funkční poškození mozku. Tento faktor je tzv. vnitřní a převážně spočívá v nedostatečné myšlenkové kontrole vlastních emocí. Vnitřní faktor můžeme částečně korigovat farmakoterapií a kognitivně-behaviorální terapií.“ (Čadilová, aj., 2007, s. 107)

Druhým faktorem je prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje. Jde o tzv. vnější faktor a patří do něj například vybavení místnosti, barva a teplota místnosti, kolektiv a další. (Čadilová, aj., 2007)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Zkušenosti studentů s agresí u osob s MR a u osob s PAS

4.1 Výzkumné cíle

Cílem tohoto výzkumu je zmapovat zkušenosti studentů speciální pedagogiky s agresí a agresivním chováním u osob s mentální retardací a poruchami autistického spektra. Dále jsme se zaměřili na jejich připravenost pro zvládání tohoto chování v jejich praxi.

4.2 Metoda výzkumu

Pro účely této práce byl vytvořen dotazník. Otázky byly vytvořeny na základě vlastní zkušenosti. Byly konstruovány tak, abychom mohli porovnat vlastní zkušenost s agresí u chlapce s dětským autismem, se zkušeností dotazovaných studentů.

Úvodní otázky mapují, jaký přesný obor a ročník studenti studují. Další skupina otázek se zaměřuje na zkušenosti s agresí, které studenti získali během praxe. Navazující otázky jsou zaměřené na zkušenosti s agresí získané během jejich studia na vysoké škole. Závěrečné otázky popisují modelové situace. Oproti předchozím otázkám jsou otevřené. Studenti mají prostor popsat, jak by se v dané modelové situaci zachovali. V poslední otázce studenti odpovídají, jak se cítí být připraveni na zvládání agrese v praxi.

Dotazník měl podobu webové aplikace. Tato podoba umožňuje větvení dotazníku na základě podmiňujících odpovědí. Studenti byli osloveni prostřednictvím zaslání e-mailu.

Kompletní dotazník viz. příloha č. 1.

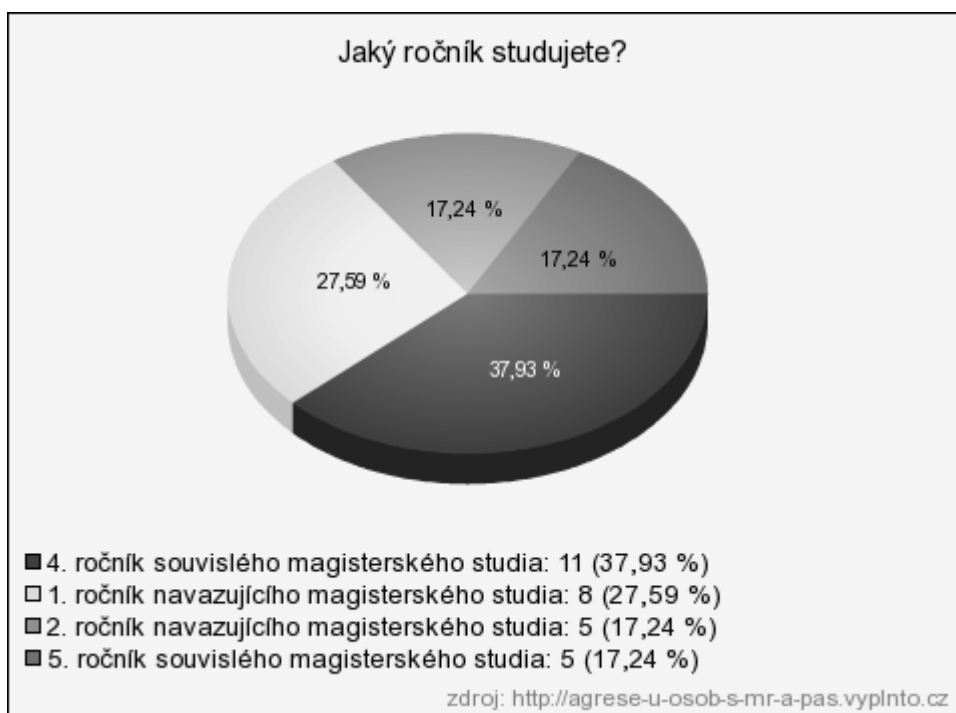
4.3 Popis výzkumného vzorku

Našeho výzkumu se zúčastnilo 29 respondentů. Respondenty můžeme rozdělit do čtyř skupin podle oborů. Obor Speciální pedagogika zahrnuje studenty jednooborové speciální pedagogiky. Studenti oboru Speciální pedagogika pro 2. stupeň základní školy a střední školy mají vedle speciální pedagogiky ještě druhý učitelský obor například Český jazyk nebo Matematika. Obor Speciální pedagogika pro 1. stupeň zahrnuje studenty studující obor Učitelství pro 1. stupeň základní školy a speciální pedagogika. Logopedie se studuje v jednooborové formě studia. Všechny tyto obory spadají pod studijní program Speciální pedagogika.

Speciální pedagogika	Speciální pedagogika pro 2. st. ZŠ a SŠ	Speciální pedagogika pro 1. st	Logopedie
9	3	10	7

Tab. 3: Zastoupení jednotlivých oborů

Respondenti jsou také rozděleni do čtyř skupin podle ročníků. Zvolili jsme poslední dva roky studia s předpokladem, že studenti mohou mít rozsáhlejší zkušenosti s agresí u osob s MR a s osobami s PAS. Na dotazník odpovědělo nejvíce studentů 4. ročníku souvislého magisterského studia.



Graf 1: Ročník oboru

4.4 Prezentace a popis výsledků

4.4.1 Uzavřené otázky

Otázka „Jaké nepovinné praxe jste během studia VŠ absolvovali?“ ukázala, že většina studentů má pouze praxe, které jsou povinné v rámci jejich studia. Dva respondenti uvedli, že pracují s osobami s PAS jako osobní asistenti. Na letní tábory jezdí dva respondenti, jeden s dětmi s MR a druhý s dětmi s PAS. Respondenti s dlouhodobější praxí s MR i PAS vykonávají tuto činnost pravidelně a systematicky. Ostatní respondenti měli možnost se setkat s danou problematikou pouze během povinných praxí.

Praxe	Osobní asistence osobám s PAS	Letní tábory	Dlouhodobější práce s MR i s PAS	Pouze povinné praxe
Počet odpovědí	2	2	3	22

Tab. 4: Absolvované praxe

Další otázka „Setkali jste se během své praxe s agresí u osob s MR nebo u osob s PAS?“ nám ukazuje přesný počet respondentů, kteří se setkali s agresí u osob s MR nebo s PAS. Největší počet respondentů se setkalo s projevy agrese jak u osob s MR, tak i s PAS. Někteří respondenti se potkali pouze s agresí u osob s MR, jiné jen s agresí u osob s PAS. Poslední skupina respondentů o druhém nejvyšším počtu se s projevy agrese během praxe neseťkala vůbec.

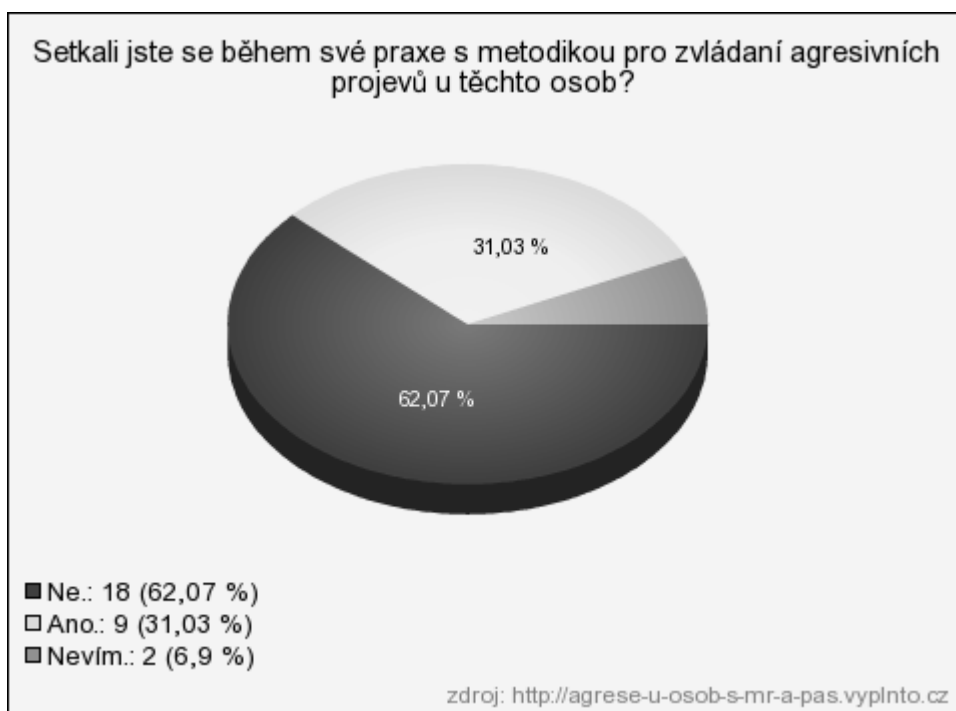


Graf 2: Kontakt s agresí u osob s MR nebo u osob s PAS během praxe

„Setkali jste se během své praxe s metodikou pro zvládnání agresivních projevů u těchto osob?“ Tato otázka měla zmapovat, jestli na pracovišti k dispozici metodika práce, se kterou by se mohli seznámit.

Převážná část studentů jasně vyjádřila, že se s žádnou metodikou neseťkali. Z předchozích odpovědí vyplývá, že agrese se během praxí vyskytuje ve většině případů. Vyvozujeme z toho, že řada pracovišť, kde k agresi dochází, není vybaveno metodikou, která je zapotřebí. Tento závěr odpovídá zkušenosti autorky.

Nabídnutá odpověď „Nevím“ zřejmě pokrývá dotazované, kteří si nepamatují, zda šlo o metodiku nebo jestli s ní byli vůbec seznámeni. Tito a dotazovaní, kteří odpověděli záporně, na další otázku neodpovídali.



Graf 3: Kontakt s metodikou pro zvládnání agresivního chování

Devíti respondentům odpovídajících „Ano“, byla následně položena otázka, zda jim metodika pomohla. Otázka poukázala na to, že i když se studenti s metodikou setkali, v některých případech zcela nesplnila svůj účel. Odpovědi „Ano“ a „Spíše ano“ bylo odpověděno dvakrát a třikrát. „Ne“ a „Spíše ne“ jednou a třikrát.

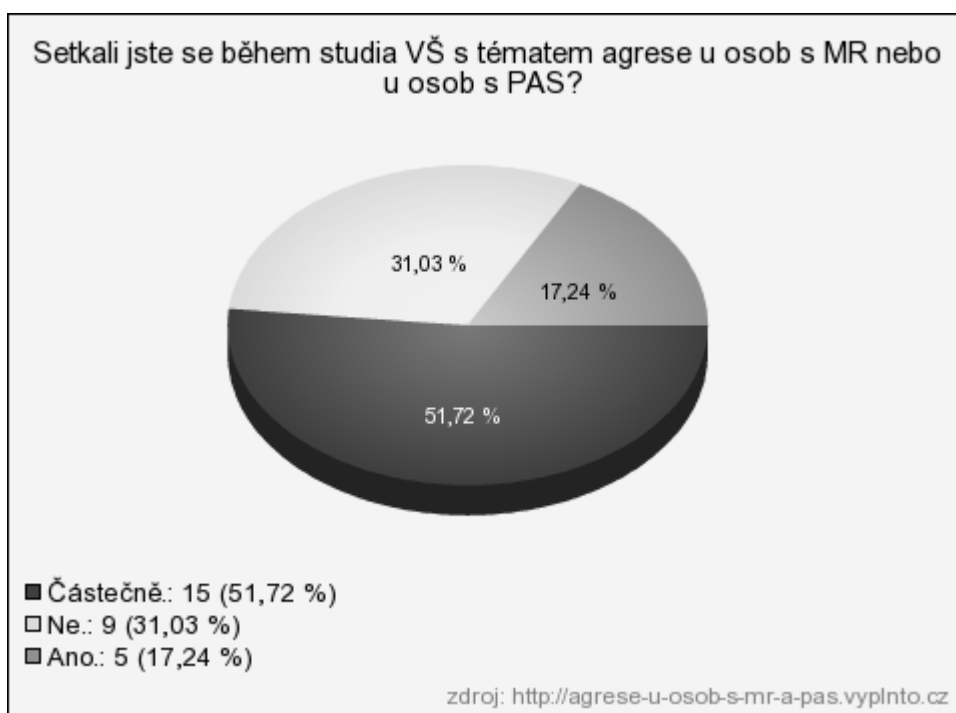
Dotazník pokračoval otázkou „Co vám jiného pomohlo zvládnout agresivní chování?“ Otázka byla koncipována tak, že respondent mohl označit více odpovědí a případně napsat jiný prostředek, který mu pomohl zvládnout agresivní chování. Z tabulky vyplývá, že je důležitá podpora pracovníků daného zařízení a také nepostradatelná je vlastní intuice a vnímavost.

Odpověď	Rada jiného pracovníka	Vlastní intuice	Vlastní zkušenost	Nic nepomohlo	Vlastní odpověď
Počet odpovědí	17	14	6	2	3

Tab. 5: Způsoby zvládnání agrese

Dotazník plynule přechází na otázky zjišťující, jaké zkušenosti studenti získali s agresivním chováním v rámci studia VŠ. Graf číslo 4 nás seznamuje s výsledky odpovědí na otázku, jestli se respondenti setkali s tématem agrese u osob s MR nebo u osob s PAS. Větší polovina uvedla, že přišla do styku s tématem částečně. 31 % respondentů se s tématem agrese u těchto osob nesetkala a více jak 17% dotazovaných se s tématem setkala.

Zde bychom se mohli zamyslet nad tím, jestli toto téma je během studia na vysoké škole tak málo probírané nebo dotazované studenty nepostihlo v dostatečné míře vlivem absencí na přednáškách.



Graf 4: Kontakt s tématem agrese na VŠ

Na předchozí otázku navazuje otázka „Setkali jste se během studia VŠ se způsoby zvládání agresivního chování u osob s MR nebo s PAS?“ „Ano“ zvolilo 10 studentů, „Ne“ 19. Předpokládali jsme, že když se studenti setkali s daným tématem, tak se také ve větší či menší míře setkali se způsoby, jak toto chování zvládnout. Při pohledu na výsledky dotazníku se nám předpoklad potvrdil.

V další otázce jsme se zeptali, jestli si dotazovaní myslí, že získané způsoby zvládání agrese, jsou pro praxi použitelné. Odpovídali pouze ti, kteří v předchozí otázce odpověděli kladně (10 respondentů). Polovina si myslí, že jich lze využít, 40 % neví a 10 % si myslí, že způsoby, jak zvládat agresi jsou pro praxi nepoužitelné.

4.4.2 Vyhodnocení modelových situací

Následně si vyhodnotíme jednotlivé modelové situace, ke kterým se studenti měli vyjádřit. Měli situaci zhodnotit a uvést, jak by na ni reagovali.

Popis situace č. 1: O velké přestávce, kdy si děti mohou dělat, co chtějí, se chlapec občas tluče pěstí nebo nějakým předmětem do hlavy, případně do stehen. Ostatní děti se mu proto straní a nevyhledávají jeho přítomnost.

Řada studentů uvedla, že by se snažila dítě se sklony k agresi vůči sobě nejprve uklidnit. Ve velkém množství bylo zmíněno pátrání po příčině vzniku agrese, odstranění této příčiny, případně odstranění nebezpečných předmětů, potřeba zajistit bezpečí chlapci i celé třídě. Dále by studenti volili takové činnosti, které by zaměstnaly jak dítě s postižením, tak i ostatní děti. Například péče o třídní zvířátko, mazání tabule, kolektivní hry o velkých přestávkách. Speciální úkol vymyšlený jen pro toto dítě.

Studenti také kladli důraz na celkovou práci s kolektivem. Vysvětlit ostatním dětem přiměřenou formou, proč se tak chlapec chová, jak mu pomoci a že se ho nemusí bát. Pokud by si pedagog nevěděl rady, měl by se obrátit na odborná poradenská pracoviště (pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra) a konzultovat další postupy s rodiči. Pedagog by také mohl dítěti zprostředkovat předmět, na kterém by si mohl vybit svojí energii např. boxovací pytel, polštář, látkový míč.

Popis situace č. 2: Chlapec od doby, kdy mu rodiče pořídili psa, kouše děti. Skrze psa se chlapci rozvíjí řečové schopnosti.

Jako možná řešení studenti uvádí, že by chlapec měl zakusit bolest, jakou kousnutí způsobuje. V krajním případě ho zkusit také kousnout. V závislosti na stupni postižení se snažit dítěti vysvětlit, že se do dětí nekouše, že je to bolí a kousat do nich není správné. Učit dítě rozdíly mezi zvířaty a lidmi. Důležitá je konzultace a spolupráce s rodiči. Rodiče by mohli před dítětem psa kárat za kousání, aby dítě vidělo, že i pes má kousání zakázáno. Dítěti kousání netolerovat ani doma. Někteří studenti by poskytli jiný objekt kousání, např. hračku na kousání, kousátko.

Bylo by vhodné hledat jiný stimul řeč, ale psa úplně nevynechat. Také studenti v dotazníku uvádí, že situace vyžaduje hledání příčiny a situace, kdy dítě vykazuje agresivní sklony. Pokud by chování chlapce přetrvávalo, měla by se vyhledat odborná pomoc (dětský psycholog, poradce, terapeut).

Popis situace č. 3: Čtyřletý chlapec s dětským autismem si v mateřské škole v době oběda nachystá na své místo talíř a příbor. Ve chvíli, kdy čeká na ostatní, než si také nachystají, bouchá lžící do talíře, do stolu a občas i do vrstevníků.

Většina studentů řešila tuto situaci tím, že by chlapce s autismem poslali na oběd jako posledního, prodloužili by mu pracovní činnost před obědem, dali mu úkol - třeba nachystat stůl i pro ostatní děti. Zamezit tomu, aby se chlapec nudil a měl prostor obtěžovat vrstevníky.

V závislosti na stupni postižením mu vysvětlit, že jeho chování je nevhodné. Za vzorné chování ho odměnit v opačném případě uložit sankci. Abychom předcházeli zranění dětí, mohl by chlapec používat plastovou lžící. Jedna studentka uvedla: *„Dát ták s talířem a příborem do takové vzdálenosti, aby na něj zatím do začátku oběda nedosáhl. Posadit chlapce do takové vzdálenosti od spolužáků, aby se zamezilo jeho útoku na ostatní žáky. Nacvičit s žákem, že ruce patří na stůl (např. nalepit na stůl značky, kde má žák mít ruce, než se mu přinese oběd).“*

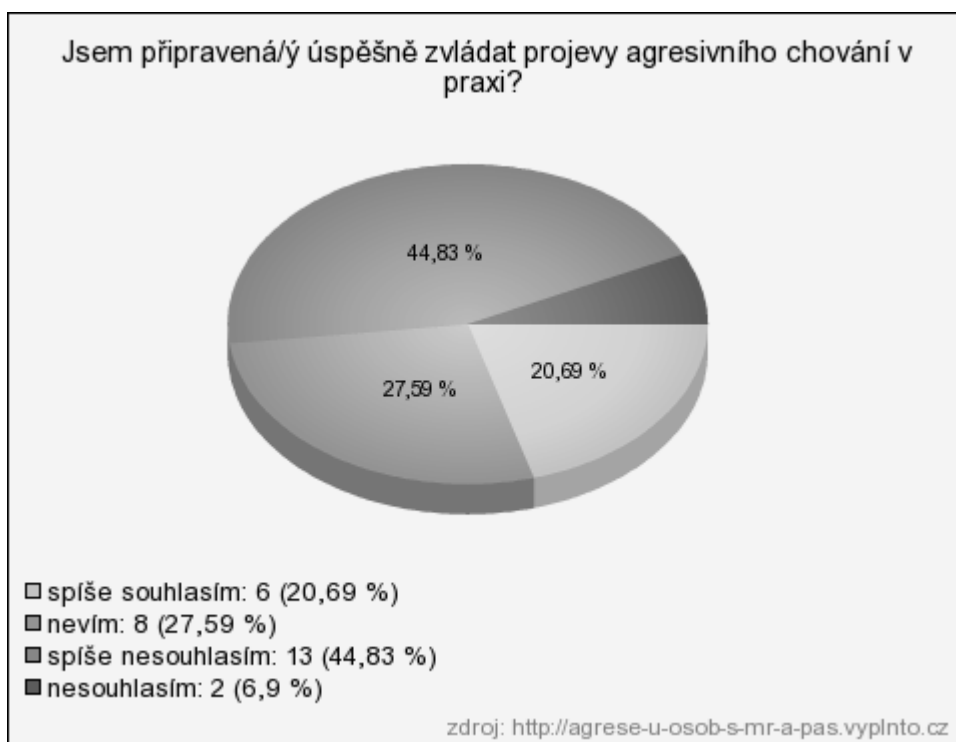
Popis situace č. 4: Do školy nastoupila nová asistentka pedagoga. Na její požadavky dívka reaguje tím, že ji bije pěstí, štípe ji a tahá za vlasy. Dívka raději vyhledává přítomnost učitelky, ta na ni nemá skoro žádné nároky a nechává ji dělat, to co sama chce.

V této situaci studenti poukázali na to, jak je významná spolupráce učitelky a asistentky. Pokud obě nebudou mít stejné nároky, dívka bude od problémů a povinností nadále utíkat a v asistentce bude vidět někoho, kdo ji omezuje. Učitelka by měla asistentku s dívkou nejprve seznámit, ukázat jí, jak s ní sama pracuje. Měla by postupně omezovat svůj vliv na dívku a část její práce s dívkou přenechávat asistenci. Vyjadřovat před dívkou veškerou podporu asistentky. Učitelka měla připravit dívku na změnu ještě před nástupem asistentky.

Z počátku by bylo dobré, aby si asistentka získat dívčinu důvěru a vybudovat mezi nimi pozitivní vztah. Postupné zvyšování požadavků, podpořit odměnami a sankcemi, dívce vytyčit jasné hranice a pravidla. Důležité je dodržování všech věcí, které asistentka slíbila. Na nevhodné chování okamžitě a rázně reagovat. Hledat příčinu vzniku agresivního chování. Jestli se jedná pouze o reakci na požadavky nebo je asistentka dívce nesympatická. Také je důležitá spolupráce s rodiči, školou a poradenským zařízením.

Závěrečná otázka mapuje názor každého studenta na svoji připravenost. Zda jsou schopni zvládat agresivní chování v praxi. Z grafu vyplývá, že velká část studentů je spíše nepřipravená. Ten dojem může být ovlivněn nedostatkem znalostí nebo zkušeností s agresivním chováním. Myslím si, že odpověď „Nevím“ volili ti studenti, kteří se s agresí u osob s MR i PAS ještě nesetkali, také je možné, že svoji připravenost nedokáží zhodnotit. Je

pozoruhodné, že žádný z dotazovaných nezvolil odpověď „Souhlasím“, raději volili odpověď „Spíše souhlasím“. Minimální počet dotazovaných je názoru, že nejsou připraveni zvládat agresivní chování v praxi.



Graf 5: Připravenost pro praxi

4.5 Shrnutí výzkumu

Odpovědi dotazníku ukázaly, že studenti se v rámci předmětů a praxí na VŠ s problematikou agrese setkali pouze na základní úrovni. Odpovědi studentů, kteří se zapojují do činností s osobami s mentální retardací a s osobami s poruchou autistického spektra ukazují, že studenti mají bohatší zkušenosti. Dokážou lépe vyhodnotit modelové situace.

Závěr

Bakalářská práce nám ukázala, že problémy se zvládním agrese se nevyskytují pouze na jednom pracovišti. Podobné zkušenosti, jaké jsem měla já zmiňují i dotazovaní studenti. Většina z nich se necítí být dostatečně připravena na zvládnání agresivních projevů u osob s MR a u osob s PAS. S agresivními projevy se v různých situacích během své praxe setkala většina z nich. Někteří nevěděli, jak se v dané situaci chovat, jiní reagovali intuitivně nebo jim poradil vedoucí pracovník, který měl dlouhodobější zkušenosti. Problematika agrese si podle našeho názoru zaslouží větší pozornost odborníků ve výuce na fakultě, na speciálně pedagogický pracovištích a ve výzkumných zařízeních.

Seznam bibliografických citací

- ČADILOVÁ, V.; JŮN, H.; THOROVÁ, K.: *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 243 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
- ČERMÁK, I.: *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1999. 204 s. ISBN 80-902614-1-8.
- FREUD, S.: *Mimo princip slasti a jiné práce z let 1920-1924*. Praha: Psychologické nakladatelství, 1999. 383 s. ISBN 80-86123-09-X.
- FRIELINGS DORF, K.: *Agrese vytváří vztahy: jak se z destruktivních sil mohou stát síly prospěšné životu*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2000. 159 s. ISBN 80-7192-502-0.
- HARTL, P.; HATRLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V.: *Dětský autismus*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 206 s. ISBN 80-7178-813-9.
- KOZÁKOVÁ, Z.: *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 74 s. ISBN 80-244-0991-7.
- LUDÍKOVÁ, L.: *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 37 s. ISBN 80-244-0557-1.
- MKN-10. 2.vyd. Praha: Bomton Agency, 2008. 860 s. ISBN 978-80-904259-0-3.
- PAPICA, J.: *K některým problémům psychologie agrese*. Praha: Olomouc: *Acta Universitatis Palackianae Olomouciensis Paedagogica-psychologica X*, 1970. 5-40 s.
- PECHOVÁ, O.: *Psychologie agrese a destruktivity*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. 23 s. ISBN 978-80-244-2928-1.
- PLHÁKOVÁ, A.: *Dějiny psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-0871-X.
- PLHÁKOVÁ, A.: *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2004. 472 s. ISBN 80-200-1086-6.
- PONĚŠICKÝ, J.: *Agrese násilí a psychologie moci*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 226 s. ISBN 80-7254-593-0.
- ŘÍHOVÁ, A.: *Poruchy autistického spektra (pomoc pro rodiče dětí s PAS)*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. 90 s. ISBN 978-80-244-2677-8.
- SLOWÍK, J.: *Speciální pedagogika*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd., aktualiz. přeprac. Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.

THOROVÁ, K.: *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2006. 456 s. ISBN 80-7367-091-7.

VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., rozš. a přepr. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

VALENTA, M.; MÜLLER, O.: *Psychopedie*. 2. vyd. Praha: Parta, 2004. 443 s. ISBN 80-7320-063-5.

VÝROST, J.; SLAMĚNÍK, I.: *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2008. 404 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

Seznam internetových citací

BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. Co víme o autismu [online]. Poslední revize 15. června 2013 [cit. 18. června 2013]. Dostupný z WWW: <http://www.apla-jm.cz/>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 1

Dotazník

1. Jaký obor studujete?

2. Jaký ročník studujete?

1. ročník navazujícího magisterského studia

2. ročník navazujícího magisterského studia

4. ročník souvislého magisterského studia

5. ročník souvislého magisterského studia

3. Jaké nepovinné praxe jste během studia VŠ absolvovali?

Žádné. Vlastní odpověď.

4. Setkali jste se během své praxe s agresí u osob s MR nebo u osob s PAS?

Ano, s MR. Ano, s PAS. Ano, obojí. Ne.

5. Setkali jste se během své praxe s metodikou pro zvládnání agresivních projevů u těchto osob?

Ano. Ne. Nevím.

6. Pomohla vám tato metodika při zvládnání agresivního chování?

Ano. Spíše ano. Spíše ne. Ne.

7. Co vám jiného pomohlo zvládnout agresivní chování?

Rada jiného pracovníka. Vlastní intuice. Vlastní zkušenost. Nic. Jiné.

8. Setkali jste se během studia VŠ s tématem agrese u osob s MR nebo u osob s PAS?

Ano. Částečně. Ne.

9. Setkali jste se během studia VŠ se způsoby zvládnání agresivního chování u osob s MR nebo s PAS?

Ano. Ne.

10. Považujete tyto způsoby zvládnání agresivního chování za použitelné v praxi?

Ano. Ne. Nevím.

U následujících otázek stručně vypište, jaké 3 kroky by jste učinili v modelové situaci.

11. O velké přestávce, kdy si děti mohou dělat co chtějí, se chlapec občas tluče pěstí nebo nějakým předmětem do hlavy případně do stehů. Ostatní děti se mu proto straní a nevyhledávají jeho přítomnost.

12. Chlapec od doby, kdy mu rodiče pořídili psa kouše děti. Skrze psa se chlapci rozvíjí řečové schopnosti

13. Čtyřletý chlapec s dětským autismem si v mateřské škole v době oběda nachystá na své místo talíř a příbor. Ve chvíli, kdy čeká na ostatní, než si také nachystají, bouchá lžící do talíře, do stolu a občas i do vrstevníků.

14. Do školy nastoupila nová asistentka pedagoga. Na její požadavky dívka reaguje tím, že ji bije pěstí, štípe ji a tahá za vlasy. Raději vyhledává přítomnost učitelky, ta na ni nemá skoro žádné nároky a nechává dívku dělat, to co sama chce.

15. Jsem připravená/ý úspěšně zvládat projevy agresivního chování v praxi?

Souhlasím. Spíše souhlasím. Spíše nesouhlasím. Nesouhlasím. Nevím.

Anotace

Jméno a příjmení:	Květoslava Skryjová
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Agrese u osob s mentální retardací a poruchami autistického spektra
Název v angličtině:	Aggression in individuals with mental retardation and autism spectrum disorders
Anotace práce:	Bakalářská práce vychází z vlastní zkušenosti autorky. Teoretická část pojednává o fenoménech jakými jsou mentální retardace, poruchy autistického spektra a agrese. Vymezuje základní pojmy a rozdělení těchto témat a následně se snaží nastínit jejich vzájemnou propojenost. Cílem praktické části je zmapovat zkušenosti studentů speciální pedagogiky s agresí u osob s MR a u osob s PAS. Pro účely práce byl zhotoven vlastní dotazník.
Klíčová slova:	Mentální retardace, poruchy autistického spektra, autismus, agrese, agresivní chování
Anotace v angličtině:	This bachelor thesis is based on the experience of the author. The theoretical part discusses the phenomena such as mental retardation, autism spectrum disorder and aggression. It defines the basic terms and the division of these topics, and subsequently it tries to outline how they are interconnected. The aim of the practical part is to map the experience of the special education students with the aggression of mentally retarded people and of people with the autism spectrum disorder. A questionnaire was made for the needs of this bachelor thesis.
Klíčová slova v angličtině:	Mental retardation, autism spectrum disorder, autism, aggression, aggressive behavior
Přílohy vázané v práci:	1
Rozsah práce:	41 stran
Jazyk práce:	Český jazyk