Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ U JEDINCŮ S PORUCHAMI AUTISTICKÉHO SPEKTRA

RISK BEHAVIOR IN INDIVIDUALS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Bakalářská diplomová práce

Autor: **Karolína Koníčková**

Vedoucí práce: **PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.**

Olomouc

2023

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí mé práce PhDr. Evě Aigelové, Ph.D. za vstřícnou a ochotnou spolupráci, trpělivost a cenné rady se kterými mě psaním mé bakalářské práce provázela. Obrovský dík patří také mým respondentům za jejich čas a ochotu účastnit se mého výzkumu. V neposlední řadě děkuji svým rodičům, rodině a příteli za podporu během celého studia psychologie.

Díky, že jste tímto umožnili vznik mé bakalářské práce.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Rizikové chování u jedinců s poruchami autistického spektra“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 31.3.2023 Podpis .....

„Být autistický ještě neznamená nemít lidskou duši. Ale znamená to být zvláštní. Znamená to, že co je normální pro zdravé lidi, není normální pro mne. A naopak – co je normální pro mne, není normální pro zdravé lidi. Do určité míry jsem špatně vybaven pro přežití v tomto světě, jako mimozemšťan, který přistál na Zemi bez orientační příručky. Ale moje osobnost je nedotčena. Moje já je nedotčené. Našel jsem ve svém životě velké hodnoty a smysl života a nechci z nich být vyléčen…“. (J. Sinclair)

Obsah

ÚVOD **5**

TEORETICKÁ ČÁST **6**

1 Poruchy autistického spektra **7**

1.1 Klasifikace 7

1.1 Etiopatogeneze PAS 13

1.2 Diagnostická triáda 13

1.3 Diagnostika PAS v dospělosti 17

1.4 Komorbidita PAS s jinými diagnózami 20

2 Rizikové chování **23**

2.1 Terminologie rizikového chování 24

2.2 Druhy rizikového chování 24

2.3 Rizikové chování u PAS 25

3 Závislostní chování **30**

3.1 Druhy závislostního chování 30

3.2 Vybrané druhy závislostního chování u PAS 31

VÝZKUMNÁ ČÁST **34**

4 Oblast výzkumu a výzkumný problém **35**

4.1 Cíle výzkumu 35

4.2 Výzkumné otázky 35

5 Metodologický rámec **36**

5.1 Metoda sběru dat 36

5.2 Charakteristika a popis výzkumného souboru 37

5.3 Etické aspekty výzkumu 38

5.4 Zpracování dat 39

6 Výsledky výzkumu **40**

6.1 Výsledky analýzy jednotlivých rozhovorů 40

6.2 Analýza společných témat 59

6.3 Prezentace výsledků a odpovědi na výzkumné otázky 64

7 Diskuse **67**

8 Závěr **73**

9 Souhrn **74**

LITERATURA **77**

PŘÍLOHY **90**

ÚVOD

Poruchy autistického spektra jsou v současné době velmi aktuálním tématem. V posledních letech se rapidně zvýšil zájem o výzkum této problematiky, který souvisí i se zvyšující se diagnostikou těchto poruch. I přesto je ale problematika poruch autistického spektra mezi laickou veřejností stále tabuizovaná. Jedinci s touto poruchou můžou být často svým okolím nepochopeni, jelikož se v řadě různých oblastí často projevují odlišným, nebo nestandardním způsobem. Také vnímání určitých situací, které jsou pro řadu jejich vrstevníků naprosto běžnými, může pro tyto jedince jiné.

Jaká je ale souvislost mezi poruchami autistického spektra a rizikovým chováním? Jedná se o další důležité téma, které bývá s těmito poruchami v poslední době spojováno. I když se v současnosti o této oblasti zvyšuje povědomí a vzniká i řada nových výzkumů, stále je zde málo těch, které se zabývají přímo vnímáním takového chování lidmi s touto diagnózou. Tématem této bakalářské diplomové práce je proto rizikové chování u jedinců s poruchami autistického spektra. Naší snahou je zjistit, jaká je motivace těchto jedinců především k užíváním návykových látek a technologií. Důraz bude kladen také na vznik závislosti a následně i na možné dopady, které toto rizikové chování může mít na samotné jedince a na jejich okolí.

Zvolené téma bylo vybráno ve snaze objasnit vnímání této problematiky jedincem s touto poruchou. Předkládaná práce je rozdělena do dvou částí, a to teoretické a výzkumné. V první z obou částí svou pozornost zaměříme na teoretické ukotvení poruch autistického spektra, rizikového chování a závislosti. V navazující praktické části bude následně představen náš realizovaný kvalitativní výzkum, který poskytne větší náhled na tuto problematiku.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

První kapitola představí úvod do problematiky poruch autistického spektra. Uvedena je popisem těchto poruch dle Mezinárodní klasifikace nemocí, na který navazuje i další možné členění. V navazující části této kapitoly bude věnována pozornost etiopatogenezi a diagnostické triádě, která představuje typické symptomy, jež styčným bodem pro tyto poruchy. V závěru této kapitoly se budeme věnovat diagnostice a komorbidním poruchám.

Poruchy autistického spektra (PAS), nazývané podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize taktéž jako pervazivní vývojové poruchy, patří mezi nejzávažnější poruchy dětského mentálního vývoje (Thorová, 2006). Symptomy těchto poruch jsou zaznamenány již od útlého věku dítěte a projevují se především v oblasti komunikace, sociální interakce, a vyznačují se taktéž repetitivním stereotypním chováním. Tyto projevy jsou pak u jedinců s PAS popisovány v každé situaci a jsou přítomny celoživotně (ÚZIS, n.d.).

K narušení dochází zejména na úrovni sociálního myšlení, komunikačních dovedností, vnímání a exekutivních funkcí (Scragg & Shah, 1994). Rozdíly můžeme ale dle Thorové (2006) nacházet hlavně na úrovni řeči, v inteligenci a v rámci sociálního kontaktu.

1.1 Klasifikace

Dne 1.1. 2022 byla přijata 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a momentálně se nacházíme v pětiletém přechodném období. Jelikož v současné době ještě nejsou oficiálně schváleny české překlady, a navíc je v praxi stále využívána MKN 10. revize, vycházíme v této práci z osnov platných podle MKN-10, ve kterých je kategorie pervazivních vývojových poruch (F84) členěna do následujících podkategorií:

Dětský autismus (F84.0)

Atypický autismus (F84.1)

Rettův syndrom (F84.2)

Jiná dětská dezintegrační porucha (F84.3)

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

Aspergerův syndrom (F84.5)

Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8)

Pervazivní vývojová porucha NS (F84.9)

Vybrané druhy PAS: Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

1.1.1 Dětský autismus

Dětský autismus neboli taktéž Kannerův časný autismus, tvoří podle Thorové (2006) jádro poruch autistického spektra. Hrdlička (2004) označuje dětský autismus za nejlépe prostudovanou a zároveň nejtěžší poruchu autistického spektra. Jedná se o PAS, která se vyskytuje nejčastěji, a z tohoto důvodu si mnozí pod pojmem „autismus“ představí právě tuto diagnózu (Thorová, 2006).

Jedinci s dětským autismem se vyznačují přítomností abnormálního nebo porušeného vývoje, poruchami v sociální interakci, komunikaci a existencí opakujícího se stereotypního chování (ÚZIS, n.d.). Dětský autismus se vyskytuje v různých formách, a to od jednoduché po těžkou. Stupeň závažnosti tak může být různý. Problémy se však musí objevit ve všech oblastech diagnostické triády. Právě dětský autismus je dle Thorové (2006) typický komorbiditou s jiným diagnózami (např. ADHD, epilepsie, mentální retardace). Nejčastější komorbiditou je pak mentální retardace (Bazalová, 2011). Typickými jsou i další nespecifické problémy (poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, temper tantrum a autoagrese (ÚZIS, n.d.).

Dětský autismus se od atypického autismu liší především v období jeho nástupu. Jeho obvyklé projevy nastupují mezi 12. a 18. měsícem života dítěte, nejpozději do 3. roku dítěte. Diagnostika pak probíhá většinou probíhá bez větších obtíží (Thorová, 2006).

1.1.2 Atypický autismus

Atypický autismus, o kterém se v historii mluvilo jako o tzv. autistických rysech, se v řadě projevů shoduje právě s dětským autismem (Thorová, 2006). Tato kategorie vznikla za účelem označení jedinců s typickými autistickými projevy, kteří však zcela nenaplňují kritéria pro dětský autismus.

Atypický autismus je diagnostikován v případě, kdy se první projevy objevily až po 3. roce života dítěte, anebo je u nich přítomna abnormalita v jedné nebo dvou ze tří složek psychopatologie (Říhová et al., 2011). Thorová (2006) doplňuje, že diagnostika atypického autismu je možná i v případě, že jedinec vykazuje nedostatky ve všech ze tří složek diagnostické triády, nicméně jejich míra nenaplňuje diagnostická kritéria pro dětský autismus, nebo také u jedinců s těžkou a hlubokou mentální retardací, u kterých jsou přítomny typické autistické rysy.

1.1.3 Rettův syndrom

Rettův syndrom je poruchou dosud zjištěnou pouze u dívek. U mužů je jeho popis pouze ojedinělý, což bývá popisováno jako jistá forma výjimky, jelikož ostatní druhy poruch autistického spektra jsou spojeny především s mužskou částí populace (Vágnerová, 2004).

Podle Thorové (2006) se většina žen s Rettovým syndomem dožívá věku 40–50 let a jeho nástup probíhá většinou okolo 7–24 měsíců věku dítěte. V tomto období právě období dochází po zcela zdravém a obvyklém vývoji k částečné, nebo pozvolné ztrátě řeči, obtížím při chůzi a obratnosti, potížím v hrubé a jemné motorice a současně dojde k zastavení růstu hlavičky. Charakteristická je taktéž ztráta účelných pohybů rukou, jejich stereotypní krouživé pohyby, spontánní hyperventilace, problém se žvýkáním potravy, vyplazování jazyka (ÚZIS, n.d.). Později se vyvíjí ataxie trupu, skolióza či kyfoskolióza. Jako častou můžeme označit komorbiditu s epilepsií a mentální retardací. V naprosté většině případů se totiž jedná o jedince s těžkým mentálním postižením (ÚZIS, n.d.). Příčiny tohoto onemocnění jsou genetické a je způsobeno lokalizací genu MECP2 na chromozomu X (Vágnerová, 2004).[1]

1.1.4 Jiná dětská dezintegrační porucha

U dětské dezintegrační poruchy se setkáváme s prudkým a výrazným regresem po předchozím zdravém vývoji. K regresu obvykle dochází až po 2. roce života dítěte, typicky okolo 2. – 10. roku, a může se tak stát pozvolně (během pár měsíců), nebo náhle.

[1] V MKN-11 již Rettův syndrom nespadá pod PAS, nýbrž je přesunut mezi vývojové anormality (Developmental anomalies).

Pojmem „autistický regres“ označujeme prokazatelnou ztrátu nebo úbytek schopností zvanou taktéž jako raná demence (Tuchman, 1997). Jedná se o tzv. „krok zpět, kdy dítě částečně, nebo zcela ztrácí své nabyté schopnosti (Ošlejšková, 2006). U jiné dětské dezintegrační poruchy je provázen nástupem mentální retardace, emoční labilitou, záchvaty vzteku, úzkostností, dráždivostí, hyperaktivitou, také v oblasti motoriky, řeči, a postižena bývá i vyměšovací kontrola (Thorová 2006, Vágnerová, 2004).

1.1.5 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

Tato porucha je definovaná velmi vágně a je spojena s nízkou nozologickou validitou. Pojem je označením skupiny jedinců s těžkou mentální retardací, kterou provází stereotypní pohyby, sebepoškozování nebo hyperaktivita. U těchto jedinců není přítomné narušení v sociální interakci, jako to je např. u jiných typů PAS (ÚZIS, n.d.).

Příčiny vzniku této z poruch autistického spektra nejsou známé. Tvrdí se, že může být způsoben nízkým IQ, nebo organickou poruchou mozku (ÚZIS, n.d.).

1.1.6 Aspergerův syndrom

Jedná se o poruchu autistického spektra, nazývanou též jako sociální dyslexie, která může mít mnoho podob a forem (Thorová, 2006). U Aspergerova syndromu (AS) dochází k stírání hranic a jeho symptomatika začíná postupně přecházet v normu. Z tohoto důvodu je velmi obtížné stanovit hranice a určit, kdy se opravdu jedná o Aspergerův syndrom, a kdy jde pouze o sociální neobratnost (Thorová, 2006).

Intelekt u jedinců s Aspergerovým syndromem bývá většinou v pásmu průměru, ale může být i nadprůměrný. Vysoký intelekt ovšem není zaručeným prediktorem schopnosti samostatného fungování. Typická je vyhraněnost zájmu, encyklopedické zájmy, lpění na formálnosti a korektnosti projevu. U dětí s Aspergerovým syndromem se můžeme setkat s opožděným vývojem řeči, není to však pravidlem (Thorová, 2006). Charakteristické jsou stereotypní zájmy, aktivity a porušená je taktéž reciproční sociální interakce. Jedinci s poruchou autistického spektra bývají rovněž často nemotorní (ÚZIS, n.d.).

Sociální interakce je u AS zpravidla vyhledávána, ne vždy je to však úspěšné, a to z důvodů jejich egocentričnosti a neobratnému sociálně komunikačnímu stylu. Slabá autokorekce a doslovné chápání slyšeného jsou problematické hlavně v dospívání,

a to zejména ve vztahu k opačnému pohlaví (Martin et al. 2007). Přítomna je taktéž jakási tendence k náladovosti a záchvaty vzteku (Woodbury-Smith & Volkmar, 2009). Z těchto důvodů bývají často izolováni, i přesto, že po interakci s ostatními touží (Martin et al. 2007). Hrdlička a Komárek (2004) tvrdí, že lidé s Aspergerovým syndromem mají zájem o intimním partnerství, ale v důsledku svých nedostatků v sociálním fungování jsou pro ně partnerské vztahy náročné a často z těchto důvodů u nich dochází k frustraci. Aston (2012) ve své studii zmiňuje, že lidé s Aspergerovým syndromem mohou mít vztahy a sexuální život stejně jako ostatní, ale často se potýkají s nedorozuměním v komunikaci a vyjádřením svých potřeb a přání.

Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize (MKN-11)

V Mezinárodní klasifikaci nemocí 11. revize dochází u poruch autistického spektra k několika změnám, které považujeme za nutné zmínit. Jedná se především o nahrazení označení pervazivní vývojové poruchy souhrnným názvem *Poruchy autistického spektra*, který je v MKN-11 nově označením pro celou kategorii, do níž oproti MKN – 10 spadají všechny poruchy autistického spektra, a to bez další klasifikace. Oproti MKN – 10 je v 11. revizi navíc vyňat Rettův syndrom, spadající pod PAS, a přesunut mezi vývojové anomality (Developmental anomalies) ÚZIS (n.d.).

Ke sloučení dílčích diagnóz došlo v důsledku pochybné diagnostické validity. Problém představovaly i rozdíly mezi jednotlivými podkategoriemi PAS, které byli spíše kvantitativní než kvalitativní ÚZIS (n.d.).

Poruchy autistického spektra jsou v MKN-11 rozlišovány pouze z hlediska navíc přítomné, nebo nepřítomné poruchy intelektu a poruchy řeči. Přidány jsou též případné další specifikátory (např. komorbidita s jinými duševními poruchami) ÚZIS (n.d.).

Jednotlivé subtypy PAS a jejich označení v rámci MKN-11:

6A02.0 Porucha autistického spektra

- 6A02.1 Porucha autistického spektra s poruchou intelektu a s mírným nebo žádným narušením funkčního jazyka
- 6A02.2 Porucha autistického spektra bez poruchy intelektu a narušeným funkčním jazykem

- 6A02.3 Porucha autistického spektra s poruchou intelektu a se zhoršeným funkčním jazykem
- 6A02.4 Porucha autistického spektra bez poruchy intelektu a absencí funkčního jazyka
- 6A02.5 Porucha autistického spektra s poruchou intelektuálního vývoje a absencí funkčního jazyka

Další možné dělení

Vedle klasického medicínského rozdělení je dle několika zdrojů možné autismus dělit z hlediska fungování jedince ve společnosti. Toto členění však není oficiální, a je tudíž pouhým doplňkem platného klasifikačního systému (Thorová, 2006).

V České republice rozdělujeme autismus podle tohoto kritéria na **nízkofunkční, středněfunkční a vysocefunkční**. Posuzováno je pak z hlediska schopnosti adaptability, přizpůsobení se situacím v kontextu každodenního fungování. Je však důležité si uvědomit, že autismus je spektrum a každý jedinec s PAS má jiné potřeby, schopnosti a prožívání, a tak zatímco někteří jedinci s vysocefunkčním autismem mohou mít méně výrazné příznaky, u jiných bude nutná větší podpora a péče. (srov. Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007; Thorová, 2012; Hrdlička, Komárek, 2014).

Vysocefunkční autismus označuje jedince s PAS, kteří mají zachovanou schopnost řeči a dostatečné intelektuální schopnosti. Problémovou oblastí je pro ně komunikace, sociální chování a disponují opakujícím se zájmům či chování (Thorová, 2006). Potíže mohou nastat také v oblasti porozumění a nadhledu. Často mohou mít taktéž výbornou paměť, schopnost řešit problémy a disponovat matematickým, logickým, nebo vědeckým nadáním. Výjimkou nejsou ani různé specifické schopnosti (Gillberg, 1998).

Jedinci, u nichž je snížená schopnost sociální interakce, přítomná absence spontaneity a zvláštnosti v komunikaci, spadají pod **středně funkční autismus**. Komunikace u těchto jedinců probíhá funkčně. Typická je stereotypie, při které se vyskytují repetitivní slova, slovní spojení, nebo věty. Inteligence těchto jedinců se nachází v oblasti podprůměru, a to především v pásmu lehké až středně těžké mentální retardace (Hrdlička, Komárek, 2014).

Nízkofunkční autismus je termínem označující jedince, jejichž intelekt celkově spadá do pásma těžké mentální retardace. U těchto jedinců je velmi omezená schopnost komunikace, řeč zpravidla nebývá rozvinuta. Pokud se však vytvoří, projevuje se především ve formě echolálií. [2] Jedinci s nízkofunkčním autismem bývají často uzavření a přítomná je často i agrese a sebezraňující tendence (Thorová, 2006). Výsledky studie z roku 2008 ukázaly, že i přes výrazné nedostatky a obtíže v komunikaci a sociálním chování, mohou mít děti s nízkofunkčním autismem zachované některé kognitivní schopnosti neodpovídající jejich intelektuální úrovni (Boucher et al., 2008).

1.1 Etiopatogeneze PAS

Konkrétní a jasná příčina vzniku poruch autistického spektra je i přes velké množství provedených výzkumů nejasná. Thorová (2006) tvrdí, že příčiny jsou multifaktoriální. Udává se, že poruchy autistického spektra jsou pravděpodobně vrozené, jako důsledek geneticky podmíněných změn ve vývoji mozku. Např. Dudová (2012) tvrdí, že podíl genetických faktorů je u dětského autismu odhadován na 90 %.

Konkrétní příčina je sice nejasná, nicméně názorem, který je v současné zastáván nejvíce je ten, že za původ PAS je považován za podíl neurobiologických, genetických a enviromentálních faktorů (Ošlejšková, 2008).

1.2 Diagnostická triáda

Pojem diagnostická, autistická, či behaviorálně kognitivní triáda označuje styčné problémové oblasti symptomů, které jsou všem jedincům s PAS společné (Thorová, 2006). Podle MKN – 10 se jedná o abnormální funkce ve třech oblastech psychopatologie, a to konkrétně v oblasti **sociální interakce**, **komunikace** a chování (ÚZIS, n.d.).

Thorová (2006) tvrdí, že: „*u poruch autistického spektra se musí vyskytovat vždy kombinace projevů, stěžejní pro diagnózu je diagnostická triáda. Přítomnost či nepřítomnost dílčích symptomů není pro diagnózu stěžejní.*“

[2] Pojem **echolálie** označuje automatické opakování vět či slov bez pochopení významu. Jedinci s PAS pak například často opakují věty, které někde zaslechly, ale užívají ji úplně v jiném kontextu (Thorová, 2006).

Psychiatrička Lorna Wingová, která autistickou triádu popsala v 70. letech, definuje tři skupiny symptomů:

- problémy v komunikaci
- problémy v oblasti sociálního chování – interakce
- představivost či imaginace (stereotypní zájmy, činnosti)

Williams uvádí, že: „autismus je jediné slovo pro celou řadu kombinovaných, zásadních problémů, a proto vymezení, které platí pro jednu osobu, není použitelné pro jinou.“ (Williams, 2009, s. 211). Jelínková tvrdí, že neexistuje typicky postižený člověk trpící autismem. Symptomy z diagnostické triády se tudíž objevují sice u všech jedinců s poruchou autistického spektra, ale míra a způsob projevů těchto symptomů je individuální a záleží vždy na konkrétním jedinci a typu autismu (Jelínková, 2001). V současné době však bývají za dominující a nejzásadnější oblasti považovány reciproční a sociální deficity (Ošlejšková, 2006).

1.2.1 Komunikace

Opožděný vývoj řeči bývá právě prvním důvodem, který zapříčiňuje znepokojení rodičů. Slovní zásoba, a i celková komunikace u jedinců s poruchou autistického spektra jsou ovšem rovněž individuální. Můžeme se setkat s těžkým mutismem, ale zároveň s jedincem s nadprůměrnou slovní zásobou.

Ve většině případů však význam a smysl komunikace jedincům s autismem **uniká** (Jelínková, 2010). Podobný názor zastávají i autoři Beyer, Gammeltoft (2006, s. 26), kteří uvádí: *„jsou však děti s autismem, u nichž se vytvoří řeč i funkční slovní zásoba, které pochopí gramatická pravidla a podobně. I tyto děti s autismem však mají problémy s dialogem a vzájemností (pragmatické využití řeči).“* Thorová (2006) tvrdí, že se porucha komunikace vyskytuje na úrovni receptivní, expresivní, verbální a neverbální. Nemusí být vždy úplně poškozena, ale abnormality nacházíme v řečovém vývoji vždy.

U PAS podle Thorové pozorujeme obvykle **jednostrannost komunikace**, kdy jedinec mluví převážně o svých tématech a neprojevuje zájem o druhého účastníka komunikačního vztahu. Déle se projevuje omezená **mimoslovní komunikace,** tzn. nekvalitní oční kontakt, slabá gestikulace. Omezeno je i **praktické používání komunikace.** V takových případech se objevují výroky, které jsou společensky nevhodné, časté je i užívání vulgarit. Jedinci mívají potíže s vykáním, pozdravem a formálními

a zdvořilostními projevy, problémy s oslovením. Thorová (2006) uvádí tyto poruchy komunikace: **opožděný nebo chybějící rozvoj použitelné mluvené řeči**, **obtíže v porozumění řeči** (obtíže v porozumění složitějším větám, souvětím, plynulému sledu vět), **zvláštnosti v řeči** (např. v oblasti prozódie, větné skladby, zvláštnosti užití slov; často můžou působit až bizardním a formálním dojmem), **echolálie.** Echolálie pak dále označujeme ještě na dvě formy, a to bez komunikační funkce (jejíž účelem je především snaha o sociální kontakt, případně funguje jako autostimulační, stereotypní chování) a echolálii opožděnou (plnící komunikační funkci, kdy jedinec přiřazuje slova a věty nikoliv podle jejich lingvistického významu, nýbrž podle situace, kde je slyšelo použít).

Mezi další komunikační zvláštnosti patří **neschopnost reagovat na konverzaci, neschopnost adekvátně vyjadřovat emoční a intimní pocity, porucha neverbální komunikace** (kdy lidé s PAS obtížně chápou význam gest, mimiky, neverbální komunikace; pro mnohé jedince jsou ještě mnohem obtížnější gesta než slova). **Neschopnost generalizace, pochopení referenčních slov** (pro děti s autismem je nepochopitelné, že slovo může mít více významů a že se význam může měnit v závislosti na kontextu (Hrdlička & Komárek, 2004).

1.2.2 Sociální interakce a sociální chování

Podle Jelínkové představují poruchy v sociální interakci největší omezení a jsou nejzávažnější. Můžou výrazně ovlivňovat rozvoj dítěte a jeho učení (Jelínková, 2000). Thorová na druhou stranu tvrdí, že i v sociální oblasti existují mezi jedinci s autismem značné rozdíly (Thorová, 2006).

Vágnerová (2004) popisuje rozdíly a deficity v oblasti **sociálního porozumění**, **zájmu o sociální kontakt**, **narušení vztahů k lidem**, a také **v problému sociální adaptace.** Kanner tvrdí, že: *„více než o lidi se zajímají o věci. Nereagují na volání jménem a nerušeně pokračují ve své činnosti. Vyhýbají se očnímu kontaktu a nikdy se nedívají do obličeje.“* (Kanner in Thorová, 2006, s. 36). Toto tvrzení vyvrací Volkmare a Mayers, kteří tvrdí, že děti s PAS navazují oční kontakt, a to dokonce ve stejné míře, jako ostatní populace. Nestává se tak ale v obvyklých částech interakce (Doherty-Sneddon, 2005).

Lorna Wingová rozdělila poruchy v sociální interakci u jedinců s PAS do několika skupin. Jedná se o **typ osamělý (indiferentní)**, kdy je dítě rádo samo a při jakékoliv snaze o sociální kontakt se odvrací. Pokud se dítě sociálnímu kontaktu nevyhýbá, ale ani ho sám

nevyhledává a nepociťuje při něj žádnou specifickou potřebu se socializovat, jedná se o **typ pasivní (akceptující)**. V případě, že se jedná o **typ aktivní, ale zvláštní**, jsou pozorovány aktivní, a zároveň obtěžující a nepříjemné tendence, kdy se jedinec snaží o navázání sociálního kontaktu v každé situaci. **Typ formální (nabubřelý)** se podle Wingové vyskytuje převážně a typicky u jedinců s vyšším IQ, jejichž chování působí chladně, formálně, pedantsky. Tito jedinci většinou vyžadují striktní dodržování pravidel a jejich verbální schopnosti jsou, ačkoliv slouží primárně k formálním záležitostem, na vysoké úrovni (Thorová, 2006). **Typ smíšený, ale zvláštní** je popisován v případě, kdy je chování jedince v sociálních interakcích velmi nesourodé, extravagantní a v každé situaci odlišné

Problém v sociální interakci není podle Valtra jediným. Pro jedince s PAS je obtížné čtení sociální situace, kdy je k nim například někdo nezdvořilý, nebo se chová nevhodným způsobem. Tito lidé jsou pak snadnou kořistí pro podvodníky a lháře (Valtre, 2006).

1.2.3 Představivost (spojována se stereotypním okruhem zájmů), hra

U dětí s poruchami autistického spektra je představivost omezená. Z tohoto důvodu si jedinci autismem často vyhledávají pravidla, řád a nemají rády změny (Bazalová, 2011). Stereotypní chování je spojeno s rigiditou a rutinním chování v každodenním působení (ÚZIS, n.d.). Jedinci s PAS mají omezenou schopnost předvídat události, které nastanou v budoucnosti.

Hrdlička a Komárek (2004) uvádějí jako stereotypní chování **rituály a rutinu** (obsesivní trvání na opakování zvyků a pravidel), **nutkavé chování** (obnažování na veřejnosti, čichání k neznámým předmětům), **nepřiměřené reakce na běžné zvuky, pachy a chuť** (extrémní zaujetí nějakým předmětem, nebo naopak přecitlivělost a nesnášenlivost určitého pachu, vůně, aj.), **autoagresi, stereotypní chování** (do kterých řadí ještě motorické stereotypy a autostimulační déletrvající pohyby). Motorické stereotypy (jako je např. pohyby rukou, těla, prstů, kývání, chození po špičkách, našlapování, pohupování) se objevují ve chvílích stresu a rozrušení a jejich funkcí je uklidnění jedince. Autostimulační déletrvající pohyby fungují jako prostředek k vyplnění volného času a často jsou jedinou činností, která k takovému účelu u těchto jedinců slouží.

Další formou stereotypního chování, kterou Komárek zmiňuje, jsou **stereotypní zájmy a aktivity**, kdy se u takových jedinců projeví opakující se sled zájmů a aktivit specificky o neživé a mechanické předměty (dopravní prostředky, vesmír, telefonní seznamy, jízdní řády), nebo nutkavé sbírání předmětů (Hrdlička & Komárek, 2004).

1.3 Diagnostika PAS v dospělosti

Jelikož jsou poruchy autistického spektra podle MKN-10 řazeny k dětským neurovývojovým poruchám, je **diagnostika v dospělosti** často **obtížná** (Thorová, 2006). Zájem o získání diagnózy je podle Jonese z 45 % respondentů z vlastní iniciativy, kdy jedinec sám přijme podezření, že se může potýkat s diagnózou PAS. Z větší části (55 %) má však na vliv návštěvy odborníka za účelem diagnostiky okolí (rodina, kamarádi, partner, jiný odborník) (Jones et al. 2014).

Proces diagnostiky bývá mnohdy zdlouhavý a je často nutné absolvovat u odborníka několik konzultací (Geurts & Janes, 2011). Pro stanovení diagnózy v dospělosti jsou stěžení anamnestické údaje z dětství a dospívání. Z tohoto důvodu je vhodné, aby spolu s dospělým jedincem s podezřením na PAS absolvoval diagnostické vyšetření i jeho rodič (Thorová, 2006), případně blízká osoba, která je schopna o pacientovi podat důvěryhodné informace (Lai & Baron-Cohen, 2015). V případě, že tato varianta není možná, je záhodno získat informace např. ze školních záznamů či z předchozích vyšetření, aj. (Lai & Baron-Cohen, 2015). V některých případech jsou symptomy evidentní a diagnostika pak není obtížná, v jiných případech lze zvolit orientační AQ test (Baron-Cohen, 2001), případně formu ADOS testu (Thorová, 2006).

1.3.1 Sebediagnostika

Častým jevem, se kterým se můžeme v poslední době setkat, je trend **sebediagnostiky,** který souvisí s rozšířením povědomí o poruchách autistického spektra. Na základně typických projevů z diagnostické triády se mnozí mylně domnívají, že můžou mít nějakou z poruch autistického spektra (většinou AS). Spousta jedinců se pak následně prezentuje, jako *„autisti“*, (kterých je např. ve facebookových skupinách a diskusních fórech velké množství), přitom tito jedinci žádnou oficiální diagnózu nemají (Lewis, 2016a). Zdrojem jejich informací o PAS jsou facebookové skupiny, diskusní fóra, internet, populárně naučná literatura nebo online testy na autismus (Lewis 2016a, 2017; Crane et al., 2018).

Studie, která zkoumala účinnost online testů pro diagnostiku PAS a následně je porovnávala s tradičními diagnostickými metodami ukázala, že online testy mohou být sice užitečné pro screening, ale pro přesnou diagnostiku PAS je nutná návštěva odborníka.

1.3.2 Diferenciální diagnózy a překryv diagnóz

Z důvodu nedostatku diagnostických metod týkající se diagnostiky PAS v dospělosti je rozšířen počet lidí s **nesprávnou diagnózou.** Ve studii z roku 2006 autoři zmiňují, že je nutné navštívit průměrně 5 různých lékařů a odborníků, než je dítěti autismus opravdu diagnostikován. Tato studie rovněž ukazuje, že mnoho lékařů není obeznámeno s nejnovějšími diagnostickými postupy a kritérii, a z tohoto důvodu se může stát, že je autismus diagnostikován chybně (Goin-Kochel et al., 2006).

Ve studii *"*The Misdiagnosis od Autistic Women*"* se ukázalo, že mnoho žen a dívek s autismem má diagnostickovanou jinou poruchu (jako jsou např. poruchy osobnosti, nebo úzkostné poruchy). Důvod tohoto pochybení může být způsoben tím, že příznaky autismu u žen se mohou lišit od symptomů u mužů. Tato studie rovněž zdůrazňuje, že nedostatek povědomí o autismu u žen může vést k nesprávným diagnózám a následné terapii (Lawson & McGillivray, 2018). V článku zabývající se problémem pozdní, chybějící a nesprávné diagnostiku autismu u žen se autoři zaměřují na to, že ženy s autismem a hraniční poruchou osobnosti mohou mít podobné symptomy, jako jsou např. potíže v sociální interakci, problémy s empatií a emocionální regulací, což může vést k nesprávné diagnóze. Jsou zde prezentovány studie a případy, které poukazují na to, že mnoho žen s PAS bylo diagnostikováno s poruchou osobnosti, což vedlo ke špatnému léčení a zhoršení jejich stavu (McQuaid et al., 2022).

Z tohoto důvodu může podle této studie docházet k situacím, kdy je autismus chybně diagnostikován, nebo dokonce zaměněn za jiné poruchy. Např. Tebartz et al. (2013) zmiňují, že řada pacientů s diagnózou úzkostné poruchy, poruchy nálady, nebo schizofrenie, můžou být primárně pacienti s nediagnostikovanou poruchou autistického spektra, která však může mít netypickou podobu.

Pokud je diagnostika provedena nesprávně, může vést ke špatné terapii, nebo podpoře, a tím pádem i ovlivnit jedince v jeho následujícím fungování (Goin-Kochel et al., 2006). I přes to, že se autismus u žen a dívek stává stále více viditelný, ukazuje se, že právě u nich jsou příznaky často přehlíženy, nebo špatně interpretovány. Děje se to tak kvůli sociálním a kulturním rozdílům toho, jak jsou vnímány typické

příznaky PAS. Ženám s autismem tak mohou být poskytovány jiné formy podpory a léčby než mužům s autismem. Proto je důležitá včasná a správná diagnostika (Goin-Kochel et al., 2006).

Kamuflážní hypotéza byla poprvé navržena britskými vědci v roce 2015 poukazuje na fakt, že některé ženy s autismem jsou schopny lépe maskovat své symptomy a adaptovat se na běžné sociální situace než muži se stejnou diagnózou (Lai et al., 2016). To jim umožňuje přizpůsobit se společenským očekáváním a vyhýbat se stigmatizaci spojené s autismem. Kamuflážní hypotéza se týká především žen s tzv. „vysokofunkčním autismem“. Tento výzkum taktéž poukazuje na to, že ženy s autismem jsou více náchylné k maskování svých příznaků než muži, a to může mít negativní vliv na jejich následnou terapii (Ali et al., 2015).

Studie z roku 2018, která se zabývala právě fenoménem sociální kamufláže a skrytí příznaků u žen ukázala, že ženy s autismem se často učí skrývat své příznaky v sociálních situacích a přizpůsobovat se normám chování, aby zapadaly do společnosti. Z tohoto důvodu mohou být ženy s autismem nesprávně diagnostikovány, jelikož se kvůli lepší adaptaci zdají být schopné fungovat v sociálních situacích lépe než muži (Tubío-Fungeurino et al., 2021).

Hwang & Lyoo (2017) zveřejnili studii, která se zaměřuje na vztah mezi autistickými rysy a obtížemi v regulaci emocí u dospělých s hraniční poruchou osobnosti. Zjistili, že u těchto jedinců je výskyt autistických rysů spojen s horší regulaci emocí, což může přispět k výskytu symptomů typických pro hraniční poruchu osobnosti. V současné době sice zatím neexistuje jednoznačný a přesvědčivý důkaz o tom, že by **autismus** mohl přímo **způsobit nějakou z poruch osobnosti.** Některé studie však naznačují, že určité autistické rysy mohou být spojeny s většími obtížemi v regulaci emocí, což je charakteristický znak právě pro hraniční poruchu osobnosti (Hwang & Lyoo, 2017). V této studii bylo rovněž zjištěno, že vysoká úroveň autistických rysů může hrát určitou roli v etiologii poruch osobnosti (Hwang & Lyoo, 2017). Tuto tezi potvrzuje i studie z roku (2015), kde bylo zjištěno, že dospělí s diagnózou Aspergerova syndromu bez mentální retardace mohou vykazovat některé projevy poruch osobnosti, a to zejména v oblasti emocionální nestability a nízkého sebehodnocení (Strunz et al., 2015).

Existuje hypotéza naznačující, že by se u některých žen mohla vyvinout porucha osobnosti v důsledku náročností spojených s **„kamufláží“** svých projevů autismu a snahou

adaptovat se na sociální normy (Bargiel et al., 2016). To by pak mohlo vést ke špatnému léčení a následným problémům (Mitchel et al., 2019). Tato hypotéza rovněž předpokládá, že některé ženy s autismem mohou být nesprávně diagnostikovány s poruchou osobnosti, z důvodu snahy přizpůsobit se společnosti a zahrnout se do kruhu vrstevníků. Je však důležité poznamenat, že toto tvrzení **není** všeobecně platné, a ne všechny ženy s PAS mají nějakou z poruch osobnosti. Nicméně, pokud se u jedince vyskytují symptomy obou poruch, je důležité, aby byl správně diagnostikován a byla mu poskytnuta adekvátní léčba a péče (Mitchel et al., 2019).

1.4 Komorbidita PAS s jinými diagnózami

Pro jedince s poruchou autistického spektra je komorbidita s jinými diagnózami typická (např. u dětského autismu je to ADHD, epilepsie, mentální retardace) (Thorová, 2006). U dospělé populace je jsou to pak úzkostné a depresivní poruchy (Joshi et al., 2012), OCD, psychotické poruchy, závislostní poruchy (které budou podrobněji popsány v kapitole o rizikovém chování), nebo ADHD (Croen et al., 2015, Buck et al., 2014).

1.4.1 ADHD

Podle MKN - 10 se ADHD řadí mezi Hyperkinetické poruchy (F90). Jedná se o skupinu duševních poruch, která je typická časným nástupem a projevuje abnormality v oblasti pozornosti, vytrvalosti a projevuje se tendencí odbíhat od jedné činnosti ke druhé. Zkratka ADHD označuje poruchu pozornosti provázanou hyperaktivitou (Riefová, 2010).

Článek obsahující přehled literatury a výzkumů týkající se komorbidity PAS a Poruchy pozornosti s hyperaktivitou popisuje, že až 80 % dětí s Aspergerovým syndromem má také nějakou formu ADHD a až 30 % dětí s ADHD má nějaké rysy Aspergerova syndromu (Musser & Galloway-Long, 2013). V jiné studii se ukázalo, že až 70 % dětí s AS splňovalo kritéria pro diagnostiku ADHD (Leyfer et al., 2006). Také Ptáček & Ptáčková (2018) tvrdí, že jedinci s PAS mohou vykazovat obdobné příznaky jako jedinci s ADHD, nicméně u nich se projevují i jiné symptomy (narušení sociálních interakcí, výskyt stereotypního chování, aktivit a zájmů). Hollander et al. (2018) zdůrazňují, že symptomatika obou poruch se může překrývat. Z těchto důvodů pak v praxi může být obtížné určit, zda se jedná o komorbiditu, nebo se pouze symptomy jedné poruchy překrývají se symptomy poruchy druhé.

Ve článku zaměřující se na přehled aktuálního výzkumu z klinické praxe týkající se komorbidity ADHD a PAS byl zmíněn právě vliv symptomatologie obou poruch. Autoři diskutovali nad tím, že diagnostikovat obě poruchy může být náročné a vést k předepisování více léků (Antshel et al., 2013).

1.4.1 Poruchy osobnosti

V roce 2018 byl realizován systematický přehled týkající se výskytu poruch osobnosti u osob s PAS, do které bylo zahrnuto 17 studií týkající se všech typů poruch osobnosti. Závěry studie ukázaly, že u osob s PAS může být pozorován vyšší výskyt určitých typů poruch osobnosti než u běžné populace (Mazzone & Vassena, 2018). Příčinnou souvislostí mezi PAS a poruchami osobnosti je podle Lugnegårda et al (2012) vliv společného genetického základu, nebo vliv traumatu v raném věku. Na základě kritérií z manuálu DSM – IV byla diagnostikována alespoň jedna z poruch osobnosti u 62 % jedinců s PAS ze zkoumaného souboru (Hofvander et al., 2009).

Závěry jiné studie ukazují, že poruchy osobnosti jsou u PAS běžné. Autoři ale upozorňují, že je potřeba rozlišovat mezi poruchami osobnosti a charakteristickými rysy pro poruchy autistického spektra (jako je např. rigidita myšlení, omezené sociální interakce, komunikace a stereotypní chování) (Rinaldi et al., 2021).

1.4.2 Neurotické poruchy, úzkostné poruchy a poruchy nálady

Nejčastější komorbiditou mezi dospělými s poruchou autistického spektra jsou neurotické a úzkostné poruchy. Oproti běžné populaci se jedinci s PAS vyznačují signifikantně vyšší mírou úzkostných projevů (Joshi et al., 2012). Úzkostné poruchy mohou být spojeny s většími obtížemi v sociálních interakcích, komunikaci a přizpůsobení se novým situacím. Tyto projevy se tudíž mohou shodovat s projevy autismu. Na druhé straně mohou symptomy autismu přispět k vyššímu riziku rozvoje úzkostných poruch (White et al., 2009). Nejčastější formou úzkostné poruchy u dospělých jedinců s PAS je dle Hofvandera (2009) **generalizovaná úzkostná porucha, sociální fobie a panická ataka.** Mezi neurotické poruchy, zachycené v komorbiditě s PAS nejčastěji, je **obsedantně-kompulzivní porucha** (např. potřeba řádu, pravidla, opakování, perfekcionismus, potřeba pořádku) (Buck et al., 2014; Fernández de la Cruz, 2013). Mimo úzkostných poruch patří mezi nejčastější komorbiditu u dospělých s PAS

depresivní porucha (Buck et al. 2014), která se odlišuje od běžné populace vyšší mírou výskytu.

1.4.1 Psychotické poruchy

Některé studie ukazují, že u jedinců s PAS může být výskyt psychotických příznaků vyšší než v běžné populaci. Tyto příznaky pak mohou zahrnovat halucinace nebo paranoidní myšlenky. Výsledek systematické metaanalýzy, která se zabývala výskytem psychotických poruch u lidí s autismem shrnul, že průměrná prevalence psychotického onemocnění u lidí s autismem byla 8,7 %, což je oproti běžné populaci (1 % - 3 %) výrazně vyšší (Girardi, 2019). Tento výsledek podtrhuje další studie, kdy diagnózu Schizofrenie mělo cca 8 % zkoumaných dospělých s PAS, a jinou psychotickou poruchu u více než 6 % respondentů s PAS (Croen et al., 2015).

Tyto příznaky pak mohou mít vliv na sociální interakce, a mohou tím zapříčinit ještě větší pocit izolace. Závěr studie, kterou provedli Foss-Feig et al., (2020) dokonce naznačuje, že psychotické příznaky mohou být u jedinců s PAS běžnými, a to i přes to, že se jedná o dvě různé diagnózy. Zdůrazňují také, že v těchto případech je i diagnostika velmi obtížná.

2 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ

Rizikové chování je velmi komplexním pojmem, který je záhodno studovat mezioborově (Sobotková et al., 2014), a je předmětem zájmu společenskovědních i medicínských oborů (Macek, 2003). Z tohoto důvodu je nutné rozlišení, v jakém kontextu je tento pojem používán.

Rizikové chování je možné do jisté míry považovat za normativní, a tudíž přirozenou součást vývoje. Dryfoos uvádí, že až 50 % adolescentů má z období svého dospívání zkušenost s alespoň jednou formou rizikového chování (Dryfoos, 1990). Na druhou stranu Dolejš a Orel zdůrazňují, že i přesto, že je takové chování v adolescenci normou, jeho dopady jsou převážně negativní (Dolejš, Orel, 2007). Rizikové chování proto může výrazně ovlivnit psychologické, sociální a vývojové aspekty jedince v následném životním vývoji, a to negativním způsobem (Jessor, 1998).

Období adolescence je nejvíce dynamická vývojová etapa, pro kterou je právě experimentování a snaha o poznávání sebe i okolního světa typické (Dolejš & Orel, 2017). Dle Charváta a Nevoralové (2012) se jedná dokonce o nejrizikovější období života. Jako charakteristické můžeme jmenovat různé rizikové činnosti, aktivity a rizikové chování (např. experimentování s drogami, návykovými látkami, extrémní sporty, vandalismus) (Dolejš, Orel, 2017).

Díky průzkumu Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost z roku 2019 bylo zjištěno, že téměř 50 % evropských adolescentů ve věku 15 až 16 let v průběhu měsíce před průzkumem užilo alkohol, a 17 % adolescentů užilo marihuanu. Nějakou zkušenost s nějakou nelegální drogou mělo pak v ČR 29 % dospívajících ve věku 15–16 let (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2019). Průzkumy tedy naznačují, že vysoké procento evropských adolescentů má zkušenost s nějakou formou rizikového chování. Je však nutné zmínit, že údaje o výskytu rizikového chování můžou být definovány různě, a proto se i výzkumy často liší. Přítomnost rizikového chování může být ovlivněna mnoha faktory, např. kulturně, společensky a ekonomicky. Odlišnosti můžou nastat i z hlediska metodologie a výběru souboru.

2.1 Terminologie rizikového chování

Macek chápe rizikové chování jako takové chování, jehož vyústěním dojde k psychosociálnímu nebo zdravotnímu poškození. Újma se může týkat jedince, jiných osob, zvířat a věcí, a může tak být činěno jak přímo, tak nepřímo (Macek, 2003).

Podle Sobotkové lze rizikové chování chápat jako nadřazený pojem, pod který spadá chování problémové, asociální, delikventní, antisociální a disociální apod (Sobotková et al., 2014). Miovský chápe rizikové chování jako takové, jehož následkem může dojít k různým zdravotním, sociálním, výchovným rizikům a jedinec tak může být rizikem sám pro sebe, nebo pro společnost. Riziko negativního důsledku tak může být reálné, nebo pravděpoodobné. (Miovský et al., 2010), Dolejš (2010) uvádí, že chování je rizikové, *„pokud zapříčiňuje prokazatelný nárust sociálních, psychologických, zdravotních, vývojových, fyziologických a dalších rizik pro jedince, pro jeho okolí a/nebo pro společnost.“* (Dolejš, 2010, 9)

Nutná je i diferenciace mezi chováním rizikovým a riskujícím (risk behavior x risk taking behavior) (Trimpop, 1994). I když se oba termíny můžou zdát podobnými, mají odlišené významy. Podle Jessora a Jessorové (1977) se **rizikové chování** týká specifických forem, které jsou spojeny s konkrétními zdravotními, sociálními, nebo psychickými riziky (např. kouření, nadměrné pití alkoholu, užívání drog, nechráněný sex apod.). Podle Širůčkové pojímáme rizikové chování spíše v širším kontextu (Širůčková, 2012). Zatímco **riskování** je ve vztahu k tendenci přijímat rizika obecně, to především v situacích, kdy je pravděpodobnost nežádoucích následků relativně vysoká (např. bungee jumping, hazardní hry). Nicméně oba termíny mohou mít společné prvky, jako je například vysoká pravděpodobnost škodlivých následků a možný vznik závislosti. (Jessor & Jessor, 1977).

2.2 Druhy rizikového chování

Jak již bylo dříve zmíněno, rizikové chování je velice komplexním pojmem, který nemá jednoznačnou definici. Z tohoto důvodu existuje nespočet typů kategorizování.

Dolejš a Orel (2017) například člení rizikové chování na: problémové, maladaptivní, protispolečenské, abnormální, disociální, asociální, antisociální, delikventní a deviantní, aj. Miovský vymezuje jako rizikové chováním v rámci pedagogické praxe a prevence, a to na záškoláctví, šikanu a extrémní projevy agrese, rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, rasismus a xenofobie, negativní působení sekt a jiných

patologických subkultur, sexuální rizikové chování, závislosti, spektrum poruch příjmu potravy, okruh poruch a problémů spojených se syndromem CAN (Miovský et al., 2010).

Sobotková (2014) Miovského rozdělení doplňuje o další formy, jako je: lhaní, kyberšikanu, kriminální chování, vandalismus, rizikové chování na internetu, požívání steroidů a anabolik, špatné stravovací návyky, extremismus, intoleranci a antisemitismus.

Širůčková (2012) řadí do rizikového chování: rizikové návyky, rizikové sexuální chování, agresivní a delikventní chování, rizikové chování v rámci společenských institucí, gambling a extrémní rizikové sportovní aktivity, a podle výzkumu Suché et al. (2018) bychom mohli i na hraní počítačových her nahlížet jako na jednu z forem rizikového chování.

Jelikož se naše práce vztahuje k poruchám autistického spektra a k tomuto tématu není zatím k dispozici literatura, budeme v práci vycházet z výzkumů, které jsou v současné době k dispozici.

2.3 Rizikové chování u PAS

Sizoo et al. (2009) zmiňují, že je málo pravděpodobné, že se jedinci s autismem zapojí do rizikového chování, nebo chování, které obsahuje něco nového, nebo neznámého.

V longitudinální studii z roku 2022, která porovnávala vývoj autistických rysů a chování s rizikovými vlastnostmi v adolescenci však bylo zjištěno, že adolescenti, kteří mají vyšší míru autistických vlastností, jsou **více náchylní k řadě rizikových chování**. Rizikové chování přitom tato studie chápe jako **souhrn aktivit, které zvyšují pravděpodobnost negativních zdravotních, sociálních nebo jiných důsledků.** Příkladem jsou uvedeny např. špatné sociální vztahy, školní výsledky, kouření, užívání alkoholu, drog a zvýšené riziko pro zdravotní problémy (Ly et al., 2022). Výsledky této studie tudíž ukázaly, že vyšší míra autistických rysů v dětství byla spojena s vyšším rizikem různého rizikového chování v adolescenci. Souvislost mezi autistickými rysy a rizikovým chováním může být podle této studie však částečně vysvětlena dalšími faktory (např. depresivní symptomy, úzkostné poruchy). Tuto tezi potvrdila i studie zaměřující se na rizikové chování u lidí s PAS v období přechodu do dospělosti. Její výsledky ukázaly, že mladí lidé s poruchou autistického spektra jsou náchylnější k rizikovým chováním v období přechodu do dospělosti než většina populace, a vykazovali tak větší riziko

sexuálního zneužívání a měli častěji suicidální myšlenky a poruchy příjmu potravy (Rydzewska & Pirrie, 2015).

2.3.1 Suicidální tendence

Sekera & Rawana (2014) se v rámci systematické studie, ve které provedli analýzu 24 studií, zaměřili na souvislost mezi poruchami autistického spektra a suicidálním chováním. Zjistili, že lidé s poruchami autistického spektra jsou vystaveni **zvýšenému riziku suicidality**, a to z důvodů **sociálních a komunikačních obtíží**, které mohou hrát významnou roli v rozvoji depresivních a úzkostných symptomů u PAS, a následně vést k suicidálnímu chování.

Například studie od Mayers et al. (2017) ukázala, že děti s PAS, které měly problémy s komunikací, měly větší riziko výskytu sebevražedných myšlenek než ty, které potíže v komunikaci neměly. Spain et al. (2018) provedli systematický přehled o sociální úzkosti u lidí s PAS, ve kterém zjistili, že tito jedinci mají výrazně vyšší výskyt sociální úzkosti než běžná populace. Tento faktor by pak dle této studie mohl být spojen s větším rizikem suicidality. Cassidy et al. (2018) pak zmiňuje, že vysoká sociální podpora může u lidí s PAS snížit riziko suicidality. Riziko suicidia může být rovněž spojeno se **zhoršením symptomů PAS v adolescenci a dospělosti** (Kreiser & White, 2014; Casidy et al., 2014; Ghaziuddin et al., 2018), nebo dle De-la-Iglesia & Olivara (2015) **zvýšená komorbidita PAS s úzkostnými a depresivními poruchami.**

Podle Franklina et al. (2017) a Balazse et al. (2016) je výskyt sebepoškozování a sebevražedných myšlenek u jedinců s poruchami autistického spektra výrazně vyšší než u lidí bez PAS. Lidquist et al. (2018) zjistili, že mezi adolescenty s PAS byl výskyt sebevražedných tendencí vyšší dokonce u třetinu, než je tomu tak u adolescentů bez poruchy autistického spektra. U lidí, kteří byli hospitalizováni kvůli sebepoškozování byla sucidalita dokonce až o 50% vyšší u jedinců s PAS než u těch, kteří poruchu autistického spektra neměli (Sveticic et al., 2010).

Faktory, které přispívají k suicidálnímu chování u jedinců s poruchou autistického spektra jsou tedy často odlišné od těch, jež se vyskytují u lidí bez PAS. Hirvikotski et al. (2016) potvrzuje tuto tezi v rámci studie, kdy se zaměřil na depresi a úzkost u dospělých s PAS. Zjistili, že tato populace má významně vyšší riziko výskytu depresivních a úzkostných symptomů než lidé bez poruch autistického spektra. Toto riziko pak bylo spojeno i se zvýšeným rizikem suicidálního chování.

Seger & Rawana (2014) ale zdůrazňují, že mnoho z těchto studií bylo malých a nebyly metodologicky dostatečně silné, aby umožnily spolehlivé závěry, proto doporučují další výzkumy v této oblasti.

2.3.2 Rizikové sexuální chování

Nevhodné sexuální chování se u osob s poruchou autistického spektra může projevovat různým způsobem. Jeho zapříčinění může být v nedostatku porozumění sociálním normám, anebo způsobeno senzorickými a komunikačními obtížemi.

Příkladem nevhodného sexuálního chování u jedinců s PAS je: **hypersexualita a hypermasturbace, nerespektování osobního prostoru a doteky bez souhlasu, parafilie, zobrazování nevhodných sexuálních nápadů před jinými osobami** (např. pornografie), **exhibicionismus**, **nepřiměřené sexuální řeči a chování**, **násilné sexuální chování** (např. znásilnění). Takové chování však nemusí být vždy záměrné, a může být způsobeno nedostatkem porozumění sociálním normám.

Výsledky jedné z přehledových studií zabývající se zhodnocením literatury ohledně sexuálního delikventního chování u jedinců PAS ukázaly, že jedinci s AS jsou vystaveni většímu riziku nevhodného sexuálního chování. Nejčastější formou byl pak exhibicionismus, nevhodné dotyky a pedofilie. Tyto výzkumy také ukazují, že jedinci s AS mají omezené sociální dovednosti, což může přispět ke vzniku sexuálně neadekvátního chování. Autoři však zdůrazňují limity této studuje a doporučují další zkoumání (Hellemans, 2007).

Hypersexualita je chápána jako nadměrná sexuální touha a snaha o sexuální uspokojení, která může vést k nekontrolovatelnému sexuálnímu chování a opakované masturbaci. Studie ukázala, že muži s AS měli větší sklon k hypersexualitě než ženy se stejnou diagnózou. Někteří jedinci s PAS mohou vykazovat například nevhodné masturbatorní chování ve veřejných prostorách, nebo používat předměty, které jsou pro tento účel nevhodné (Attwood & Garnett, 2016, citováno v Priscilla, 2018). **Hypermasturbace** pak u jedinců s PAS může být spojena s omezenou sociální interakcí a sníženou citlivostí na dotek. Pro některé jedince s PAS pak může právě hypermasturbace působit jako prostředek ke zvládání stresu nebo úzkosti. Problematická může být ve chvíli, kde je takové konání činěno v nevhodných situacích (např. v přítomnosti jiných osob, na veřejnosti). Ženy pak mají dle Schöttle et al. (2022) větší tendenci k masturbaci na veřejných místech.

K masturbaci na veřejnosti dochází dle Reynoldse (2014) z důvodu: neporozumění sociální situaci a rozlišení aspektu soukromého a veřejného prostředí, potřeba stimulace, neporozumění svým vlastním pocitům, nedomýšlení důsledků, spojení určitého objektu/aktivity s masturbací (např. masturbuji vždy, když se svlékám; což může být ale i při návštěvě lékaře, koupaliště...)

Z důvodu omezené schopnosti jedinců s PAS číst neverbální signály může docházet k nedorozuměním v komunikaci, snížené schopnosti rozpoznávat a respektovat hranice druhých lidí, **nerespektování osobního prostoru a doteků bez souhlasu jiných osob.** Zatímco někteří jedinci s PAS se vyhýbají fyzickému kontaktu a blízkosti s druhými, existují i takoví, kteří takové chování vyhledávají a na druhé sahají bez jejich souhlasu (Brown, 2016). Děje se tak v případech, kdy má jedinec s PAS intimní, nebo romantický zájem o jiného člověka, ale jeho emoční a socializační úroveň je nezralá k oslovení a snaze o navázání kontaktu s tímto člověkem (Stokes et al., 2007).

K dotýkání také často může docházet z důvodu nechápání kontextu a neodhadnutí situace. Pro jedince s PAS může být dotyk a objímání v rámci rodiny naprosto běžnou a přirozenou záležitostí a tento jedinec pak nechápe, proč je to v jiné sociální situaci nepřípustné. Docházet může taktéž k osahávání z důvodu zaujmutí materiálu oblečení, vlasů, nebo něčeho atypického, co má daný člověk v tu chvíli na sobě (Reynolds, 2014)

Některé studie naznačují, že jedinci s autismem mohou být vystavení většímu výskytu **parafilií**, které můžou být způsobeny některými charakteristikami autismu (sociální interakce, snížená citlivost na emocionální podněty, problémy se sociálními normami a porozumění sociálnímu chování (Seto, 2017). Mezi parafilními tendencemi u mužů s AS byl nejčastější fetišismus a voyeurismus (Schöttle et al., 2022). V systematické revizi provedené Murphym et al. (2014) bylo zjištěno, že nejčastější formou parafilie je **pedofilie a voyerismus.**

Parafilní poruchy jsou vzácné a zdaleka ne všichni lidé s PAS trpí nějakou formou sexuální parafilie. Jejich výskyt u této populace závisí na míře postižení, věku a dalších individuálních faktorech (Murphy, 2014).

Je důležité si uvědomit, že páchání sexuálního násilí a nevhodného sexuálního chování jedinci s autismem je méně časté a **převažují případy sexuálního násilí a nevhodného sexuálního chování vůči osobám s autismem.** Děje se tak z důvodu zranitelnosti a omezenému sociálnímu vnímání jedinců s PAS. Z tohoto důvodu jsou jedinci s PAS

náchylnější k různým formám sexuálního zneužívání (Attwood & Garnett, 2016, citováno v Priscilla, 2018).

2.3.3 Agresivita

Vágnerová jako **agresivní chování** označujeme takové, které omezuje práva živých bytostí, poškozuje živé či neživé objekty, nebo porušuje sociální normy. **Agrese,** jak pak projev takového chování, které má charakter násilí (Vágnerová, 2004). Thorová zmiňuje, že některé děti s autismem užívají agresivitu jako formu komunikace (Thorová, 2006).

Ve studii od Rava et al. (2017), která porovnává agresivní chování u dospělých s PAS a u jedinců s mentálním deficitem je zmíněno, že dospělí jedinci s Aspergerovým syndromem mají tendenci projevovat méně fyzické agresivity než dospělí s mentálním znevýhodněním, ale jsou náchylnější k agresivitě verbální. Výsledky jiné studie ukazují, že vysoká míra komorbidity u jedinců s PAS s jinými poruchami (ADHD, deprese, úzkostné poruchy) může přispět k agresivitě (Joshi et al., 2010).

Studie, která se zaměřuje na agresivní chování u jedinců s PAS popisuje různé faktory, které mohou být s agresivitou spojeny. Jedná se např. o komorbidní poruchy, komunikační problémy, obtíže v oblasti komunikace a emoční regulace a senzorické přetížení (Fitzpatrick et al., 2016).

3 ZÁVISLOSTNÍ CHOVÁNÍ

Závislostní chování chápeme jako nutkavé myšlenky a chování po určité látce, činnosti, chování, nebo sociálním vztahu (Kohoutek, 2007). Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje závislost jako opakované užívání látky, nebo provádění určité činnosti navzdory jejich škodlivým dopadům a obtížně ovladatelné nebo nemožné odvykání (WHO, 2021). Závislost se podle WHO vyskytuje v různých formách, které však mají společné rysy. Jedná se o nutkavé myšlenky a chování, snaha získat a užívat více látky/delší dobu při provádění činnosti a porušení vztahů a sociálního fungování.

3.1 Druhy závislostního chování

Kohoutek (2007) dělí závislostní chování na **látkové** (nikotin, alkohol, drogy) a **závislost na konkrétní činnosti** (gambling, jídlo, digitální hry, sexuální aktivita). Podobně toto chování dělí i Křížová (2021), která ho rozděluje taktéž do dvou kategorií na **látkové** (alkohol, drogy, nikotin, kofein) a **nelátkové** (závislá činnost, proces).

Tyto „látky“ v případě látkové závislosti lze dále členit na **měkké drogy a tvrdé drogy**. Pojem **měkké drogy** neoznačuje legálnost, nebo nelegálnost této látky, nýbrž její efekt na zdraví jedince. Neznamená to však, že tyto látky nejsou nebezpečné a pro zdraví člověka netoxické. Jejich užívání je však ve společnosti více přijímáno, než je tomu tak u drog tvrdých a poškození člověka v případě měkkých drog může nastat až po delší době. Příkladem měkkých drog je např. marihuana, tabák, ale i kofein (Substituční léčba, n.d.). Užívání **tvrdých drog** již bývá většinou spojeno s větším rizikem a významně poškozuje jedince. Patří sem heroin, pervitin, kokain, některé analgetika a léky s narkotickým efektem, nebo alkohol (Substituční léčba, n.d.).

Fyzická závislost je spojena s podřízením jedince látce a při abstinenci, či odvykání způsobuje fyzické příznaky (třes, pocení, bolesti hlavy, nevolnost, zvracení) (Křížová, 2021). V takovém případě si tělo na této látce vyvinulo závislost a potřebuje ji ke svému běžnému fungování (Kosten & George, 2002).

Naopak **psychická závislost** je stavem, kdy se člověk stává závislý na pocitech, které mu látka/činnost způsobuje a vyskytuje se u všech forem návykového chování. Jedinec tak pociťuje silné touhy a nutkání k užívání látky/činnosti a při vynechání látky/činnosti se cítí bezradný, úzkostný a může mít také problémy se sebehodnocením a řízením svého chování, i když ví, že látka/činnost nese negativní důsledky pro jeho zdraví. (Mayers & Smith,

3.2 Vybrané druhy závislostního chování u PAS

Jedinci s poruchou autistického spektra mohou být náchylní k různým druhům závislostí.

Některé studie ukazují, že u jedinců s poruchou autistického spektra může existovat **závislost na internetu, počítačových hrách a digitálních technologiích** (Coutelle et al., 2021). Tyto technologie se pak mohou stávat přednějšími než zájmy a mohou omezovat např. jedincův sociální život. Existuje i řada studií, které hovoří o riziku rozvoje **užívání návykových látek** jedinci s PAS. Typické je též **opakující se stereotypní chování a rituály**, jako je například trhání vlasů, opakující se pohyby, gesta nebo zvuky, které taktéž můžou mít taktéž charakter závislosti (Mazzone, et al., 2014).

3.2.1 Internet a hraní počítačových her/videoher

Závislost na digitálních hrách a technologiích je porucha související s jejich **nadměrným, opakovaným a nekontrolovatelným používáním, které způsobují negativní dopady na zdraví, vzdělání, práci a sociální život.** Symptomy zahrnují **ztrátu kontroly nad užíváním, zanedbávání základních potřeb a zájmů, neproduktivitu, úzkost, izolaci a depresi** (Kuss & Griffiths, 2012).

Ohledně této problematiky byla provedena studie, která se zaměřila na srovnání času stráveného sledováním televize, hraním videoher a používáním sociálních médií u dětí s PAS s jejich sourozenci bez této poruchy. Cílem bylo zjistit, zda děti s poruchou autistického spektra tráví více času u digitálních technologií než jejich sourozenci, a jakým způsobem to ovlivňuje jejich chování. Výsledky potvrdily, že děti s PAS opravdu **tráví více času u těchto technologii** než jejich sourozenci (Mazurek, 2013). Jiná studie se snažila prozkoumat, zdali se v kontextu digitálních technologií a videoher u jedinců s autismem dá rozlišit, zda jde o omezené zájmy (typické pro PAS), nebo se jedná

o skutečnou závislost. Ukazuje se, že lidé s autismem jsou **náchylnější k problémovému hraní her než lidé bez autismu** (Coutelle et al., 2021), (Craig et al., 2021).

Mnohé studie ale i naznačují, že zájem o videohry je u lidí s autismem běžný a může být pro ně dokonce určitým způsobem relaxace (Coutelle et al., 2021). Griffiths udává, že ve správném případě užívání mohou mít pro jedince s autismem videohry dobrý terapeutický efekt (Griffiths, 2019).

3.2.2 Návykové látky

V literatuře, která je aktuálně k dispozici, je vyjádřena hypotéza, že riziko užívání návykových látek u lidí s poruchami autistického spektra je nízké, a to hlavně z důvodu sociálních a komunikačních deficitů, které se u jedinců s PAS objevují (Santosh, Mijovic, 2006). Z těchto důvodů je výzkum důsledků výskytu užívání návykových látek u lidí s PAS, v porovnání s jinými neurovývojovými poruchymi omezený (De Alwis et al. 2014).

V poslední době se však v literatuře můžeme setkat s názorem, že kvůli heterogenitě PAS existuje zkreslená distribuce rizika zneužívání návykových látek, a to u jedinců s autismem bez přítomné mentální retardace (někdy taktéž nazývaných jako vysoce funkčních autistů). Právě u těchto jedinců může docházet **k větší pravděpodobnosti konzumace alkoholu** z důvodu tendence **zmírňovat úzkost, se kterou se denně potýkají** (Sizoo et al. 2009). Kromě toho jsou jedinci s PAS často přecitlivělí na senzorické vnější podněty. Z tohoto důvodu se u nich může rozvinout silně hyperfokusované a opakované hledání pohodlí (potenciálně včetně zneužívání návykových látek) posílené rigiditou zvyku (Sizoo et al. 2009).

Podle studie z roku 2011 existuje vysoká míra komorbidity mezi Aspergerovým syndromem a užíváním návykových látek. Z výsledků této studie vyplývá, že mezi dospělými v časné dospělosti je **zvýšené riziko užívání alkoholu, kouření a nelegálních drog** (Lugnega˚ rd et al. 2011). V této studii bylo rovněž zjištěno, že u dospělých s diagnózou Aspergerova syndromu existuje velká komorbidita s úzkostnými poruchami, s poruchami nálady, ADHD, poruchami příjmu potravy, a právě s užíváním návykových látek. Autoři zdůrazňují důležitost včasné diagnostiky a terapie jak Aspergerova syndromu, tak dalších přidružených poruch (Lugnega˚ rd et al. 2011). Tato studie rovněž zmiňuje, že jedinci s PAS mohou mít vyšší citlivost také na kofein, což může vést k vyšší hladině kofeinu v krvi a vyšší pravděpodobnost negativních účinků (úzkost, nespavost, poruchy trávení).

3.2.3 Stereotypní chování

Stereotypní chování je jednou z charakteristických rysů u osob s poruchami autistického spektra a je to jeden ze tří prvků diagnostické triády. Jedná se o opakující se neúčelné chování, a to buď **verbální** (slova, fráze), nebo **neverbální** (kývání, otáčení hlavy).

Toto chování je pro jedince s PAS jedním ze způsobů, jak regulovat vlastní úzkost a stres, ale může také ovlivňovat sociální reakce a snižovat kvalitu jejich života (Landa & Goldberg, 2005). Existuje pouze omezený počet studií, které by se specificky zabývaly závislostí na stereotypním chování. Některé studie však naznačují, že stereotypní chování u osob PAS může být spojeno s určitými prvky závislosti (např. opakované provádění téhož chování a neschopnost ho zastavit, i když způsobuje škody (Boyd et al., 2012). Například Strunin et al. (2013) zkoumali ve studii závislost na stereotypním chování u dětí s PAS. Výsledky pak naznačily, že děti s vyšší mírou stereotypního chování projevují vyšší úroveň závislosti na tomto chování.

V rámci stereotypního chování mohou někteří jedinci s PAS disponovat **„závislostí na specifických předmětech nebo aktivitách“,** jako je např. sbírání, organizování a seřazování předmětů (Lego, známky, čtení encyklopedií). Tyto zájmy mohou být sice užitečné a konstruktivní, pokud se však stávají příliš fixními, mohou v životě jedince způsobit značná omezení. Tato fixace na určité předměty či aktivity může být také projevem neschopnosti flexibilně reagovat na změny v každodenním životě (Uljarević et al., 2017).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 OBLAST VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Hlavním tématem této bakalářské práce je rizikové chování u jedinců s PAS. Jak již bylo předestřeno v teoretické části, v poslední době došlo k velkému rozmachu ve výzkumu ohledně problematiky poruch autistického spektra. Zvyšuje se i povědomí o rizicích spojených s nadměrným užíváním návykových látek a digitálních technologií. Fyzické důsledky tohoto užívání jsou poměrně dobře zdokumentovány, méně pozornosti je však věnováno dopadům psychickým, a to ať už na samotné jedince s PAS, nebo jejich okolí. Cílem této práce je prozkoumat rizikové chování (především oblast závislostí) a vysvětlit jejich vliv na jedince s touto diagnózou. Tato kapitola je zaměřena na oblast výzkumu, stanovení cílů a výzkumné otázky.

4.1 Cíle výzkumu

Primárním cílem práce je pomocí kvalitativního přístupu **popsat rizikové chování u jedinců s PAS a zaměřit se při tom na jejich motivaci a popis průběhu užívání návykových látek/technologií s ohledem na vznik závislosti a možných dopadů na jedince samotného a jeho okolí.** Cílem je také kazuistický popis jednotlivých příběhů z rozhovorů, které poskytnou lepší porozumění situaci.

4.2 Výzkumné otázky

V souvislosti s cílem výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky:

V1: Jaké typy látek a technologií jedinci s PAS užívají?

V2: Jaká je motivace k užívání těchto látek/technologií u jedinců s PAS?

V3: Jaká negativa a pozitiva vnímají jedinci s PAS při užívání NL a technologií a jak na ně reaguje okolí?

5 METODOLOGICKÝ RÁMEC

V následující kapitole je předestřen metodologický rámec a výzkumné metody, které byly s ohledem na charakter výzkumu použity. Následně je prezentována analýza a průběh zpracování dat, etické aspekty výzkumu a charakteristika výzkumného souboru.

Pro účely tohoto výzkumu byl zvolen **design případových studií**, jenž bývá užit právě v případech, kdy napomáhá k odhalení podstaty a charakteru zkušeností jedince s konkrétním jevem/vlastností (typicky se může jednat např. o nemoc, závislost) (Corbin & Strauss, 1990). Podle Miovského (2006) je kvalitativní přístup vhodný právě pro studium složitých a interakčních procesů, a také fenoménů, které jsou obtížně měřitelné. Hendl zdůrazňuje, že tento typ výzkumu nevyžaduje přesné kvantifikace a měření, jako je tomu u výzkumu kvantitativního, nýbrž používá popisy, intepretace a porozumění subjektivní zkušenosti jedince (Hendl, 2005).

5.1 Metoda sběru dat

Metodou sběru dat byl zvolen **polostrukturovaný rozhovor.** Jedná se o jednu z nejvíce využívaných metod v rámci kvalitativního výzkumu, která kombinuje prvky strukturovaného i nestrukturovaného rozhovoru.

V praxi to znamená, že výzkumník má předem připravenou sadu otázek, které respondentovi postupně pokládá (Smith, 2015). Zároveň ale může během rozhovoru pružně reagovat na odpovědi respondentů, a tím upřesňovat a rozvíjet vzniklá témata. Respondentovi je tak poskytnut dostatečný prostor pro spontánní vyjádření a tím je zachována i větší autenticita (Miovský, 2006).

V rámci výzkumu byla sestavena struktura otázek, jejíž podkladem byly otázky výzkumné (viz příloha č.6.). Konstrukce otázek byla vlastní, jelikož neexistuje standardizovaná metoda, která by napomohla zodpovězení výzkumných otázek. Otázky tak byly sestaveny na základě předchozí pečlivé rešerše literatury a rozděleny do několika tematických okruhů podle výzkumných otázek.

Na začátku rozhovoru byly respondentovy položeny otázky týkající se sociodemografických údajů, základních údajů o jeho osobě a následně byl respondent vyzván, aby sám sebe představil.

Po předchozí domluvě pak probíhalo interview pomocí videohovoru, a to z důvodu větší komfortnosti pro respondenty. Délka rozhovorů byla individuálně odlišná, pohybovala se však od 30 do 60 minut. Na základě poučení o informovaném souhlasu byly následně nahrávky přepsány, anonymizovány a posléze analyzovány.

5.2 Charakteristika a popis výzkumného souboru

Kritéria pro volbu výzkumného souboru vychází z teoretické části práce. Jak již bylo dříve nastíněno, populace jedinců s poruchami autistického spektra je dosti specifická. Z těchto důvodů bylo hledání potencionálních respondentů výrazně obtížné.

V první fázi výzkumu bylo osloveno několika organizací poskytující podporu a pomoc jedincům s PAS. Tento pokus však byl neúspěšný. Na základě této zkušenosti byla pro výběr respondentů zvolena metoda **samovýběru**, která byla realizována na základě zveřejněných propagačních materiálů na sociálních sítích, a kombinovaná s **výběrem záměrným.** V tomto případě byl osloven respondent patřící do okolí rodiny výzkumnice.

Samovýběrem se rozumí metoda, kdy se respondent do výzkumu přihlásí sám, a to dobrovolně a na základě předem vytvořené nabídky zveřejněné výzkumníkem. O metodu záměrného výběru se pak jedná ve chvíli, kdy si výzkumník vybírá jedince na základě určitých charakteristik, jež jsou pro jeho výzkumný záměr relevantní (Miovský, 2006).

Podmínkou pro účast jedince ve výzkumu byla diagnostikovaná některá z poruch autistického spektra, která by však splňovala kritéria pro tzv. vysokofunkční autismus. Jednalo se výhradně o diagnózu **Aspergerova syndromu**, která se v populaci v dospělé populaci, a i populaci adolescentů vyskytuje nejčastěji a je typická obvykle nenarušeným intelektem. Další kritériem pro výběr souboru byla věková hranice, která byla ohraničena **nad 15 let**. Horní věková hranice nebyla stanovena. Poslední podmínkou, která byla určena na základě rešerše literatury, byla přítomnost **závislosti na návykové látce, technologii, činnosti, nebo objektu.**

Výzkumný soubor tedy tvořilo 5 respondentů s Aspergerovým syndromem, jejichž genderové zastoupení tvořili 3 muži a 2 ženy. Kritéria pro druh závislosti nebyla stanovena. Vyskytovala se zde závislost na **návykových látkách** (nikotin, pervitin, marihuana), **digitálních technologiích a hraní videoher**, ale i na **činnosti** (Lego), nebo **kofeinovém nápoji** (Pepsi).

Tab. 1: Přehled participantů

Jméno	**Pohlaví**	**Věk**	**Diagnóza**	**Druh závislosti**
Milan	Muž	32	AS	kofeinový nápoj (Pepsi)
Ivona	Žena	24	AS	nikotin, marihuana
Fabian	Muž	21	AS	Lego, digitální technologie
Luděk	Muž	15	AS	digitální technologie (Minecraft)
Sabrina	Žena	42	AS	nikotin, kofein (v minulosti tvrdé drogy)

5.3 Etické aspekty výzkumu

Před realizací rozhovoru byli respondenti seznámeni s účely výzkumu a současně jim byl vysvětlen cíl práce a způsob nakládání s daty. V dostatečné době před zahájením interview byl respondentům zaslán informovaný souhlas, který byl po podepsání respondentem odeslán zpět k výzkumníkovi.

Respondenti byli informováni o anonymitě podaných informací a prezentaci dat. Byla provedena změna jména a anonymizace bydliště. Věk zůstal u jednotlivých respondentů zachován, a to z důvodu charakteru výzkumu. Respondenti byli poučeni o možnosti přerušení, či ukončení rozhovoru, a i o případném dodatečném vymazání z databáze. Této možnosti však žádný z respondentů nevyužil. S ohledem na citlivost určitých témat byli respondenti poučeni o možnosti neodpovídat na pro ně nekomfortní otázky. Této možnosti bylo v průběhu několika rozhovorů využito. Celkový výsledek však tímto činem nemohl být ovlivněn.

Účast všech respondentů byla dobrovolná a byla realizována s poučeným souhlasem a aspektů týkající se výzkumu, a i následnému využití dat.

Vzor informovaného souhlasu, který byl použit pro účely tohoto výzkumu je obsažen v příloze č. 4. V případě nezletilého účastníka byl informovaný souhlas podepsán jeho zákonným zástupcem (příloha č.5.)

5.4 Zpracování dat

V následující kapitole bude popsán proces zpracování dat. Data byla zpracována pomocí **Interpretativní fenomenologické analýzy** (IPA). Jedná se o metodou kvalitativní, která zaměřuje svoji pozornost na porozumění subjektivním zkušenostem a fenoménům jednotlivců, a to na základě jejich slovních popisů a vyjádření popisujících vlastní zkušenosti (Larkin et al., 2021).

Dle Hendla může přinést IPA přinést dokonce i více informací, než přístup kvantitativní (Hendl, 2005). Je však důležité si uvědomit, že závěry vzniklé z této analýzy jsou považovány pouze za dočasné a čistě subjektivní (Hendl, 2005).

Po absolvování rozhovoru s respondentem byla provedena transkripce dat z nahrávky do textové podoby v programu **Microsoft Word**, se kterou bylo dále manipulováno. Velký důraz byl dbán na doslovný přepis nahrávek, který Smith et al. (2009) považují jako klíčový. Následně bylo již pracováno individuálně s jednotlivými rozhovory.

V průběhu analýzy bylo jako první realizováno opakované čtení, které napomohlo k pochopení a vnímání daných témat respondenty. Následovaly prvotní poznámky, které kategorizovaly podstatné, nebo zajímavé části rozhovoru. Data byla dále očištěna od nepotřebných informací a následně seskupena do jednotlivých kategorií. V této fázi byla rovněž pojmenována klíčová témata. Následně bylo realizováno hledání souvislostí v jednotlivých rozhovorech, které bylo posléze doplněno o tyto souvislosti, které se postupně vynořily.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V následující kapitole bude prezentována analýza získaných dat z polostrukturovaných rozhovorů. V první části budou představeny **jednotlivé rozhovory s respondenty**, a to s důrazem na klíčová témata, která se během interview objevila. Následně bude rozebrána **analýza společný témat** a v závěrečné části budou prezentovány **odpovědi na výzkumné otázky.**

6.1 Výsledky analýzy jednotlivých rozhovorů

Prvním krokem následujícím po získání dat, bylo **provedení individuální analýzy**. Učiněno tak bylo pro každého respondenta zvlášť. Popis participantů výzkumu je započat krátkou osobní, rodinnou, sociální a farmakologickou anamnézou (OA, RA, SA, FA) obsahující informace podstatné pro správný vhled do problematiky a pochopení respondentova kontextu.

Společně s anamnézou je v úvodní části popsán proces získání diagnózy a průběh rozhovoru. Následně byla prezentována stěžejní témata z rozhovoru, která jsou dále doplněna přímými citacemi z interview. Témata, která jsou pro všechny rozhovory společná, jsou předmětem další podkapitoly.

6.1.1 Milan

Milan je dvaatřicetiletý muž aktuálně pracující v oblasti IT. Vystudoval VOŠ – Počítačovou podporu – řízení podniku. V současné době se nachází ve fázi stěhování a od rodičů se pomalu stěhuje do vlastního bytu. Milan se představuje svým jménem a zmiňuje, že má Aspergerův syndrom a závislost na kofeinu. Doplňuje, že to jsou 3 důležité věci, které chci zřejmě slyšet, a že už ho vůbec nic nenapadá.

Průběh rozhovoru:

Rozhovor s Milanem probíhal formou videohovoru z důvodu větší komfortnosti pro respondenta. V průběhu interview nenastalo žádné vyrušení ze strany výzkumníka,

ani ze strany respondenta. Milan mluvil o své zkušenosti s rozvahou, převážně otevřeně, a věnoval rozhovoru značnou pozornost a důležitost. Jeho vyjadřování bylo věcné a stručné.

ANALÝZA TÉMAT Z ROZHOVORU:

Diagnostika + Anamnéza (OA, RA, SA, FA)

Milanovi byl s Aspergerův syndrom diagnostikován až **v dospělosti** (ve 30 letech) na základě jeho předchozí **sebediagnostiky** (spojené s rešerší literatury) a následné návštěvě psychiatra. Se získáním diagnózy popisuje pocity úlevy a doplňuje: *„bylo to jednak nějaké obecné vysvětlení, proč jsem byl vždycky takový zvláštní a zároveň nějaký směr, kudy se můžu rozhlížet, když na sobě budu chtít pracovat.“* U Milana se nevyskytuje **žádná komorbidní diagnóza**, není přítomna medikace a nevyužívá žádnou formu podpory. Závislost u respondenta nebyla diagnostikována. V rodině se **PAS** objevuje u jeho **neteře**: *„ona má autismus a ona ho má mnohem horší než já, nedokáže vůbec fungovat, ani mluvit skoro, ona je na tom mnohem hůř než já.“* Se **závislostí** se v jeho rodině potýkal respondentův **bratr:** *„můj brácha bral drogy, ale už s ním nejsem v kontaktu, tak vůbec nevím, jak na tom je.“* Kromě něj žádnou závislost Milan u rodinných příslušníků neuvádí.

Dětství: *„Já jsem nikdy v dětství **nebyl** úplně **šťastnej**, nikdy jsem se necítil úplně dobře. **Nejradši jsem byl sám**.* Milan neměl moc rád spolužáky, ani učitele a s nikým si podle jeho slov nerozuměl. Přiznává, že byl vždycky takový trošku zvláštní, a i když byl nejradši sám, připadal si trošku **izolovaně.** Zároveň dodává, že jeho dětství nebylo žádné utrpení, jen je mnohem šťastnější v dospělosti. Kamarády podle jeho slov měl, ale i tak preferoval samotu.

Vztahy: Vztahy hodnotí Milan jako neúspěšné, a to z důvodu rozdílných představ o jejich fungování. Zdůrazňuje jeho potřebu mít **„hlubší“ vztahy**, ať už partnerské, nebo kamarádské. *„Když se člověk snaží ten vztah trošku někam do hloubky zahnat, tak jako ti lidi začnou trošku vypadat, že se jim to jako úplně nelíbí. Proto jsem trochu jako samotář. Nikdy jsem na ty povrchní vztahy úplně byl.“* **Tendenci k závislým vztahům však neuvádí.**

Stres a zvládání těžkých situací:

„No, já stres nezvládám skoro vůbec (smích)… Prostě, když po mně někdo něco chce, tak nedokážu moc fungovat.“ Doplňuje, že má **raději klidný život bez stresu a zátěže.** Potíže

se stresem zaznamenává v práci i v osobním životě, dodává: *„já mám prostě radši klid“*. **Pomocníkem** při zvládání stresu a náročných situací **je** pro něj **kofein** (konkrétně tedy Pepsi) a jako výstup ze své komfortní zóny označuje Milan vše, co není podle jeho plánu: *„no, v podstatě cokoliv, když po mně někdo něco chce, nebo něco musím.“* Dodává, že má rád pravidelnost a když někdo do jeho režimu zasáhne, je to pro něj nepříjemný.

Závislost:

Jako druh závislosti respondent uvádí **kofein**, konkrétněji tedy Pepsi colu. Jiný druh kofeinových látek Milan neužívá: *„já jsem nikdy neměl moc rád kafe, nikdy mi nechutnalo, takže jen cola.“* Respondent popisuje, že se mu závislost **vyvinula postupně** a mnoho let ani nevěděl, že se o nějakou závislost ve skutečnosti jedná. Zmiňuje, že v jeho dětství byla cola nedostupná, tak si ji mohl dovolit jen výjimečně. S postupem času začal dostávat od rodičů kapesné a za tyto prostředky látku získával a užíval ji ve stále vyšším množství. Že se jedná o závislost si uvědomil až ve chvíli, kdy začal mít **zdravotní problémy spojené s vysokou konzumací těchto nápojů a pokusil o omezení této látky.** *„Mnoho let jsem nevěděl, že je to závislost… až jsem pak později začal mít zdravotní problémy v důsledku toho, tak jsem s tím zkoušel přestat a nešlo to, a taky jsem zjistila, že je to asi jako závislost, protože když člověk vynechá na pár dní, tak najednou zjistí, že to jeho tělo potřebuje.“* Jako **negativa** spojená s konzumací těchto nápojů Milan vnímá fyzické aspekty, jako je např. velká bolest hlavy, silná únava a nevolnost. Respondent též zmiňuje, že se nepotýká jen s fyzickými důsledky, ale i psychickými faktory: *„No, všiml jsem si i těch psychických věcí, že jsem si fakt řekl, že už s tím fakt přestanu, ale pak přišla nějaká stresující věc (třeba mě někdo někam pozval), tak jsem si řekl, že to zas odložím, protože teď se mi to úplně nehodí.“* Respondent si uvědomuje zdravotní komplikace, kterému mu tato látka způsobuje. Jedná se např. o potíže při močení: *„vždycky, když to piju, tak je mi po tom špatně a pálí mě při močení.“* Také zmiňuje, že jakmile omezí konzumaci, tak se tyto problémy zlepší.

Pozitivními aspekty, a také **motivací**, které Milan v souvislosti s konzumací zmiňuje a která ho k užívání látky vede, je především **jednodušší schopnost zvládání obtížných a stresujících situací.** V tomto kontextu ale dále udává, že situace, které jsou pro něj obtížné vedou právě i k vyšší konzumaci těchto nápojů. Respondent ale tvrdí, že cola je pro něj i „dobré pití“, chutná mu to, což je pro něj také důvodem pro její konzumaci. Aktuální množství bylo na začátku ledna 2023 cca přes 2 litry coly denně, a to z důvodu větší psychické náročnosti spojené s Vánocemi. „*Nějakou dobu jsem byl pouze na dvou*

plechovkách, pak na jedné. A pak přišly Vánoce a začalo to být takový nepravidelný, ten život… Jakože věci kolem Vánoc a Silvestra, jinak otevřené obchody a tak, tak jsem si několikrát koupil dvoulitrovky, abych to zmírnil… ten stres, takže jsem zase na dvoulitrovce a něco denně." Toto množství by chtěl Milan postupně omezit: „rád bych se pomalu vrátil k jedné plechovce a postupně to odřízl úplně." Respondent se v průběhu let několikrát snažil množství coly **redukovat a s její konzumací postupně přestat.** Z tohoto důvodu se ji i pokoušel nahrazovat jinými sladkými nápoji (sladké čaje, jiné druhy sladkých limonád, …). *„Chvíli to fungovalo, ale pak zas jako nějaká stresující situace, tak člověk si jako dá, no."* Žádná léčba závislosti u Milana neproběhla.

Zaznamenána byla také jistá forma **identifikace s látkou**: *„Řekl bych, že to, že piju pepsi je jakoby můj charakterovej rys… že ke mně prostě patří, že to piju. Mám to spojený se sebou samotným."*

Respondent **větší tlak okolí** v souvislosti s konzumací látky **nezaznamenal**. Zmiňuje ale, že mu občas připomenou, že v minulosti tvrdil, že už colu pít nebude. Milana trochu mrzí, že ho okolí někdy soudí, aniž by znali kontext. *„Většinou neví, že se fakt jako snažím přestat, a to množství třeba fakt omezím třeba na jednu plechovku."* Nějaká další komunikace s jeho okolím ohledně této problematiky ale neproběhla.

Podle Milana **může mít na jeho závislosti podíl diagnóza autismu**, a především jeho neschopnost zvládat **stres a těžké situace v sociální oblasti.**

6.1.2 Ivona

Ivona je studentkou bakalářského programu. V současné době žije s přítelem ve spolubydlení, zanedlouho se však budou stěhovat do vlastního pronájmu. Ivona se představuje svým jménem a dodává, že zatím ještě studuje, ale nedaří se jí zatím školu dokončit, přestože má splněny všechny povinnosti a chybí jí „jen" bakalářská práce a státní zkoušky. Ivona o sobě říká, že je dezorganizovaná a ráda prokrastinuje. Pokud ale něco dělá, věnuje se této činnosti pečlivě a perfekcionismem. Dále zmiňuje, že má 3,5letý vztah. Respondentka je stále z části živena rodiči, přivydělává si ale brigádou a v blízké budoucnosti by měla nastupovat na HPP. Žádnou formu podpory nevyužívá.

Průběh rozhovoru:

Rozhovor probíhal formou videohovoru z důvodu větší komfortnosti pro respondentku. Interview se neslo v přátelském duchu. Respondentka působila velmi otevřeně a na otázky

odpovídala obsáhle, ale výstižně, a poskytla tím dobrý vhled do problematiky. Rozhovor ukončila slovy: *„Bylo to moc fajn, ale musím si jít zapálit už, hodina uplynula.“*

ANALÝZA TÉMAT Z ROZHOVORU:

Diagnostika + Anamnéza (OA, RA, SA, FA)

Respondentce byl Aspergerův syndrom diagnostikován až **v dospělosti**, a to v maturitním ročníku na gymnáziu. Udává, že se v tomto období cítila dost ztracená, po psychické stránce jí nebylo dobře a experimentovala v tomto období i s drogami. Z tohoto důvodu vyhledala psychiatra, který jí následně předepsal antipsychotika. V tomto období jí od psychiatra byl diagnostikován právě autismus. V pozdějších letech vyhledala pomoc psychologa, při které jí jiná psycholožka sdělila, že by se spíše, než o autismus mohlo jednat o některou z poruch osobnosti (pravděpodobně o schizoidní poruchu osobnosti). Změna diagnózy ale neproběhla.

Respondentce **byla diagnostikována závislost**, žádnou jinou **komorbiditu neudává.** Ivona neudává momentálně žádnou medikaci: *„momentálně ne, vyhýbám se tomu jak čert křížu, v minulosti jsem měla jsem amisulprid (antipsychotika)“*. V rodině respondentky **PAS nejsou diagnostikovány**. Ivona však uvádí, že pozoruje některé **vzorce chování, které jsou typické pro autismus**, u její matky a babičky z matčiny strany. **Závislost** v rodině Ivona popisuje u své **matky, bratra a dědy**, a to především na nikotinu. Bratr respondentky pak dle jejího tvrzení ještě experimentoval s drogami, o závislost na drogách se ale dle respondentky nejedná. Ze širšího rodinného okruhu respondentka zmiňuje ještě dědova bratra, který zemřel na delirium tremens.

Dětství: Respondentka pochází z úplné rodiny. Zmiňuje, že soužití s rodiči bylo bez komplikací: *„Taťka s mamčou jsou jako pořád spolu, takže to bylo všecho v pohodě.“* Ivona se v dětství stýkala především s chlapci. Uvádí, že to bylo z důvodu existence jejího staršího bratra: *„Bavila jsem se hodně s klukama, protože mám staršího bráchu, tak jsem byla na kluky zvyklá.“* Dále dodává, že **kamádek mnoho neměla**, a pokud ano, **připouští svoji tendenci k závislosti na jejich vztahu**: *„Když jsem měla nějaké kamarádky, tak jsem měla píš jako jednu kamarádku, na které jsem byla pořád jako nalepená, ale víc kámošek jako holek jsem nikdy neměla.“* Ivona dále tvrdí, že se mezi kluky se **necítila jako součást kolektivu,** protože je dívka, ale zároveň se jako součást party necítila ani mezi dívkami: *„Nevěděla jsem, co si s něma mám povídat, protože jsem **mezi ně nikdy nezapadala**.“*

Vztahy: Ivona zmiňuje absolvování dvou dlouhodobějších vztahů, přitom ve druhém vztahu se aktuálně nachází. Zároveň uvádí, že nikdy více vztahů neměla ani ji nikdy nelákaly vztahy „přechodnějšího“ ladění. Pro respondentku je **vztah symbolem trvalosti**: *„Já to vnímám tak, že když s tím partnerem jsem, tak s ním chci být dlouho, a i když se vyskytne nějaký problém, nebo hádka, tak to neřeším, pokud to nepřesáhne určitou mez.“* Dodává, že pro ni je důležité, že se s partnerem zná, je pro ni blízkým člověkem a ví, co od něj čekat. **Tendence k závislosti** uvádí i ke **vztahu k partnerovi**, zároveň však zmiňuje, že se na tom snaží v současné době pracovat: *„Cítím jako jistou závislost na příteli… že úplně nerada slyším, že jde s klukama do hospody, ale snažím se s tím něco dělat.“* Tyto závislé vzorce však respondentka pozorovala i ze strany jejího expřítele: *„Pořád mi volal a tak, byl to docela masakr, takový spíš hrozně stíhací typ to byl.“*

Stres a zvládání těžkých situací:

Pro respondentku je **zvládání stresu velmi obtížné.** Uvádí tendenci odsouvat a ignorovat problematické situace. Zdůrazňuje ale, že čím více to ignoruje, tím spíše ji tyto situace stresují. Ve chvíli, kdy nemá jinou možnost a situaci musí řešit, pokusí se respondentka dodat si patřičnou odvahu a problém vyřešit. S touto situací jí právě **pomáhá nikotin:** *„Dám si teda cigaretku, a to mě uklidní a pak to udělám.“* Výstupem z komfortní zóny jsou pro **ni situace, kde je větší množství lidí**. Zmiňuje taktéž větší **senzorickou citlivost** a problémy v e-mailové komunikaci: *„No, všeobecně tam, kde je hodně lidí, tam se necítím dobře. Pořád nosím sluchátka všude s sebou, třeba i jako tramvaje, nebo věci, které vydávají hlasitý zvuky, to taky nemám ráda. Telefonuju v pohodě, ale vadí mi e-maily, protože se bojím, že tam napíšu nějakou blbost, nebo napíšu něco špatně a nebude možnost už to opravit, a pak takovýto oslovení a co napsat nakonec…“*

Závislost:

Prvním spouštěčem pro užívání nikotinu byl pouhý zájem vnímaný jako **ranní rituál s kamarády:** *„Já jsem to ze začátku jen zkusila – s těma cigaretama to bylo skrz to, že mi to přišlo jako ranní rituál. Ještě jako společně s ostatníma.“* Dalším důvodem byla dle slov Ivony **touha zapadnout mezi kolektiv.** Ivona si totiž po přestupu na školu do většího města našla kamarádku, která byla o rok starší a trávila čas s dětmi, které tyto látky již pravidelně užívaly: *„No a to nebylo jako, že bych k tomu měla sklony, spíš jako ze zvědavosti a z touhy tam zapadnout mezi ty lidi.“*

Zprostředkovatelem pro první kontakt s marihuanou byl bratr respondentky. Ivona dále uvádí, že se následně začala hodně zajímat o témata subkultur, 60. let a období hippies. Tvrdí, že to byl její koníček, se kterým souviselo i čtení o této problematice, poslouchání příslušné muziky, ale i zkoušení halucinogenů apod. S pravidelným užíváním marihuany začala z důvodu **zvýšené úzkostnosti za účelem jejího zmírnění**: *„Tehdy už jsem vnímala, že jsem taková úzkostnější, a tak jsem si jako říkala, že si tou trávou prostě vyhulím depky z hlavy.“* Respondentka také zmiňuje **snahu o únik z reality**: *Tak… mně to pomáhalo uvolnit, neřešit tolik věci a prostě se nějak odstranit z reality.“* Užívání marihuany byla zpočátku sporadické, zvýšilo se až po nástupu respondentky na střední školu: *„Během střední to bylo jako fakt denodenně.“* Při nástupu na VŠ se frekvence snížila a Ivona se snažila marihuanu omezit. Podle respondentky však vliv na tuto redukci změna kolektivu neměla.

Respondentka udává, že se **s tendencí k závislostem potýkala již v dětství**. Jednalo se o věk od 9 do 12 let, kdy byla dle jejích slov závislá na počítačových hrách, na kterých trávila velké množství času. Ivona uvádí na důkaz závislosti existenci „bažení“, které srovnává k obdobnému pocitu, který vnímá současné době k cigaretám.

Respondentka aktivně užívá **nikotin** a **marihuanu**, na které si postupem času vypěstovala závislost. Cigarety kouří aktivně od 12 let, s marihuanou začala experimentovat ve svých 14 letech. V současné době se její frekvence užívání pohybuje cca kolem půl krabičky cigaret (10) denně. U marihuany je tomu tak 4x – 5x týdně, a to výhradně ve večerních hodinách: *„Není to tak, že bych vstala a zahulila si, prostě fakt až večer, protože přes den musím fungovat a nechci na lidi působit zhuleně.“* Doplňuje však, že pocit by to byl dobrý a líbilo by se jí to. Prvním spouštěčem pro užívání nikotinu byl pouhý zájem vnímaný jako **ranní rituál s kamarády**: *„Já jsem to ze začátku jen zkusila – s těma cigaretama to bylo skrz to, že mi to přišlo jako ranní rituál. Ještě jako společně s ostatníma.“* S užíváním marihuany začala z důvodu **zvýšené úzkostnosti za účelem jejího zmírnění**: *„Tehdy už jsem vnímala, že jsem taková úzkostnější, a tak jsem si jako říkala, že si tou trávou prostě vyhulím depky z hlavy.“* Respondentka také zmiňuje **snahu o únik z reality**: *Tak… mně to pomáhalo uvolnit, neřešit tolik věci a prostě se nějak odstranit z reality.“* Užívání marihuany byla zpočátku sporadické, zvýšilo se až po nástupu respondentky na střední školu: *„Během střední to bylo jako fakt denodenně.“* Při nástupu na vysokou školu se frekvence snížila a Ivona se snažila marihuanu omezit. Podle respondentky však na tuto redukci změna kolektivu neměla.

Léčba: Na omezení užívání však podle respondentky měla vliv **adiktologická léčba**, kterou podstoupila v souvislosti s dlouhodobou neschopností zbavit se závislosti na nikotinu a marihuaně. Ivona absolvovala **půlroční adiktologickou terapii**, kterou však **nedokončila:** *„Byl to jako proces léčby, který byl drasticky utnut mou neschopností dále docházet k terapeutovi za koronavirové krize a neochoty se dále účastnit čistě po online schůzkách.“* Po ukončení léčby na základě rozhodnutí respondentky Ivona ještě měsíc abstinovala. K návratu k užívání jí dle jejích slov přivedl její přítel.: *„Přítel je kuřák, takže jsem k tomu měla nějak přístup a když si zapálil tak jsem říkala… „dej mi šluka“ a už to jelo.“*

Důvodem, proč Ivona nemůže s marihuanou přestat je dle jejích slov **slabá vůle a existence rituálu, který je s touto látkou spojený:** *„Mám asi slabou vůli, nebo já nevím. Že už jsem na to fakt zvyklá, že z toho máme takový rituál, protože přítel taky kouří trávu, takže si večer sednem a dáme si třeba půlku špeka nebo tak něco, mikrodávku v podstatě.“* U cigaret však Ivona uvádí **přítomnost fyzických příznaků v souvislosti s abstinencí:** *„Fakt je důvod to, že je to fyzická závislost. Že je mi prostě špatně a klepou se mi ruce.“*

Jako omezení, které respondentce nikotin způsobuje uvádí, že se při návštěvě rodičů musí **„schovávat“** a není jí příjemný **tlak okolí.** Dalším negativem je dle respondentky **neschopnost strávit delší časový úsek bez této látky**: *„Když musím být někde dýl a nemám možnost si zapálit, tak je mi to nepříjemný a trochu mě to omezuje. Třeba si nedokážu představit, že bych šla na Avatara do kina. Nebo představit si to jako dokážu, ale pak bych asi zbourala dveře při běhu ven.“* U marihuany je hlavním negativem především **strach z řízení auta:** *„Skrz to se trochu bojím řídit auto, přestože mám řidičák, tak nevím, no.“* Dále uvádí, že i přesto, že marihuanu užívají jen večer, často se bojí, že přítel bude následující den v případě silniční kontroly pozitivní.

Reakce okolí:

Ivona uvádí, že kouření od svých 12ti do 16ti let před rodiči tajila. Skrývala následně i marihuanu. Rodiče se o jejím užívání těchto látek dozvěděly až z úst třídní učitelky: *„Nějak jsme se bavili jako parta s různýma lidma, a někteří ti lidi vzbudili podezření u učitelek, takže si pak pozvali rodiče do školy od těch děcek.“* Ivona dále uvádí, že po této konfrontaci už to skrývat nešlo, takže se rodičům přiznala: *„Takže jsem se jí normálně přiznala a v těch 16 už jsem si kolikrát i zapálila s mámou.“*

Otec respondentky ale **kouření neschvaluje** a pokud respondentku při této činnosti vidí, reaguje většinou slovy typu: *„zahoď to, přestaň s tím už, smrdíš…“* Ivona ale dále zmiňuje, že jiný **výraznější tlak okolí nezaznamenala** a dodává, že všichni **její kamarádi jsou taky kuřáci**, takže se i obklopuje stejnými lidmi.

Jelikož respondentka začala s užíváním návykových látek ve velmi brzkém věku, nepamatuje se změny přístupu k ní samotné v souvislosti s marihuanou a nikotinem.

Pocity z užívání:

Respondentka uvádí, že **cigarety kouří v případě, že dostane abstinenční příznaky** (klepání rukou, fyzická chuť na látku). Ihned po užití pak popisuje **uvolnění.** Tyto pocity u marihuany neuvádí. Zmiňuje, že jí nepřijde, že by ji látka uvolňovala:*„Spíš mám třeba plynulejší myšlenky, víc se dokážu jako zaměřit do sebe, což pak jako způsobí, že třeba vůbec nevnímám.“* Respondentka ale dodává, že se několikrát stalo, že jí látka nesedla a po užití látky se jí **rozvinula panická ataka.**

Pro Ivonu je látka **jistotou,** která je však občas i nechtěná: *„Je to jako jistota, ale nechtěná… spíš jako třeba klec.“* Zmiňuje, že by se závislosti na jednu stranu zbavit chtěla, ale na druhou stranu vůbec: *„Protože je to zas jako taková ta jistota, že prostě s tím žiju už polovinu života, takže už je to dlouho.“*

6.1.3 Luděk

Luděk je šestnáctiletý adolescent, který v současné době dokončuje běžnou ZŠ. Ve škole funguje za pomoci asistenta pedagoga. Rozhovor byl uskutečněn díky Luďkově matce, která jej zprostředkovala a poskytla taktéž krátké interview pro nástin do problematiky. V této analýze rozebíráme pouze rozhovor s Luďkem. Informovaný souhlas byl matkou podepsán a jeho vzor je umístěn v příloze. Respondent se představuje jako Luděk, který rád hraje Minecraft, a ihned přechází do popisu této hry.

Průběh rozhovoru:

Rozhovor s Luďkem probíhal taktéž formou videohovoru z důvodu větší komfortnosti pro respondenta. V průběhu interview nenastalo žádné vyrušení ze strany výzkumníka, ani ze strany respondenta. Luděk mluvil v rozhovoru stroze a často od tématu odbíhal k popisům hry, herních pravidel a pocitům, jaké při hraní cítí. Často zaznívala věta, kdy zmiňoval, **že by chtěl žít ve hře a že ho tento svět nebaví.** Na složitější otázky odpovídal velmi

stroze, často jsem se musela doptávat a pokládat otázku jinými způsoby. Nakonec stejně ale sklouzl k popisu hraní her.

ANALÝZA TÉMAT Z ROZHOVORU:

Diagnostika + Anamnéza (OA, RA, SA, FA)

Autismus byl Luďkovi diagnostikován ve třech letech po předchozím podezření od pediatra. Toto období si respondent moc nepamatuje a nepřikládá mu velký důraz.

Z tohoto důvodu **nepopisuje žádné pocity spojené se získáním diagnózy.** Luděk, ani jeho matka **neuvádí žádnou komorbidní poruchu,** pouze astma, atopický ekzém a alergie. Denně však užívá Concertu, která bývá indikována k léčbě poruch pozornosti. V rámci medikace je užívána ještě Latuda.

V rodině se **PAS** podle Luďka **nevyskytují.** Zmiňuje však, že jeho matka často říká, že svým chováním jí připomíná jeho otce: *„Máma říká, že jsem celej táta, ale ten s náma nežije, tak ho ani neznám. Furt ale říká, že jsem jak přes kopírák a že ji rozčiluje, že jsem to samý.“* Luděk je synem z matčina prvního manželství. Jeho biologického otce Luděk nezná a není s ním v žádném kontaktu ani jeho matka, která má nyní další 3 děti s druhým manželem. Respondent je s domácím prostředí, a i s dalšími sourozenci spokojený. **Závislosti** v rodině **neguje**, netuší však, jak je to na straně biologického otce, nemají s touto částí rodiny žádné styky.

V sociální oblasti respondent zmiňuje **slabé sociální vazby.** Je mu však nepříjemné se o této problematice bavit, tak se vyjadřuje velmi stručně. Uvádí, že ve škole **nemá žádné kamarády** z důvodu vlastního zapříčinění: *„Ve škole nemám nikoho, o to jsem se nějak omylem spolehlivě postaral. Tím, že jsem se choval, jak já jsem si znepřátelil třídu.“* Následně ale zmiňuje, **že ho to nemrzí** a že díky tomuto zásahu dostávají spolužáci méně poznámek. Rád se však stará o svou **roční sestru** a výraznou **náklonost** chová taktéž k jeho **paní asistentce**: *„Ta je moc fajn, možná ji pozvu na narozeninovou oslavu, když to máma dovolí.“* V kontextu tohoto tématu se Luděk rozpovídá o virtuální realitě. Zmiňuje, že **kdyby byl ve virtuální realitě, bylo by to pro něj jako nebe** a mohl by v ní žít druhý život. Dále uvádí: *„Tady tento svět mně prostě nevyhovuje, svět ve virtuální realitě by byl lepší, tento se mi nelíbí.“* Jestli by v takovém virtuálním světě Luděk chtěl mít i své blízké odpovědět nechtěl. Dále však zmiňuje, že je Minecraft prostředkem **úniku z reality.**

Stres a zvládání těžkých situací:

Luděk tvrdí, že pokud je ve stresu a má k dispozici digitální technologie, jsou mu **prostředkem k jeho zvládání:** *„Když jsem ve stresu, tak si zahraju, a to mě uvolní.“* Dále uvádí, že: *Minecraft je v podstatě lék na všechno.“* Pokud tyto technologie k dispozici nemá, využívá např. telefon, kalkulačku. Občas se u něj objevují v souvislosti s náročnými situacemi i **sebedestruktivní tendence** (štípání do stehen, trhání nehtů z lůžka). Co pro něj výstupem z komfortní zóny uvádět nechce.

Závislost:

Luděk má nastavený denní limit pro hraní her na 1 hodinu, a to až po splnění všech povinností. Uvádí, že mu to **nestačí a víc by chtěl kdykoliv**. Jakmile přijde ze školy a udělá si úkoly, ptá se rodičů, zda si může zahrát. Nejraději hraje na playstationu, následuje mobil a na třetím místě uvádí počítač. Přesný limit hodiny si však nehlídá a uvádí, že si vždy zahraje hodinu a když už je konec a nikdo mu nic neřekne, tak přetáhne. V minulosti se taktéž často stalo, že zákaz porušil a pak hrál bez dovolení „natajno“. Nyní ale zmiňuje, že se raději snaží rodiče přesvědčit. *„Teď spíš jedu na způsobu, že si to nějak vykecám a je to. Protože naši mně omezujou i mobil, protože tvrdí, že jsem na tom furt, tak je lepší to nějak vykecat.“* Na dotaz, zda někdy při ztratil pojem o čase, když hrál hru Luděk odpovídá: *„Je vědecky dokázaný, že čas plyne rychleji, když se člověk baví.“*

Minecraft je pro respondenta **„lepší dimenze“** díky které uniká z reality. *„Je to taková lepší dimenze, ty hry jsou lepší než realita.“* Ve chvílích, kdy má zákaz těchto technologií, nebo už vyčerpal svůj denní limit, si alespoň představuje, že hru hraje. Na dotaz, proč si myslí, že mu rodiče hry regulují odpovídá: *„Oni tam rodiče nevidí, jak je to super. Je to lék na všechno. Ale máma říká, že jsem pak protivnej a mimo, když to moc hraju. Ale já si to nemyslím.“*

S hraním **nikdy nezkoušel přestat a nevidí v tom ani důvod**: *„Ne, proč bych to jako dělal?“* **Negativní aspekty** hraní her respondent **nevnímá**. Jako pozitiva zmiňuje, že je to pro něj **smysl života, únik od reality a lék na všechno**.

Reakce a **tlak od okolí** v souvislosti s hraním her **zaznamenal,** zdůrazňuje však, že je to z důvodu, že rodiče nevidí ty pozitiva hraní a až zbytečně ho kritizují. *„Navíc si nevšímají detailů, jako je například to, že Minecraft rozvíjí kreativitu.“*

Sám sebe by si bez Minecraftu Luděk už podle jeho slov nedokázal představit: „*Jakože takhle… Jako ono není možný se k tomu nedostat. Je to tak slavná hra… je to celosvětově oblíbený, polovina zeměkoule to hraje. Jednou bych to stejně na Youtube našel a uchvátilo by mě to.“* Zmiňuje, že by bez toho nedokázal žít a bylo by to to nejhorší, co by se mohlo stát. Respondent si ale **nemyslí, že by se mohl potýkat se závislostí**, a ani tuto možnost nepřipouští.

6.1.4 Fabian

Dalším respondentem byl jednadvacetiletý Fabian. Respondent se představuje svým jménem a dodává, že má hrozně rád lego. V zápětí ihned začne popisovat, co pro něj lego znamená a zmiňuje, že je pro něj **lego životní energie**, něco, co mu **dodává sílu žít,** a zároveň i **životní náplní**. Fabian bydlí s rodiči a aktuálně studuje obor E.

Průběh rozhovoru

Interview s Fabianem bylo realizováno online formou pomocí videohovoru, a to z důvodu větší komfortnosti pro respondenta. Rozhovor proběhl bez komplikací. Respondent působil velmi milým, někdy až familiárním dojmem. Na otázky jsem se často musela ptát několikrát a různými způsoby, aby bylo pro respondenta evidentní, na co se ptám. Fabian i tak často od odpovědi sklouznul k popisu lega a snažil se rozhovor vést výhradně o legu a v průběhu rozhovoru předat přesně ten pocit, který sám zažívá a vášeň, kterou k legu cítí. Bylo evidentní, že se v této problematice orientuje a ve chvíli, kdy pro něj byla nějaká otázka nepříjemná, tendence k úniku do „světa lega“ byla o to urputnější.

ANALÝZA TÉMAT Z ROZHOVORU:

Diagnostika + Anamnéza (OA, RA, SA, FA)

U Fabiana se vyskytuje **komorbidní ADHD.** Diagnostikován byl ve 13 letech bez větších obtíží. Žádné pocity spojené se získáním diagnózy nepopisuje. Kromě AS a ADHD má Fabian ještě Diabetes II. typu. V rodině **nejsou PAS diagnostikovány**. Fabián však zmiňuje, že jsou u některých členů rodiny **přítomny autistické rysy**: *„Přímo jako autismus ne, ale mamka říká, že na sobě vidí taky ty rysy AS, akorát se to tehdy neřešilo, když byla dítě (říkala), ale diagnostikované to nemá.“* **Závislost** popisuje Filip rovněž u své **matky**: *„No, mamka kouří cigarety, teď se snaží přejít na ty vapa. Jinak nikdo nicvc asi.“*

Sociální oblasti se respondent potýká s **problémem důvěřovat lidem**: *„Já jsem byl v minulosti zrazen osobou, které jsem věřil, jakoby svým kýmošem.“* Rovněž přiznává, že si většinou od ostatních **drží odstup:** *„A prostě jakoby úplně nejsem zvyklý si lidi pouštět blíž. Spolužáky mám prostě jako spolužáky, ne že by to byli pro mě přátelé.“* Fabian dále zmiňuje několik negativních zkušeností s kamarády z průběhu jeho dětství a dospívání. Dále uvádí, že si myslí, že **právě lego mu zaplňuje to, co on sám nemá** – přátele. Dále dodává, že: *„Je to možná divný, ale je to tak.“* Během přestávek respondent tráví čas na mobilu sledováním videí nebo hraním her. *„Ve škole není moc co jiného totiž dělat, co by mě zajímalo. S nikým se nebavím moc.“*

Zkušenosti se vztahy Fabian neuvádí. Na dotaz ohledně této problematiky odpovídá, že si nepřipadá nevnímavý, ale **nikdy přitažlivost k určité osobě necítil** a není podle jeho slov romatický typ. Pozornost dále ihned přesměrovává k japonským mangám a anime a zmiňuje, že spíše než klasická romance ho více **láká něco více zajímavějšího**. *„Ta klasická romance je pro mě už nuda. Už je to pro mě ohrané a chci něco víc, no.“* Nejvíce ho pak zajímají žánry jako je je Juri[3], Genderswap[4], a Isekai[5]. Dodává, že: *„Juri je vlastně lilie a označuje to tady tu ženskou čistotu.* Fabian ale doplňuje, že dále si přeje toto téma dále nerozebírat. Ohledně Japonska a anime se respondent vyjadřuje ale i v jiné části rozhovoru, kde zmiňuje, že v minulosti ho toto téma velmi bavilo a zajímalo, ale rozhodl se s tím přestat, jelikož ho to začalo omezovat. Dodává, že jelikož má Aspergerův syndrom, tak měl v tomto kontextu své „otravné rituály“ a že mu sama se sebou došla trpělivost, tak se rozhodl to omezit.

---

[3] **Juri (Yuri)** je termínem označující žánr anime a mangy, který se zaměřuje na romantické a sexuální vztahy mezi dívkami. Tyto dívky jsou většinou buď nezletilé, nebo tak zpravidla alespoň vypadají. Yuri bývá často v západních zemích kritizováno, jako prostředek normalizace a sexualizace dětí. V některých zemích je tento žánr legální, pokud neoznačuje skutečné osoby, nebo nevzbuzuje podezření z pedofilie. Je důležité zdůraznit, že zobrazování nezletilých postav v sexuálním kontextu může mít vážné důsledky pro ty, kteří jsou těmto situacím vystaveni. Na druhou stranu samotní fanoušci tohoto žánru zdůrazňují, že anime a manga jsou fikční média a že jejich obsah neznamená podporu pedofilie nebo sexuálního obtěžování. Obecně však lze říci, že Juri je kontroverzním tématem, který poskytuje prostor pro další výzkum jeho dopadu na dospívající.

[4] **Genderswap** je konceptem, který bývá používán k popisu situace, kdy je původní pohlaví postav v příběhu nahrazen pohlavím opačným. V anime a mangách bývá Genderswap používán jako způsob, jak zpochybnit genderová očekávání a normy.

[5] **Isekai** označuje žánr japonského anime, kde je postava obvykle přenesena ze světa, kde žije do alternativní reality, která je fantastická nebo magická. V těchto příbězích je často hlavním motivem přizpůsobování novému prostředí a překonávání výzev, které tento svět skýtá (Brenner, 2007).

Stres a zvládání těžkých situací:

Fabian v kontextu stresu tvrdí, že ho do určité míry dokáže držet „pod pokličkou" a zdůrazňuje potřebu neustálé kontroly nad sebou a svým chováním. Následně ale zmiňuje, že se mu to v minulosti několikrát nepovedlo a jako příklad uvádí situaci, kdy se dle jeho slov pokusil uškrtit spolužáka: *„Takovýto, jak pohár trpělivosti už přeteče, už to nešlo prostě. Co jsem dělal už s nepamatuju, jen vím, že mě jiný spolužák musel držet, abych se uklidnil."* V současné době **pro zvládání stresujících situací volí únik z reality**, a to buď ve formě hry na telefonu (mimo domácí prostředí), nebo právě formou lega (doma). Lego je pro Fabiana tedy především **prostředkem pro únik z reality**: *„Je to pro mě únik od reality. Jeden moudrý muž kdysi řek: radši budu žít v krásném vymyšleném světě než v hnusné realitě. Tak to tak taky vidím.* Výstupem z komfortní zóny je pro respondenta pak **kontakt s větším počtem neznámých lidí:** *„Nejsem úplně člověk, který by měl rád lidi. Mně prostě mezi něma není psychicky dobře a psychicky mě to vyčerpává."*, nebo osobní otázky.

Závislost:

S legem se respondent poprvé seznámil, když byl v MŠ. Aktivně ho sbírá od svých 11 let (což je celkově 11 let). Frekvence denního zapojení do aktivit souvisejících s legem je obtížně určitelná. Fabian popisuje, že jakmile dostane nové lego, aktivně se věnuje jeho stavení a práci na něm. Postupně přechází do fáze přestavování a revidování a rozšiřování již vzniklých výtvorů. Zároveň denně stráví cca 45 minut oprašováním již postaveného lega.

Pokud ale nemá žádnou novou možnost, jak na legu dále pracovat, tráví čas alespoň sledováním videí právě o něm, nebo nějakých hrách (např. Minecraft). Zároveň musí mít Fabian lego vždy u sebe, jinak je dle jeho slov nervózní: *„Mám to vedle sebe na stole. Musím to mít po boku furt."* Fabian uvádí, že se jeho závislost vyvinula postupně s vyšším počtem lego setů, *„byla to taková sirka, co zažehla oheň"*.

Jako pozitivní aspekty respondent v souvislosti s touto činností označuje především fakt, **že je lego pro něj způsob úniku od reality**. *„A je to takové tuptuduptudů, nemusím nad ničím moc přemýšlet a jsem v takovém jiném světě. A prostě se mi to líbí a chci to mít."*

Negativní aspekty Fabian nevnímá. Nezpůsobuje mu to dle jeho slov žádná omezení. Následně ale dodává, že možná jedině prostorové, jelikož lego mají v domě úplně všude. V souvislosti s touto činností zaznamenal respondent lehký tlak okolí, a to především ze

strany jeho sestry. *„Ségra mně říká, ať to trošku omezím. Jako nic ve zlém, já ji chápu.“* Dále dodává, že se **snaží lego trochu omezovat** a v zápětí vysvetluje, že manipulaci s legem se se omezit nesnaží a ani to dle jeho slov nejde. Klade si ale za cíl více redukovat nakupování. *„Je to hodně drahý a chtěl bych si koupit furt všechno.“* Lego získává respondent buď z prostředků, které dostane od členů rodiny např. k narozeninám nebo Vánocům, nebo se snaží přesvědčit mamku, aby mu to koupila. Zdůrazňuje, že*: Vždycky udyndým mamku. Vím, že to není slušný, ale já jí vždycky říkám, ať si to vezme z mého účtu, protože mám důchod 2. stupně.“* Dále dodává, že z invalidního důchodu dostává od rodičů kapesné, protože **není schopen si šetřit finance** a v minulosti **vždy, když měl větší množství peněz, koupil si za to lego a pak už byl bez prostředků. Následně dodává, že lego je jeho vášeň a nemůže si pomoct.**

6.1.5 Sabrina

Sabrina se představuje jako dvaačtyřicetiletá maminka pětiletého syna. Žije v partnerském svazku. Tvrdí o sobě, že je umělecky nadaná, ale nikdy se touto činností neživila kvůli svým komunikačním problémům. Vystudovala všeobecné gymnázium a aktuálně je zaměstnaná na půl úvazku v DM drogerii. Před půl rokem se u respondentky však rozvinula funkční neurologická porucha, takže je momentálně na nemocenské.

Průběh rozhovoru:

Rozhovor probíhal formou videohovoru z důvodu větší komfortnosti pro respondentku. Interview probíhalo v otevřeném duchu. Respondentka se snažila najít odpověď na většinu otázek.

ANALÝZA TÉMAT Z ROZHOVORU:

Diagnostika + Anamnéza (OA, RA, SA, FA)

Sabrina se k diagnóze Aspergerova syndromu dostala díky pozitivnímu M-CHAT-R screeningu **jejího syna**. Respondentka uvádí, že v průběhu absolvování navazujícího kolečka vyšetření, vůbec nechápala, proč se jí z důvodu diagnostiky syna ptají na symptomy, které ona sama z dětství pozorovala nejen **u sebe**, ale také **u svého bratra**, a které jí připadaly „normální“: *„Vůbec jsem nechápala, proč se mě na ty věci ptaj, bylo to pro mě jasný a logický… něco, v čem jsem vyrostla a nepřišlo mi to nic nenormálního.“* Dále zmiňuje, že se cítila podvedená a popisuje silné pocity úzkosti až paranoidity: *„Dostávalo mě to hrozně do úzkostí a přišlo mně, že jsou všichni proti mně spolčený*

a všichni chtějí z mýho syna udělat autistu.“ Na základě rozhovoru, který byl součástí vyšetření jejího syna klinická psycholoža vyslovila podezření, že by AS mohla mít i respondentka a doporučila jí diagnostiku. Ta byla Sabrině později provedena a AS byl skutečně potvrzen. Se získáním diagnózy popisuje respondentka **popisy úlevy**: *„Jsem ráda, že už konečně vím, co mně celou dobu bylo a můžu už teď na tom nějak pracovat i s terapií a tak.“*

Kromě Aspergerova syndromu má Sabrina **generalizovanou úzkostnou poruchu** a aktuálně se třetí měsíc potýká ještě i s funkční neurologickou poruchou. Tato diagnóza však nemá na rozvoj závislosti vliv, jelikož se s těmito tendencemi respondentka potýkala již před rozvojem tohoto onemocnění. **Závislost byla** Sabrině **diagnostikována**. **Respondentka je medikována** a v současné době užívá Cipralex (SSRI), Buspiron (anxiolytikum) s frekvencí 3x denně, příčemž v době rozhovoru užívala toto psychofarmakum již po dobu dvou měsíců. Na nervové křeče užívá Rivotril a v případě, že nemůže usnout, tak Oxazepam (oba jsou benzodiazepiny). Obě látky ze skupiny benzodiazepinů dle její výpovědi neužívá denně, avšak celková délka jejich konzumace **překračuje doporučenou dobu** (Rivotril 3 měsíce) a existuje tedy **vysoké riziko závislosti**. Respondentka si **je vědoma rizika nadužívání těchto látek,** nicméně v rámci své medikace si **nepřeje dělat žádné změny**.

Přítomnost PAS u členů rodiny (kromě jejího syna) neudává. Znovu ale opakuje, že její **bratr** v dětství vykazoval **stejné vzorce chování,** jako nyní její syn. Tendence k závislostem v rámci rodiny respondentky popisuje u **bratra**, který před nedávnem podstoupil detoxifikaci, **matky**, která se v období jejího dětství potýkala s kvartálním alkoholismem. V jiné části rozhovoru zmiňuje, že je v rámci rodiny i okolí obklopená kuřáky: *„Vlastně v rodině kromě nějakýho vzdálenýho strejdy, kterej taky jako nekouří, tak kouří všichni…“*

Dětství: Respondentka popisuje, že byla v dětství **velmi stydlivá, ale přizpůsobivá a velmi fixovaná na matku.** Zmiňuje také strach z autorit a přítomnost komunikačních problémů a zdůrazňuje taktéž její extrémní cit pro **pravdu a spravedlnost**: *„Já na tom vyloženě lpíma za druhé bych se bila. Za sebe to ale nedokážu.“* Strach z autorit pociťovala bezvýhradně ke všem dospělým, a to i k vlastní matce: *„Měla jsem vždycky strašnej strach z autorit… z učitelů, učitelek, všech. Ale jako i z mámy a rodičů…to pro mě byly velký autority.“*

Sabrina také zmiňuje **komplikované vztahy s rodiči**. Otec respondentky odešel v průběhu jejího dětství a matka trpěla kvartálním alkoholismem: *„Normálně jako fungovala a chodila do práce, ale prostě když měla stresy, tak byla každej den zlitá do němoty.“* Z matčiny strany respondentka popisuje také velkou emocionální nedostupnost a slabou podporu. Doplňuje ale, že na matku byla velmi fixovaná i díky své nevyzrálosti se jí povedlo částečné odpoutání až v blízké minulosti.

Respondentka dále popisuje, že díky svým komunikačním problémům **neměla mnoho kamarádů:** *„Měla jsem jednu kamarádku ve školce a potom na základce taky asi jen jednu.“* Přiznává, že měla **tendenci až k závislosti na těchto kamarádkách**, díky kterým od sebe ostatní několikrát odradila: *„Hrozně na těch kamarádkách lpím, a až to vlastně jakoby přeháním a několikrát se mi i stalo, že jsem odradila od sebe někoho.“* Dále zmiňuje, že vnímá svoji naléhavost jako nepřiměřenou a v současné době se snaží vnímat hranice.

Respondentka dále uvádí, že v průběhu dětství a dospívání často pociťovala **různé „pnutí“.** Zmiňuje také **problémy v sociálních interakcích**, kdy se jí často stávalo, že těmto situacím nerozuměla. Zdůrazňuje však, že o přítomnost a **socializaci vždy stála** a vždy kolem sebe měla děti ráda. Problematická byla ovšem **komunikace.**

Vztahy: Tendence k závislosti na jiné osobě pociťovala i v partnerských vztazích a opakovaně si dle jejích slov vybírala manipulativní typy.

Stres a zvládání těžkých situací:

Sabrina zmiňuje, že ve chvíli, **kdy se cítí ve stresu, tíhne k závislostem**: *„V práci kafíčkuju, a kouřím, no.“* Dále popisuje, že pro ni náročnou situaci nedokáže řešit okamžitě. Respondentka pak dodává, že pracovní prostředí je pro ni velmi náročné po fyzické i psychické stránce. Cítí **smyslovou přetíženost** kvůli zářivkám a neustálým podnětům, a také obtížné zvládá **oční kontakt**, který je v práci nucena navazovat: *„Musím v práci neustále navazovat oční kontakt se zákazníky, a to je těžké i pro lidi bez diagnózy a mě to úplně vyčerpává.“* Dále zmiňuje, že je pro ni velmi obtížné, když je některá z jejích kolegyň „nepříjemná“: *„Když je prostě kolegyně nepříjemná… já mám prostě problém i s kolegyněma, které se neuměj chovat jakoby na té partnerské úrovni a mluví se mnou jak s malým dítětem a začne se povyšovat do role autority. To se pak začnu toho člověka bát.“* V těchto chvílích pak respondentka začne podnikat kroky, kterými by se

vetřela tomuto člověku do příze. Několikrát respondentka zdůraznila, **že by si přála zapadat mezi kolektiv.**

Ve chvílích, kdy má Sabrina čelit stresu a těžkým situacím, **velmi rychle se unaví.** Z tohoto důvodu pracuje jen na poloviční úvazek: *„Já jsem prostě tak unavená, že si po práci musím na 2-3 hodiny lehnout, abych pak mohla fungovat.“* Náročné jsou pro respondentku i situace, ve kterých se od ní **očekává nějaký výsledek**, ale i běžné porozumění sociálním interakcím. Z tohoto důvodu pak neodhadne situaci a chová se v nich pak dle jejích slov nevhodně a neadekvátně: *„Často se mi stane, že dělám fopa. Ne ale z důvodu, že bych chtěla někoho poškodit, ale protože neodhadnu situaci.“*

Závislosti:

Tendenci k závislostem respondentka popisuje od dětství. Zmiňuje se také o **sebepoškozování**, které jí provází zhruba stejně dlouhou dobu: *“Hodně jsem si kousala nehty, třeba fakt až do krve. V pubertě jsem se začala sebepoškozovat pod kalhotama na nohách.”* Sebepoškozování provozuje Sabrina i v dospělosti: “*Já mám celej život prostě nějaký vnitřní přetlak, z toho mi právě v tý pubertě pomáhalo to sebepoškozování, což dělám do jisté míry i teď… že si škrábu ve vlasech do krve.”*

Kouřit začala Sabrina ve 13 letech, od 15 let aktivně užívala marihuanu. Frekvence užívání návykových látek se odvíjela od aktuálního psychického stavu respondentky. Uvádí, že bylo období, kdy kouřila 10 cigaret denně, ale i 1-2. Cigarety v dětství před rodiči skrývala, do 15 ti let. Poté občas kouřila společně s matkou.

Důvodem pro uchylování se k těmto látkám uvádí respondentka **tendenci zapadnout do kolektivu,** a také **neustálá přítomnost vnitřního přetlaku**, které se respondentka nemohla zbavit: “Mně šlo o ty kamarády, chtěla jsem někam patřit, tak jsem se bavila s lidma, u kterých to bylo běžný, protože se se mnou nikdo jiný bavit nechtěl, takový ty děcka z rozvrácených rodin a sígři.”

Postupem času začala respondentka experimentovat s tzv. “víkendovými drogami” a ve svých 20 letech postupně přešla na pervitin, který začala primárně užívat kvůli své neustálé únavě.: “V tý době jsem dělala v jednom baru nočním a byla jsem z toho tak unavená, že jsem začala šňupat.” Dalším důvodem byla ale i **absence životního smyslu** a pozitivním efektům, které měl pervitin na její **sociální stránku**: *“ Neměla jsem v životě žádnej smysl a dělala jsem to i proto, aby mě bavil život. S tím pervitinem jsem byla komunikativnější, byla jsem schopná se bavit s ostatníma a měla jsem pocit, že konečně někam zapadám.“*

Pervitin, který respondentka začala aplikovat i nitrožilně, užívala s přestávkami 5 let. V poslední fázi před hospitalizací Sabina hodně zhubla, dostala se do **toxické psychózy,** a nebyla schopná už fungovat v běžném životě. Zapojila se do jejího stavu v tomto období **i rodina** a respondentka následně absolvovala 11týdenní léčbu v Bohnicích se závislostí na pervitinu a hypnotikách.

Léčbu Sabrina **dokončila** a v současné době **abstinuje**. Zmiňuje sice, že kvartálně utíkala k alkoholu, kokainu a marihuaně, ale k pervitinu už se nevrátila. V období kolem jejího těhotenství a následně i po porodu se **obešla kompletně bez návykových látek**. Přiznává ale, že bylo pro ni velmi složité vyjít v partnerském vztahu, kdy docházelo často k nedorozuměním: *„Byla jsem strašně úzkoprsá a docházelo velmi často k hádkám hlavně z mého popudu. Měla jsem jako strašné úzkosti."*

V současné době uvádí **závislost na kofeinu, nikotinu** a zmiňuje i experimentování s **marihuanou, CBD výrobky** a připouští, že by mohla mít **závislost i na psychofarmakách**.

Omezení v současné době vnímá hlavně **ve vztahu k jejímu synovi**: "Nechci před ním kouřit, abych mu nepředala nějaké špatné vzorce nebo něco."

Okolí reaguje na respondentku v souvislosti s užíváním **neutrálně**. Respondentka zdůrazňuje, že: „*Moji rodinu a blízké kamarády tvoří "kuřáci", takže bylo spíš divné, když jsem měla to období, co jsem nekouřila."* V souvislosti s užíváním pervitinu ale uvádí, že cítila od okolí odpor: *„Dívali se na mě, jako bych byla póvl."* V současné době vnímá respondentka návykové látky jako součást jejího života a zmiňuje, **že už k ní tyto látky patří.**

6.2 Analýza společných témat

V následující kapitole se budeme zabývat výslednou analýzou témat, které se objevily v rámci absolvovaných rozhovorů. Společná analýza se zaměřuje na identifikaci klíčových motivů a závěrů a umožňuje tak odhalit hlubší souvislosti a vzorce, které by jinak mohly zůstat skryty v jednotlivých rozhovorech (Larkin et al., 2021).

6.2.1 Pocity spojené se získáním diagnózy

První sada otázek se zabývala diagnostikou a pocity spojenými se získáním diagnózy autismu.

Všimli jsme si určitých rozdílů mezi našimi participanty, které se vztahují k období jejich diagnostiky. V našem výzkumném souboru byli přítomni participanti, u kterých proběhla diagnostika autismu již v dětství, a na druhé straně stáli respondenti, kteří tuto diagnózu získali až v dospělosti.

Diagnostika v dospělosti (Milan, Ivona, Sabrina)

Respondenti, u kterých proběhla diagnostika autismu až v dospělosti popisovali se získáním diagnózy **pocity úlevy.** Zmiňovali, že konečně pochopili své chování a zážitky z dětství, které je mnohdy trápily, jelikož v průběhu dětství a dospívání cítili pocity izolovanosti, osamění a zvláštnosti. Dále dodávali, že nyní už ví, na čem pracovat a kterým směrem se dále ubírat. Zároveň vykazovali větší tendenci k přizpůsobení se okolnímu prostředí a nebyla u nich tak výrazná touha po úniku z reality, přestože se v těchto situacích dobře necítili.

Milan: *„Já jsem byl vždycky jako zvláštní. Byla to velká úleva. Teď už vím, kudy se můžu rozhlížet, když na sobě budu pracovat.“*

Ivona: *„No, byla to hrozná úleva… Konečně jsem věděla, co se mnou všechny ty roky bylo a že za to fakt asi jako nemůžu.“*

Sabrina: *„Jsem ráda, že už konečně vím, co mně celou dobu bylo a můžu už teď na tom nějak pracovat i s terapií a tak.“*

Diagnostika v dětství (Luděk, Fabian)

Respondenti, kteří diagnostikovaní v dětství, byli s autismem více ztotožněni, a jejich diagnózu přijímali více jako součást sebe. Zároveň vykazovali větší tendence k izolaci od

okolí a větší tendenci k úniku z reality, který jim poskytovaly digitální technologie a Lego. Žádné konkrétní pocity se získáním diagnózy nepociťují.

Fabian: *„Já sám ani pořádně nevím, jak to bylo. Ale bylo mně 13. Ale žádné pocity jsem neměl asi.“*

Luděk: *„No, nevím. Od 3? Byl jsem úplně malej, když mně to zjistili. Ale nepamatuju si to vůbec. A nějak to pro mě není důležitý, kdy mi to zjistili. Já jsem byl vždycky autista a vždycky budu.“*

6.2.2 Sociální interakce

Potíže v sociální interakci vykazují všichni naši participanti. Zmiňují obtíže v situacích, kde je více lidí, nebo kde jsou nuceni navazovat oční kontakt, nebo se chovat formálně. Dále popisují obtížné čtení a porozumění sociálním situacím, strukturám a společenským pravidlům.

Ivona: *„No, všeobecně tam, kde je hodně lidí, tam se necítím dobře. Pořád nosím sluchátka všude s sebou.“*

Fabian: *Já nejsem úplně člověk, co by měl rád lidi. Třeba teďka jsme měli v pátek absolventský ples. A tak jsem odešel už v 9, protože to pro mě prostě není příjemné. Mě to prostě mezi lidmi psychicky vyčerpává. Mezi hodně lidma.“*

Sabrina: „*Já musím navázat oční kontakt a se zákazníkama v práci … A takhle, když to děláš jako celý dopoledne, tak jako i pro normálního člověka bez jakéhokoli diagnózy je to prej jako psychicky náročný, ale mě to prostě úplně jako vytahá. Mě to prostě úplně vyčerpá, musím si pak vždycky na 2–3 hodiny lehnout, abych pak mohla fungovat.“*

Přátelské vztahy

V kamarádských vztazích poukazují **muži** na neexistenci kamarádů a tendenci k izolaci. Problémem je pro ně pochopení konceptu přátelství, jelikož si často tento pojem představují odlišně. Často zmiňovali, že kamarády nemají a vůbec jim to nevadí. Z kontextu ale postupně vždy vyplynulo, že by o přátelství stáli, jen si ho představují jiným způsobem a často neví, jak toho dosáhnout. Z tohoto důvodu dle jejich slov volí raději únik z reality, který můžou realizovat právě pomocí digitálních technologií a činností.

Milan: *„Nejradši jsem sám. V dětství jsem neměl moc rád spolužáky ani učitele, protože jsem si s něma moc nerozumněl. Připadal jsem si ale izolovaně.“*

Luděk: „*Nemám kamarády, o to jsem se spolehlivě postaral, protože jsem se choval jako já. Ale v podstatě mě to ani nemrzí. Díky mně spolužáci dostávají méně poznámek a tak.“*

Fabian: *„Momentálně moc kamarádů nemám. A prostě jakoby úplně nejsem zvyklý si lidi pouštět blíž. Spolužáky mám prostě jako spolužáky, ne že by to byli pro mě přátelé. Já si osobně myslím, že to lego mi zaplňuje to, co nemám – přátele.*

Ženy popisují, že měly vždy 1-2 kamarádky, ke kterým se upínaly. Zmiňují, že na tomto kamarádství mohly být i závislé. V kontextu užívání návykových látek dodávají, že příčinou začátku jejich užívání byla tendence patřit do kolektivu, který byl často rizikový.

Sabrina: *„Byla jsem ráda, že se se mnou alespoň někdo baví. Většina z nich byla takový… takový to byly sígři, který prostě jakoby v podstatě v uvozovkách byly odepsaný třeba jako školským systémem a tak.“*

Ivona: „*Jsem potkala kámošku, tak jsem se na ňu tak nějak jako přisála. A jako ona byla o rok starší, takže se bavila jako na druhým stupni se staršíma lidma a i s holkama, co různě kouřily a chodily si před školou zapálit a tak. No a to nebylo jako, že bych k tomu měla sklony, spíš jako ze zvědavosti a z touhy tam zapadnout mezi ty lidi.“*

Partnerské vztahy

Tendence k závislostem na vztazích referují respondentky i v partnerské oblasti. Muži zmiňují preferenci „hlubších vztahů“ a rozdílné představy o jejich fungování. Z tohoto důvodu mluví o svých vztazích jako o neúspěšných, nebo se vztahem ještě nesetkaly.

Milan: *„No, moje vztahy byly většinou takový, no… řekněme neúspěšný…(smích). Protože jsem měl vždycky se všema lidma vždycky rozdílný představy o tom, co to vlastně je… o čem to vlastně má být.“*

Sabrina: *„Já jsem byla vždycky hrozně závislá na svých partnerech a vybírala vyloženě agresivní a závislostní typy jako jo. Vždycky jsem si nabrnkla nějakého, kterej prostě se mnou manipuloval, ať už jakoby dělal různejma způsobama, že jo.“*

Fabian*: „ No, holku jsem nikdy neměl. Jakoby že bych byl přímo nevnímavej, to zas ne. Ale nikdy jsem přitažlivost k určité osobě jako neměl. Nejsem moc romantickej typ.“*

Ivona: *„Když s tím partnerem jsem, tak s ním chci být dlouho a je pro mě jako dost důležitý ta blízkost s tím člověkem a že ho jako poznám a vím, co od něho mám čekat, takže tak no.*

Stres a zvládání těžkých situací

Jak již bylo předestřeno v předchozí kapitole, většina z našich respondentů obtížně **zvládají sociální interakce**.

Dalším problematickým aspektem jsou senzorickými podněty, obtížné chápání formálních situací, strach z kontaktu s autoritami, izolace a všudypřítomné pocity úzkosti.

Ivona: *„Pořád nosím sluchátka všude s sebou, třeba i jako tramvaje, nebo věci, které vydávají hlasitý zvuky, to taky nemám ráda. Telefonuju v pohodě, ale vadí mi e-maily. Nikdy nevím, co s oslovením a co napsat na závěr.“*

Soňa: *„V práci máme zářivky, že jo a permanentní jakoby podněty, furt se tam jakoby něco děje. V momentě, kdy na mě začne někdo povyšovat do té role autority, tak jen jsem úplně ozbrojená a startuju.“*

Sebepoškozování

Někteří z našich respondentů zmiňovali, že sebepoškozování jim pomáhá ulevit si od intenzivních emocí, senzorické přetíženosti, nebo pomoci s regulací emočních stavů.

Luděk: *„Dřív mi ještě pomáhalo štípat se do stehen, že když jsem byl ve stresu, tak jsem to dělal. Teď si ještě občas trhám nehty, ale za to mně rodiče nadávají.“*

Sabrina: *„Já mám vnitřní prostě přetlak, celej život. Z toho mi právě v pubertě pomáhalo to sebepoškozování pod kalhotama, to vlastně je do určité míry to dělám doteď. Třeba ve vlasech, škrábu si kůži do krve. Já mám i sebevražedné myšlenky kvůli tomu.*

6.2.3 Snaha o únik z reality

Téměř všichni respondenti popisovali nutkavou snahu o únik z reality, kterou denně zažívají. Jejich prostředkem pro toto unikání jsou právě návykové látky, technologie a činnosti. Díky nim referují lepší schopnost zvládat pro ně obtížné situace. U dvou respondentů byla tato snaha tak silná, že by si přáli v „jiné realitě“ strávit celý život. V průběhu rozhovorů tak respondenti často od pro ně nepříjemných témat sklouzávali k popisům her a činností, na které mají závislost. U žen byla tendence k úniku však menší než u mužů a svoji pozornost směřovaly spíše k adaptaci na tyto situace.

Luděk: *„Podle mě je ta hra tak dobrá, tak propracovaná, i když je kostičkovaná, že podle mě bych v ní mohl žít druhej život. Tady ten svět mně prostě nevyhovuje, svět ve virtuální realitě by byl prostě lepší, tady se mi nelíbí.“*

Ivona: *„A u trávy – to si pamatuju, že jako jsem si říkala, že si prostě vyhulím depky z hlavy. Pomáhá mně to se uvolnit, neřešit tolik věci a prostě se nějak odstranit z reality.“*

Fabian: *„Lego - Únik od reality je to pro mě. Ono jeden moudrý muž kdysi řek: „radši budu žít v krásném vymyšleném světě než v hnusné realitě.“ Tak to tak taky vidím.“*

6.2.4 Identifikace s látkou, technologií, činností

U všech našich respondentů byla zaznamenána identifikace s látkou, technologií, nebo činností, na které jsou tito jedinci závislí.

Milan: *„Řekl bych, že to, že já piju kofein, je jakoby můj charakterovej rys, no. Že asi ke mně patří, když ho piju. Mám to tak spojený se sebou samotným.“*

Luděk: *„Sám sebe si bez Minecraftu představit nedokážu. Nedokázal bych bez toho žít. Už je to já = Minecraft.“*

Ivona: *„Nedokážu si samu sebe představit už bez toho. Je to jakoby už součást mě. Už to nejde oddělit.“*

Fabian: *„Je to můj smysl života, Lego = já. Já si sám sebe nedokážu představit bez Lega.“*

Sabrina: *„V současné době už to nějak neřeším a beru ty závislosti jako součást svého života, už si sama sebe bez toho nedokážu představit. Ale jsem jako ráda, že jsem se zbavila toho pervitinu.“*

6.3 Prezentace výsledků a odpovědi na výzkumné otázky

V následující kapitole jsme se na základě získaných dat z rozhovorů, analýzy a důkladné interpretace pokusili odpovědět na výzkumné otázky a prezentovat díky nim i výsledky našeho výzkumu. Kapitola tak obsahuje nejen reakci na výzkumné otázky, ale i představení stěžejních témat, které se v rámci rozhovorů s respondenty objevily.

V1: Jaké typy látek a technologií jedinci s PAS užívají?

Výsledky výzkumu ukázaly rozmanité druhy látek, technologií a činností, které naši participanti s PAS užívají. Vliv na jejich různorodost má jednoznačně pohlaví. Zatímco ženy v našem výzkumu více tíhly k **návykovým látkám** (nikotin, marihuana, kofein, pervitin, alkohol), u mužů se objevily **digitální technologie, Lego** a v jednom případě **kofein.** U žen byla zároveň popsána větší tendence k **závislému chování** ve vztazích, a to jak kamarádských, tak i partnerských.

Frekvence užívání těchto látek je rovněž odlišná a **souvisí s mírou stresu**, který jedinec aktuálně prožívá. Obecně je ale frekvence užívání **zvýšená, pokud respondent pociťuje větší míru zátěže.**

Závislost byla diagnostikována u dvou z našich participantů, přičemž oba podstoupily léčbu. V jednom případě léčba proběhla úspěšně a respondentka, která řešila svou závislost na pervitinu a lécích na spaní, od doby jejího ukončení abstinuje. Tendence k závislostem ale přetrvaly a respondentka tudíž vyměnila pervitin za společností více přijímané látky. U dvou respondentů snaha o omezení látky/technologie vůbec neproběhla. Oba respondenti tvrdí, že objekt jejich závislosti je smyslem jejich života a u všech respondentů dokonce dochází k jisté **identifikaci s látkou.**

Zajímavým jevem, který se v našem výzkumu objevil a který se považujeme za důležité zmínit, jsou **rodinné predispozice k závislostem**. V rámci rodinné anamnézy respondenti uvedli závislosti u různých členů rodiny. U třech z pěti respondentů bylo popsáno rizikové užívání návykových látek jejich rodiči (cigarety, alkohol), čtvrtý respondent popsal závislost na drogách u svého bratra. U jednoho respondenta závislost členů jeho rodiny nebyla popsána. Tento respondent ale nebyl v kontaktu s otcovou částí rodiny, ani s jeho otcem. O této oblasti tak nemáme povědomí. Všichni naši respondenti popsali ve své rodině **existenci diagnózy poruchy autistického spektra**, anebo přítomnost alespoň **autistických rysů.**

V2: Jaké jsou důvody a motivace k užívání těchto látek/technologií?

Tendence k závislostem byla u všech respondentů popisována **již od dětství** a lokalizaci v čase jejího rozvoje popsali všichni participanti rovněž v období mezi dětstvím a adolescencí (11-14 let). Muži však popisují, že rozvoj jejich závislosti byl pozvolný a dlouhou dobu si ani neuvědomovali, že mají závislost. Z tohoto důvodu nebyli respondenti schopni popsat, jestli se nějakým způsobem změnil jejich postoj k sobě samotným v souvislosti s užíváním návykové látky, technologie, nebo činnosti.

Hlavní motivací pro užívání návykové látky a technologií je podle respondentů **pokus o zmírnění úzkosti,** která je každodenně provází. Díky objektům jejich závislosti mají dle jejich slov pomocníka k jejímu zvládání. Všichni respondenti popisovali také výraznou **snahu unikat z reality**. Prostředkem byla pro ně pak návyková látka, technologie, anebo i výrazný zájem/koníček, který byl realizován s velkou vervou. Jejich zájem byl často poměrně netypický jak svou intenzitou, tak i obsahem (Anime a japonské mangy, období hippies, Lego, knihy). Tato snaha o „únik z reality“ byla přítomna u všech respondentů. U mužů jsme ji však pozorovali ve větší míře a byla všudypřítomná.

Z tohoto důvodu častěji volili prostředky, které jim tento únik mohly poskytnout (Lego, Minecraft). Pozorována byla u nich také **větší tendence k izolaci**. Ženy naopak vykazovaly zvýšené úsilí k **porozumění sociálnímu prostředí, snahu o adaptaci a přijetí do kolektivu, a také snahu o zmírnění úzkosti,** kterou denně prožívají. Prostředkem pro zvládnutí těchto pro ně nepříjemných situací byla návyková látka, která jim pomohla s pocity úzkosti v sociálních interakcí a odbourala rovněž strach z komunikace (cigarety, alkohol, pervitin). Ženy ale zároveň uvádějí, že se k návykové látce uchýlily i z důvodu **snahy o přijetí do kolektivu.** Popsaly také slabé sociální vazby, kvůli kterým se ve chvíli, kdy o ně některá sociální skupina projevila zájem, dobrovolně rozhodly užívat návykové látky, které byly u dané sociální skupiny běžnými, aby se staly součástí daného kolektivu.

V souvislosti užíváním látek a technologií respondenti popisují především pocity **úlevy.** Jedinci, kteří popisují závislost na látce rovněž pociťují větší sílu ve zvládání běžných situací v souvislosti s užíváním této látky. Participanti aktivně užívající spíše nelátkové závislosti uvádějí především pocity oproštění se od okolního života. U těchto respondentů byla taktéž přítomna tendence o vytvoření „nového světa“ (např. ve virtuální realitě, Minecraftu, v Legu). Naši respondenti se tak snažili trávit co nejvíce času ve světě, kterému rozumí a který je pro ně z hlediska pravidel jeho fungování

srozumitelný. Tato tendence byla pozorována ale i ve výrazném zájmu o netypické žánry Anime popisující přenesení osoby do nového světa, kde se osoba na tento svět postupně adaptuje a zvládá jeho nástrahy. V tomto kontextu jedinci s nelátkovou závislostí udávají, že je objekt jejich závislosti jejich „životem" a tím nejlepším, co by si mohli představit.

Respondenti, kteří aktivně užívají návykové látky popisují, že jejich motivací k jejich konzumaci je již rozvinutá **fyzická závislost**. Tito jedinci se totiž při vysazení, nebo omezení látky potýkají s výraznými tělesnými obtížemi a abstinenčními příznaky. Působení návykové látky tak v tomto případě působí nejen na psychiku, ale i na tělo.

V3: Jaká negativa a pozitiva vnímají jedinci s PAS při užívání NL a technologií a jak na to reaguje jejich okolí?

Jak již bylo zmíněno, hlavní motivací, a také i pozitivem, které naši respondenti v souvislosti s užíváním návykových látek/technologií popisují, je **lepší a jednodušší schopnost zvládání stresu a těžkých situací.** U všech respondentů byla rovněž zaznamenána tendence o únik z reality, což participanti zmiňují jako pozitivum, které jim látka/technologie přináší. Dalším pozitivním faktorem je dle respondentů **zmírňování úzkosti**, kterou pociťují, a to především v sociálních a problémových situacích. Mezi hlavní problémové oblasti byla uvedena komunikace, nepravidelnost, senzorické podněty, a hlavně obtíže v sociálních interakcích. Jako negativní aspekty byly zmiňovány především **abstinenční příznaky** a fyzické a psychické důsledky užívání. Ve dvou z pěti případů si však respondenti nebyli negativních důsledků souvisejících s látkou/technologií vůbec vědomi a vnímali jen pozitiva.

Naši respondenti **výrazné reakce okolí nezaznamenali**. Zmiňují však občasné narážky a posunky jejich rodiny v této souvislosti. U nezletilého respondenta ale např. docházelo k regulaci doby, kterou může u digitální technologie strávit. Participanti našeho výzkumu ovšem zdůrazňují, že okolí často není zasvěceno do kontextu a netuší, co naši respondenti prožívají. Je důležité však zdůraznit, že jsou naši respondenti často obklopeni lidmi, kteří se potýkají taktéž s nějakou závislostí.

O omezení užívání návykových látek se pokusili tři z našich respondentů. Dva z nich podstoupili dokonce i léčbu, přitom v jednom případě byla léčba úspěšná a vyřešila tak závislost na pervitinu, respondentka se však i nadále potýká s jinými závislostmi. Důvody pro snahu o omezení jsou především zdravotní komplikace, které jsou důsledkem užívání těchto látek. Zbylí dva respondenti se o omezení nepokusili.

7 DISKUSE

V rámci následující kapitoly shrneme nejvýznamnější výsledky získaných dat, které byly podrobněji popsány v předchozích kapitolách. Porovnáme je v kontextu aktuálních poznatků zabývající se touto problematikou. Následně budou zhodnoceny limity našeho výzkumu. Závěrečná část práce se věnuje přínosům, které naše práce může poskytnout a také doporučením pro další výzkum.

V rámci rodinné anamnézy respondenti popisují častou přítomnost diagnózy PAS u jiných členů rodiny, případně existenci alespoň autistických rysů. Závislosti u rodičů a blízkých rodinných příslušníků jsou rovněž hojně zastoupeny. Podle Ošlejškové (2008) je v současné době odborníky nejvíce upřednostňován názor, který popisuje multifaktoriální příčiny onemocnění. I když jsou genetické faktory u našich respondentů významné, nelze však jednoznačně určit příčinu tohoto onemocnění.

Rozvoj závislosti byl uskutečněn dle našich respondentů velmi plíživě a nenápadně. Stalo se tak navíc v dětském věku, a tak bylo pro participanty velmi složité na toto období zpětně reflektovat. Motivací pro uchýlení se **k rizikovému chování** (závislostem) je především **obtížné zvládání stresu a těžkých situací.** Podobné výsledky zmiňuje i studie od Ly et al. (2022), ve které autoři uvádí, že jedinci s PAS mají větší riziko k projevování rizikového chování, a to z obdobných důvodů. Obtíže jsou našimi respondenty popisovány především v oblasti **sociální interakce a komunikace**. Dalšími situacemi, které jsou pro jedince s PAS obtížné k zvládání, je **senzorická přetíženost, problémy s regulací emocí, nedostatečné porozumění konvenčním pravidlům, a pocity izolace** (Hwang & Lyoo 2017). Tyto zátěžové faktory pak i u našich respondentů vedou k vyšší frekvenci užívání návykových látek, technologií a činností.

Další faktorem, který byl pro naše respondenty motivující k užívání návykových látek je **snaha o zmírnění každodenní úzkosti.** Sizoo et al. (2009) ve studii uvádí, že pravděpodobnost konzumace návykových látek je u jedinců s PAS vyšší z důvodu snahy o zmírnění úzkosti, kterou denně zažívají.

S dalšími problémy se naši respondenti potýkají v přátelských a partnerských vztazích. V této oblasti uvádějí potíže s **interpretací emocí a obtížné chápání potřeb ostatních**. I přesto, že někteří respondenti popisovali své tendence k izolaci a nezájem o partnerské i kamarádské vztahy, z kontextu v průběhu rozhovoru vždy vyplynulo, že o vztahy tito jedinci často stojí. Tento názor zastává i Hrdlička a Komárek (2004), který tvrdí, že lidé s PAS o partnerství zájem mají. Dle Bellini (2008) se mnoho jedinců s autismem snaží o navazování a udržování vztahů, i když je to pro ně náročné. Hrdlička & Komárek (2004) však na druhou stranu tvrdí, že z důvodů jistých deficitů v sociální a komunikační oblasti tyto partnerské a přátelské vztahy často nefungují a u jedinců s PAS pak může docházet k frustraci. Toto marné úsilí a touhu po partnerských a přátelských vztazích jsme pozorovali v našem výzkumu především u žen, kdy se z důvodu snahy o adaptaci a začlenění se do nějaké sociální skupiny v dětství uchýlily k užívání návykových látek, i když o tom samy nebyly přesvědčeny, jelikož členové této sociální skupiny návykové látky užívaly.

V návaznosti na problémy se zvládáním těchto situací dochází u několika z našich respondentů k **izolaci** a **snaze o únik z reality**. Tento „útěk" byl jimi realizován právě návykovou látkou, nebo technologií, která jim často byla pomocníkem pro zvládání těchto těžkostí. Podle Stratis et al., (2009) mohou mít někteří jedinci s autismem tendenci se uzavírat do světa fantazie a vlastních zájmů z důvodu snahy uniknout z reality. Někteří z nich se pak mohou uchylovat k užívání návykových látek a technologií, aby zmírnili stres a úzkost, které jsou spojeny s nevyhovujícím prostředím z okolního světa. V rámci našeho výzkumu popisovali všichni respondenti **snahu existovat mimo realitu**. U dvou z nich však tento jev byl opravdu výrazným a v průběhu rozhovoru bylo toto téma několikrát zmíněno až s prosebnou konotací. Oba respondenti upínali svůj život k hraní her a snažili se všemožnými způsoby dostat mimo realitu (knihy, Minecraft, Lego, virtuální realita).

Některé studie sice uvádějí, že jedinci s PAS můžou hledat útočiště ve virtuálních světech, a to především z důvodu komunikačních a sociálních potíží. Z tohoto důvodu můžou být tyto hry přínosem pro zvládání stresových a obtížných situací (Parsons & Mitchell, 2002). Je však důležité zmínit, že jejich nadměrné užívání může mít negativní dopad na sociální interakce a může ještě více posílit jejich izolaci od okolního světa a schopnost navazovat vztahy i v reálném životě.

U našich respondentů jsme si dále všimli i **rozdílů ve vnímání diagnózy autismu podle toho, kdy jim PAS byla diagnostikována.** Jedinci, kteří byli diagnostikováni v dospělosti vykazovali větší míru zmatení. Na druhou stranu byli lépe schopni popsat své zkušenosti, lépe jim rozumět a uváděli určité strategie, které jim ke zvládání obtíží typických pro PAS pomáhají. Udávali pocity úlevy, jelikož jim diagnóza pomohla vysvětlit řadu problémů, se kterými se v dětství a dospívání potýkali. Tento výsledek potvrzuje i výzkum od Talmi & Weintraub (2020), kde autoři uvádí, že jedinci, kteří byli diagnostikováni až v dospělosti často popisují silnější odezvu na diagnózu, ale také lepší schopnost porozumět svému stavu a najít způsob, jak se s ním vyrovnat.

U jedinců, kteří byli diagnostikováni v dětství byla přítomna větší míra izolace a výraznější nechuť k přizpůsobování se okolnímu prostředí. Na druhou stranu byli s PAS více identifikováni se svou diagnózou, dostávali adekvátní podporu a v rámci získání diagnózy nepopisovali žádné pocity. Obecně tito jedinci vykazovali menší míru úzkosti a zmatení. Podle Lai et al., (2014) mohou mít také jedinci, kterým byl autismus diagnostikován až v dospělosti, častěji komorbidní diagnózy, jako jsou např. deprese, nebo úzkostné poruchy.

V bakalářské práci jsme svoji pozornost zaměřili především na motivaci a formy závislosti u jedinců s PAS. V rámci rozhovorů se však objevily i jiné formy rizikového chování, které považujeme za důležité zmínit. Jedná se především o **sebedestruktivní tendence.** Sebepoškozování se v našem výzkumu objevilo u dvou respondentů (ženy a muže). Sklon k sebedestrukci byl respondenty v obou případech přítomen již od dětství. Ve studii od Richards et al. (2012) bylo prokázáno, že sebepoškozování je u jedinců s PAS častější než u lidí bez této poruchy. Tyto tendence jsou spojeny s většími problémy v sociální interakci a komunikaci (Gillott et al., 2001) a také mohou být zapříčiněny problémy s emocionální regulací a úzkostí (Maddox & White, 2015). Přestože se sebepoškozování vyskytlo pouze u dvou z našich respondentů, je možné, že přítomno bylo u více z nich. Jelikož však otázky nebyly koncipovány tímto směrem, v rozhovoru přítomnost sebepoškozování respondenti nemuseli zmínit. Toto velice podstatné téma by v budoucnu mohlo být předmětem dalšího výzkumu. Jako rizikové bychom mohli označit i některé neobvyklé sexuální tendence jednoho z respondentů. Z důvodu nedostatečného náhledu na situaci se v tomto případě omezíme pouze na konstatování bez dalšího hodnocení, jelikož jsme se tomuto tématu nevěnovali dostatečně a neradi bychom popsali patologii v situaci, kde přítomna vůbec být nemusí a neobvyklé

sexuální preference můžou být zapříčiněny např. infantilním vnímáním sexuality a intimních vztahů.

Co se týče reakcí okolí jednotlivých respondentů na jejich užívání návykových látek a technologií, výrazné byly pouze v jednom případě. Jednalo se o nezletilého respondenta, kterému byl čas na digitálních technologiích rapidně omezován z důvodu jeho neustálých tendencí utíkat do virtuální reality. Ostatní respondenti popisují pouze různé narážky a připomínky. Důvodem může být obklopení respondentů jedinci, kteří sami mají nějakou formu závislosti, anebo faktem, že závislosti, se kterými se respondenti potýkají nejsou společnosti vnímané jako „extrémní" a nezpůsobují tedy výrazné narušení psychického nebo fyzického zdraví jedinců, kteří jsou s respondenty na blízku. Dalším možným důvodem může být však i snaha o udržení svého sebeobrazu, která je součástí vývoje závislosti.

Kamuflážní hypotéza se týká schopnosti některých jedinců s PAS maskovat své projevy a chování, aby lépe zapadali do společnosti, a tím minimalizovali jejich stigmatizaci (Ali et al., 2015). Dle tohoto zdroje je kamuflážní hypotéza typická hlavně u ženské části populace. V našem výzkumu se objevila tendence kamuflovat své příznaky **u dvou žen**, které se neúprosně snažily o přizpůsobení se očekávání společnosti, udržování očního kontaktu, nebo napodobování sociálních projevů. Tyto strategie mohou být vynaloženy s cílem vylepšit interakce s ostatními a zlepšit i svoje sociální funkce (Lai et al., 2016). U obou z našich respondentek tak byla pozorována výrazně lepší schopnost sociální a komunikační interakce, než tomu tak bylo u mužů. Ženy zároveň projevovaly významnou snahu být součástí kolektivu. Pro dosažení tohoto cíle byly respondentky schopny i překročit svá přesvědčení a přijmout hodnoty ostatních. Dle Jobe & White (2020) osamělost a problémy se sociálními vztahy můžou být také jedním z faktorů, které motivují jedince ke kamuflování svých příznaků autismu. Respondentky zároveň projevovaly větší míru úzkosti než naši mužští participanti. Toto tvrzení podporuje i Hull et al. (2019), který tvrdí, že časté užívání kamufláže může být příčinou rozvoje úzkosti a deprese, a zároveň dle Gould et al. (2009) souvisí s nižší kvalitou života.

Za účelem snahy o měření množství a způsobu, jakými jedinec s PAS maskuje své příznaky ve společnosti, byl vytvořen standardizovaný dotazník Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q) (Hull et al., 2019). Ten byl mohl být v budoucnu například vhodným rozšířením našeho výzkumu.

V rámci výzkumu z roku 2020 byla zkoumána u jedinců s PAS problematika kamufláže (Jobe & White, 2020) a její vztah s poruchami osobnosti. Výsledky ukázaly, že časté používání kamufláže může být spojeno s vyšším rizikem vzniku poruch osobnosti. Existuje hypotéza, že by se některá z poruch osobnosti mohla vyvinout v důsledku náročností spojených s kamufláží svých příznaků a snahou adaptovat se do běžných sociálních situací (Bargiel et al., 2016). Toto tvrzení nás zajímalo především z důvodu **častého výskytu symptomů typických pro poruchy osobnosti u našich respondentek** (potíže s regulací emocí, nízké sebehodnocení, sociální izolace, emocionální nestabilita) Vysvětlení může však může být několik. Jednou z možností je právě odlišnost symptomů PAS u žen a u mužů s touto diagnózou. V minulosti se totiž předpokládalo, že autismus se vyskytuje pouze u mužů, a tak symptomy této poruchy nejsou stále dobře zmapovány. Z tohoto důvodu je i diagnostika těchto poruch obtížná, a proto může být nesprávná diagnostika PAS další možností (Strunz et al., 2015). Této problematice se budeme dále věnovat v části o limitech výzkumu. Dalším možným důvodem může být i překryv typických příznaků pro poruchy osobnosti se symptomy PAS (Hwang & Lyoo, 2017).

Nicméně, je třeba mít na paměti, že tyto studie ukazují pouze asociaci mezi kamufláží a poruchami osobnosti, nelze tak od nich odvodit jejich příčinnou souvislost. Z tohoto důvodu je toto téma zahrnuto do diskuse a nepovažujeme ho za výsledek našeho výzkumu. Tato problematika je však velmi zajímavá, ale je třeba provést další výzkumy, aby se lépe porozumělo vztahu mezi kamufláží a rizikem vzniku poruch osobnosti u jedinců s PAS. V neposlední řadě je nutné zlepšení diagnostických metod pro ženy s PAS.

Hlavní **limity našeho výzkumu** souvisí s použitím Interpretativní fenomenologické analýzy. Tento přístup umožňuje hloubkové porozumění prožívání, zážitků a pocitů respondenty. Nicméně, jako každá metoda, má i IPA určité limity a omezení. Mezi nejzásadnější z nich patří malý počet respondentů. Z tohoto důvodu pak její výsledky **není možné zobecnit na celou populaci.** Dalším možným úskalím našeho výzkumu může být realizace rozhovorů online formou. Tento způsob byl zvolen z důvodu větší komfortnosti pro respondenty a jelikož jedinci s PAS jsou poněkud specifickou kategorií, rozhodli jsme se jim v tomhle ohledu vyjít vstříc.

Z důvodu nízké nozologické validity jsme se původně snažili **vyhnout diagnóze Aspergerova syndromu.** I přesto jsme se nakonec uchýlili k použití výzkumného vzorku s jedinci s touto diagnózou, jelikož se jedná o nejčastější poruchou autistického spektra

diagnostikovanou v dospělosti. Jiné poruchy autistického spektra totiž bývají diagnostikovány převážně v dětství, jejich výskyt v dospělé populaci je omezený, a jsou typické také vysokou komorbiditou s mentální retardací.

Další možností, která mohla přispět ke zkreslení našeho výzkumu, jsou komorbidní poruchy. PAS jsou typické také svou vysokou komorbiditou s jinými diagnózami. Z tohoto důvodu nebylo možné získat výzkumný vzorek jedinců s PAS bez přidružené komorbidní poruchy. Tento fakt je dalším limitem, kterého jsme s v rámci našeho výzkumu vědomi. Otázkou můžou být také problémy spojené s obtížemi v diagnostice u dospělých jedinců. Jak již bylo předestřeno v teoretické části naší práce, existují jisté pochybnosti ohledně diagnostiky PAS v dospělosti. Dalším otazníkem může být právě diagnostika PAS u žen. Podle některých výzkumů je možné, že by mohly být některé příznaky PAS zaměněny za příznaky poruch osobnosti a naopak. Podle Tebarze et al., (2013) může být řada pacientů s psychiatrickými diagnózami (např. úzkostné poruchy, schizofrenie, poruchy osobnosti) primárně pacienti s PAS, kteří nebyli diagnostikováni. Je zde ale možnost, že někteří pacienti s diagnózou autismu byli v minulosti chybně diagnostikováni a s touto diagnózou se potýkat vůbec nemusí.

V posledních letech se stále více věnuje pozornost rizikovému chování u jedinců s PAS. Toto téma se stává důležitým hlavně z důvodu narůstajícího počtu lidí s touto diagnózou. Pro další výzkum mohlo být vhodné zaměřit se na rozšíření stávajících výzkumů týkajících se rizikového chování u PAS na větší počet respondentů. Variantou může být i realizace s různými věkovými a diagnostickými skupinami. Další možností je zkoumání dlouhodobých dopadů rizikového chování na jedince s PAS a jejich okolí, a to včetně psychologického a sociálního vývoje, zdravotních následků a kvality života. Významné by mohly být i studie zaměřené na účinnost různých terapeutických intervencí na prevenci a léčbu rizikového chování (např. ABA terpaie, farmakoterapie apod.). Významný přínos by mohlo mít zkoumání genderových rozdílů v rizikovém chování s přesnou identifikací rizikových faktorů u mužů a žen, a také výzkum zaměřený na interakci mezi rizikovým chováním a jinými faktory (jako jsou traumata, stres, komorbidní duševní poruchy).

8 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo popsat užívání návykových látek u jedinců s poruchou autistického spektra. Pozornost byla věnována především jejich motivaci k užívání, vzniku a průběhu závislosti, a vnímání pozitivních a negativních efektů jejich závislostního chování jak na sebe, tak i na jejich okolí.

Výsledky této bakalářské práce ukazují na existenci rizikového chování (především užívání návykových látek). Jako příčinu vzniku rizikového chování respondenti nejčastěji označovali jejich pocity izolace, problémy v sociálních a komunikačních oblastech, smyslovou přetíženost a snahu o zmírnění úzkosti, která je denně provází.

Užívání návykových látek může mít na jedince s PAS velice významný vliv, následkem něhož může dojít i k závažným zdravotním problémům a k ještě větší izolaci. I když naši respondenti neuváděli, že by pozorovali vliv jejich závislosti na rodinu a okolí, jejich odpověď je čistě subjektivní a tito jedinci se tak snaží můžou snažit o udržení svého sebeobrazu, které může být součástí vývoje závislosti. Jejich rizikové chování rozhodně může mít negativní dopad na jejich vzájemné vztahy s rodinou a přáteli, pracovní výkonnost a celkovou kvalitu života.

Vnímáme jako důležité, aby pro jedince s PAS, kteří mají tendence se k rizikovému chování uchylovat byly k dispozici vhodné zdroje informací a adekvátní podpora. Způsobem pomoci může být například vhodná psychologická a psychoterapeutická intervence, podpora rodiny a přátel.

V celkovém měřítku je ale prevence rizikového chování u jedinců s PAS velmi důležitou výzvou jak pro zdravotnické pracovníky, psychology a psychoterapeuty, ale i další odborníky, kteří se podílejí na péči nebo vzdělávání těchto jedinců.

9 SOUHRN

Tématem bakalářské diplomové práce je problematika rizikového chování u jedinců s poruchami autistického spektra. Bakalářská práce je členěna do dvou částí, a to na část teoretickou a praktickou. V první částí je popsáno základní teoretické ukotvení a v navazující praktické části je předestřen realizovaný kvalitativní výzkum.

V teoretické části jsou obsaženy tři stěžejní kapitoly. V první kapitole je popsán teoretický kontext poruch autistického spektra. Pozornost je věnována především členění PAS podle mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, která byla obohacena o poznatky týkající změn nově platné MKN – 11. V rámci této kapitoly jsou krátce představeny jednotlivé typy poruch autistického spektra. Následují i další možná členění těchto poruch. V těsné návaznosti je dále charakterizována diagnostická triáda obsahující popis styčných problémových oblastí u jedinců s PAS a dále etiopatogeneze těchto poruch. Zvláštní pozornost je následně věnována diagnostice PAS a komorbidním diagnózám. Další kapitola teoretické části je věnována rizikovému chování. Zahrnuje popis terminologie rizikového chování a jejich vybrané druhy nacházející se v běžné populaci. Na tyto podkapitoly navazuje charakteristika rizikového chování v kontextu poruch autistického spektra, ve které jsou dále rozebrány pro autismus typické suicidální tendence, rizikové sexuální chování a agresivita. Ve třetí kapitole jsme věnovali pozornost již výhradně závislostnímu chování, které bylo nejprve popsáno obecně, a následně pak byly charakterizovány druhy závislostního chování. V poslední části této kapitoly již byla přesunuta pozornost na vybrané druhy závislostního chování typicky pozorované u jedinců s PAS. Zmíněn byl především internet a hraní počítačových her, dále užívání návykových látek a v neposlední řadě také závislost na stereotypním chování.

Ve výzkumné části bakalářské práce je obsaženo 7 kapitol. V první kapitole je nejprve popsán výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumné otázky. Hlavním cílem bakalářské práce je popis motivace k užívání návykových látek, technologií a činností jedinci s PAS s ohledem na původ vzniku této závislosti a také dopadů, které tato závislost může mít jak na jedince samotné, tak i na jejich okolí.

V následující kapitole je stručně popsán metodologický rámec, především tedy metoda tvorby dat, charakteristika a popis výzkumného souboru, etické aspekty výzkumu a následně pak i metody zpracování dat.

Jako metoda pro tvorbu dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Účastníkům byl před absolvováním rozhovoru ještě předložen informovaný souhlas, bez jehož stvrzení nebylo možné se výzkumu účastnit. Participanti byli rovněž poučeni o možnosti odstoupení z výzkumu. Interview bylo realizováno tvorbou videohovorů z důvodu větší komfortnosti pro respondenta. Délka rozhovorů byla individuálně odlišná a souvisela s otevřeností participanta a jeho ochotou poskytnout o něm co nejvíce informací. Výzkumný soubor tvořilo 5 participantů ve věku 16–42 let. Jednalo se o 2 ženy a 3 muže, kteří byli do výzkumu vybráni pomocí samovýběru, který byl kombinován s výběrem záměrným.
Data získaná z rozhovorů byla následně převedena do textové podoby a následně proběhlo zpracování dat pomocí Interpretativní fenomenologické analýzy.

V rámci analýzy získaných dat byl nejprve proveden rozbor jednotlivých rozhovorů, na základě kterého bylo objeveno 5 společných témat, které byly následně popsány. Jednalo se o pocity spojené se získáním diagnózy, kde byly dále rozlišeny dva pohledy na tuto problematiku. Dalším tématem je sociální interakce zahrnující jak obecné sociální situace, tak i partnerské a přátelské vztahy. Stres a zvládání těžkých životních situací je dalším tématem, které bylo popsáno. Následovala ještě snaha o únik z reality a téma identifikace s látkou.

Po společné analýze získaných témat byly realizovány celkové výsledky výzkumu a odpovědi na výzkumné otázky. Naši respondenti se potýkali se závislostním chováním na návykových látkách, digitálních technologiích a činnostech. Motivací pro užívání návykových látek byly především problémy v sociální interakci a komunikaci, pocity izolace a všudypřítomné úzkosti. Dalším vlivem, který byl v této souvislosti popsán, je taktéž senzorické přetížení, nebo vyžadování řádu a rigidity. Respondenti taktéž v souvislosti se závislostním chováním popisovali snížení kvality života, zdravotní komplikace a abstinenční příznaky. Frekvence užívání návykových látek a činností je různá a souvisí především s mírou stresu, který jedinec aktuálně prožívá. Pozitivem bylo pro respondenty především jednodušší zvládání těžkých situací a také únik od reality. Pokud naši participant vnímali nějaká negativa, jednalo se o aspekty spojené s abstinenčními příznaky.

Výsledky této práce nám poskytují hlubší vhled do problematiky rizikového chování u jedinců s PAS. Doporučením pro další výzkum by mohla být longitudinální studie, rozšíření stávajících studií na větší výzkumnou populaci. Další možností může být lepší prozkoumání kamuflážní hypotézy, diagnostiky PAS u žen se snahou o porozumění vztahu mezi kamufláží a rizikem rozvoje poruch osobnosti u jedinců s PAS.

LITERATURA

Ali, MC., Lombardo, M. V., Ruigrok, A. N. V., Chakrabarti, B., Auyeung, B., Szatmari, \P., et al. (2015). Cognitive Empathy, Systemizing Quotient, and Empathizing Quotient in Adults with and without Autism Spectrum Conditions. Journal of Autism and Developmental Disorders, 45(11), 3482-3496.

Allely, C. S. (2019). The female phenotype of autism spectrum disorder: The 'camouflage' hypothesis. *Editorial Borat Members*. https://www.pjp.psychreg.org/wp-content/uploads/2019/06/14-20.allely.pdf

Antshel, K. M., Zhang-James, Y., & Faraone, S. V. (2013). The comorbidity of ADHD and autism spectrum disorder. *Expert review of neurotherapeutics*, *13*(10), 1117-1128. https://doi.org/10.1586/14737175.2013.840417

Aston, M. (2012). Asperger syndrome in the bedroom. *Sexual and Relationship Therapy*, *27*(1), 73-79. https://doi.org/10.1080/14681994.2011.649253

Balázs, J., Miklósi, M., Keresztény, Á., Hoven, C. W., Carli, V., Wasserman, C., ... & Wasserman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of child psychology and psychiatry*, *54*(6), 670-677. https://doi.org/10.1111/jcpp.12016

Bazalová, B. (2011). Poruchy autistického spektra. Teorie, výzkum, zahraniční zkušenosti. Brno. Masarykova univerzita.

Bellini, S. (2008). *Building social relationships: A systematic approach to teaching social interaction skills to children and adolescents with autism spectrum disorders and other social difficulties*. AApC publishing.

Boucher, J., Mayes, A., & Bigham, S. (2008). Memory, language and intellectual ability in low-functioning autism.

Brown-Lavoie, S. M., Viecili, M. A., & Weiss, J. (2014). Sexual knowledge and victimization in adults with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, *44*, 2185-2196. https://doi.org/10.1007/s10803-014-2093-y

Boyd, B. A., McDonough, S. G., & Bodfish, J. W. (2012). Evidence-based behavioral interventions for repetitive behaviors in autism. *Journal of autism and developmental disorders*, *42*, 1236-1248. https://doi.org/10.1007/s10803-011-1284-z

Buck, T. R., Viskochil, J., Farley, M., Coon, H., McMahon, W. M., Morgan, J., & Bilder, D. A. (2014). Psychiatric comorbidity and medication use in adults with autism 90 spectrum disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders, 44(12), 3063–3071. https://doi.org/10.1007/s10803-014-2170-2

Camm-Crosbie, L., Bradley, L., Shaw, R., Baron-Cohen, S., & Cassidy, S. (2019). 'People like me don't get support': Autistic adults' experiences of support and treatment for mental health difficulties, self-injury and suicidality. Autism, 23(6), 1431-1441. https://doi.org/10.1177/1362361318816053

Cassidy, S., Bradley, P., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M., & Baron-Cohen, S. (2014). Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort study. *The Lancet Psychiatry*, *1*(2), 142-147. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70248-2

Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (1990). Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. Newbury Park: Sage.

Crane, L., Batty, R., Adeyinka, H., Goddard, L., Henry, L. A., & Hill, E. L. (2018). Autism diagnosis in the United Kingdom: Perspectives of autistic adults, parents and professionals. Journal of Autism and Developmental Disorders. https://doi.org/10.1007/s10803-018-3639-1

Coutelle, R., Weiner, L., Paasche, C., Pottelette, J., Bertschy, G., Schröder, C. M., & Lalanne, L. (2021). Autism spectrum disorder and video games: Restricted interests or addiction?. International Journal of Mental Health and Addiction, 1-22. https://doi.org/10.1007/s11469-021-00511-4

Craig, F., Tenuta, F., De Giacomo, A., Trabacca, A., & Costabile, A. (2021). A systematic review of problematic video-game use in people with Autism Spectrum Disorders. Research in Autism Spectrum Disorders, 82, 101726. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101726

Croen, L. A., Zerbo, O., Qian, Y., Massolo, M. L., Rich, S., Sidney, S., & Kripke, C. (2015). The health status of adults on the autism spectrum. Autism, 19(7), 814–823. https://doi.org/10.1177/1362361315577

De Alwis, D., Agrawal, A., Reiersen, A. M., Constantino, J. N., Henders, A., Martin, N. G., & Lynskey, M. T. (2014). ADHD symptoms, autistic traits, and substance use and misuse in adult Australian twins. *Journal of studies on alcohol and drugs*, *75*(2), 211-221. https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.211

De-la-Iglesia, M., & Olivar, J. S. (2015). Risk factors for depression in children and adolescents with high functioning autism spectrum disorders. *The Scientific World Journal*, *2015*.Doherty-Sneddon, G., & Phelps, F. G. (2005). Gaze aversion: A response to cognitive or social difficulty?. *Memory & cognition*, *33*, 727-733. https://doi.org/10.1155/2015/127853

Dolejš, M. (2010). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta.

Dryfoos, J. G. (1990). *Adolescents at risk: Prevalence and prevetion.* Oxford Univerzity Press

Dudová, I. (2012). Vztah olfaktorických funkcí a psychopatologie u pacientů s poruchou autistického spektra.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2019). European school survey project on alcohol and other drugs (ESPAD). https://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/espad-report-2019_en

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2021). Drug use and addiction. https://www.emcdda.europa.eu/topics/drug-use-and-addiction_cs

Fitzpatrick, S. E., Srivorakiat, L., Wink, L. K., Pedapati, E. V., & Erickson, C. A. (2016). Aggression in autism spectrum disorder: presentation and treatment options. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 1525-1538. https://doi.org/10.2147/NDT.S84585

Foss-Feig, J. H., Lurie, S., & Hubert, M. F. (2020). Schizophrenia and Other Psychotic Disorders in Autism Spectrum Disorder. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190910761.013.3

Fernández de la Cruz, L., et al. (2013). The relationship between autism spectrum disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. Journal of Autism and Developmental Disorders, 43(11), 2667-2676

Franklin, J. C., Fox, K. R., Franklin, C. R., Kleiman, E. M., Ribeiro, J. D., Jaroszewski, A. C., ... & Nock, M. K. (2016). A brief mobile app reduces nonsuicidal and suicidal self-injury: Evidence from three randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *84*(6), 544. https://doi.org/10.1037/ccp0000093

Geurts, H. M., & Jansen, M. D. (2012). A retrospective chart study: The pathway to a diagnosis for adults referred for ASD assessment. *Autism*, *16*(3), 299-305. Gillberg, C. (1998). Asperger syndrome and high-functioning autism. The British journal of psychiatry, 172(3), 200-209. https://doi.org/10.1177/1362361311421

Ghaziuddin, M., Ghaziuddin, N., & Greden, J. F. (2002). Depression in persons with autism: Implications for research and clinical care. https://doi.org/10.1023/A:1016330802348

Griffiths, M. D. (2019). The therapeutic and health benefits of playing video games. The Oxford handbook of cyberpsychology. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198812746.013.27

Gillott, A., Furniss, F., & Walter, A. (2001). Anxiety in high-functioning children with autism. *Autism*, *5*(3), 277-286. https://doi.org/10.1177/1362361301005003005

Girardi, P., Delvecchio, G., Nobile, M., Brambilla, P. (2019). Prevalence of Psychosis in Autism: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Autism and Developmental Disorders, 49(4), 1772-1793.

Goin-Kochel, R. P., Mackintosh, V. H., & Myers, B. J. (2006). How many doctors does it také to make an autism spectrum diagnosis?. Autism, 10(5), 439-451. https://doi.org/10.1177/13623613060666

Gould, J., Ashton-Smith, J., Missenden, N., & Sheffield, J. (2019). “Camouflaging” in autistic women: An interpretative phenomenological analysis. Autism, 23(1), 20-30.

Hellemans, H., Colson, K., Verbraeken, C., Vermeiren, R., & Deboutte, D. (2007). Sexual behavior in high-functioning male adolescents and young adults with autism

spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders, 37*, 260-269. https://doi.org/10.1007/s10803-006-0159-1

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál

Hirvikoski, T., Mittendorfer-Rutz, E., Boman, M., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Bölte, S. (2016). Premature mortality in autism spectrum disorder. The British Journal of Psychiatry, 208(3), 232-238. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.160192

Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén, A., Wentz, E., Ståhlberg, O., Herbrecht, E., Stopin, A., Anckarsäter, H., Gillberg, Ch., Råstam, M., & Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. BMC Psychiatry, 9(1). https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-35

Hrdlička, M. & Komárek, V. (2004). *Dětský autismus.* Grada.

Hwang, W. J., & Lyoo, I. K. (2017). Association between autistic traits and emotion regulation difficulties in young adults with borderline personality disorder. Psychiatry Research, 256, 54-60.

Charvát, M. & Nevoralová, M. (2012). Faktory rizikové a protektivní. In M. Miovský (Ed.), *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Togga

Jelínková, M. (2011). *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Univerzita Karlova v Praze

Jessor, R. (1998). New perspectives on adolescent risk behavior. In R. Jessor (Ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior*. New York: Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511571138

Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). Problem behavior and psychological development: A longitudinal study of youth. Academic Press

Jobe, L. E., & White, S. W. (2007). Loneliness, social relationships, and a broader autism phenotype in college students. Personality and individual differences, 42(8), 1479-1489. https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.10.021

Joshi, G., Wozniak, J., Petty, C., Martelon, M. K., Fried, R., Bolfek, A., Kotte, A., Stevens, J., Furtak, S. L., Bourgeois, M., Caruso, J., Caron, A., & Biederman, J. (2012). Psychiatric comorbidity and functioning in a clinically referred population of adults with autism spectrum disorders: A comparative study. Journal of Autism and

Developmental Disorders, 43(6), 1314–1325. https://doi.org/10.1007/s10803-012-1679-5

Hull, L., Mandy, W., Lai, M. C., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P., & Petrides, K. V. (2019). Development and validation of the camouflaging autistic traits questionnaire (CAT-Q). Journal of autism and developmental disorders, 49, 819-833. https://doi.org/10.1007/s10803-018-3792-6

Joshi, G., Petty, C., Wozniak, J., Henin, A., Fried, R., Galdo, M., ... & Biederman, J. (2010). The heavy burden of psychiatric comorbidity in youth with autism spectrum disorders: a large comparative study of a psychiatrically referred population. Journal of Autism and Developmental Disorders, 40(11), 1361-1370. https://doi.org/10.1007/s10803-010-0996-9

Kohoutek, R. (2007). *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. Masarykova univerzita.

Kreiser, N. L., & White, S. W. (2014). Assessment of suicidal ideation in children and adolescents with autism spectrum disorder. Journal of autism and developmental disorders, 44(12), 3167-3178.

Kronenberg, L. M., Slager-Visscher, K., Goossens, P. J., van den Brink, W., & van Achterberg, T. (2014). Everyday life consequences of substance use in adult patients with a substance use disorder (SUD) and co-occurring attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD): a patient's perspective. *BMC psychiatry*, *14*, 1-9. https://doi.org/10.1186/s12888-014-0264-1

Kosten, T. R., & George, T. P. (2002). The neurobiology of opioid dependence: implications for treatment. Science & practice perspectives, 1(1), 13–20. https://doi.org/10.1151/spp021113

Křížová, I. (2021). *Závislosti: pro psychologické obory*. Grada.

Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research. *International journal of mental health and addiction*, *10*, 278-296. https://doi.org/10.1007/s11469-011-9318-5

Lai, M. C., & Baron-Cohen, S. (2015). Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *The Lancet Psychiatry*, *2*(11), 1013-1027. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00277-1

Lai, M. C., Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. The Lancet, 383(9920), 896-910. https:// doi: 10.1016/S0140-6736(13)61539

Landa, R. J., & Goldberg, M. C. (2005). Language, social, and executive functions in high functioning autism: A continuum of performance. *Journal of autism and developmental disorders*, *35*, 557-573. https://doi.org/10.1007/s10803-005-0001-1

Larkin, M., Flowers, P., & Smith, J. A. (2021). Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research. *Interpretative phenomenological analysis*, 1-100.

Lawson, W., & McGillivray, J. A. (2018). The Misdiagnosis of Autistic Women. Journal of Autism and Developmental Disorders, 48(12), 3894-3899.

Lewis, L. F. (2016a). Exploring the experience of self-diagnosis of autism spectrum disorder in adults. Archives of Psychiatric Nursing, 30(5), 575–580. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.009

Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., ... & Lainhart, J. E. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: Interview development and rates of disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, *36*, 849-861. https://doi.org/10.1007/s10803-006-0123-0

Lindqvist, K., Mechler, K., Anderberg, E., Tani, P., & Westerlund, J. (2018). Suicide attempts and suicidal ideation in autism spectrum disorders with and without co-morbid depression in a Swedish nationwide study. Autism, 22(2), 1-11.

Lugnegård, T., Hallerbäck, M. U., & Gillberg, C. (2011). Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Research in developmental disabilities*, *32*(5), 1910-1917. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.03.025

Ly, A., Heron, J., Rai, D., & Wright, C. (2022). Autism, autistic traits and multiple risk behaviours in adolescence: a longitudinal birth cohort study. *Psychological Medicine*, 1-10. https://doi.org/10.1017/ S0033291722000940

Macek, P. (2003). *Adolescence* (2. vyd.). Portál.

Martin, A., Volkmar, F. R., & Lewis, M. (Eds.). (2007). *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. Lippincott Williams & Wilkins.

Maddox, B. B., & White, S. W. (2015). Comorbid social anxiety disorder in adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*, 3949-3960. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2531-5

Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Murray, M. J., Ahuja, M., Smith, L. A., & Anxiety and Depression in Complex Care Program. (2017). Anxiety, depression, and irritability: Relations to school-based indicators and parent–child interaction in urban adolescents with autism. Autism Research, 10(2), 290-299. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.06.012

Mayers, R. J., & Smith, J. E. (1995). Clinical guide to alcohol treatment: The comunity reinforcement approach. Guilford Press.

Mazefsky, C. A., McPartland, J. C., Gastgeb, H. Z., & Minshew, N. J. (2018). Brief report: Comparison of diagnostic procedures for autism spectrum disorder in adults in clinical practice: A naturalistic study. Journal of Autism and Developmental Disorders, 48(7), 2458-2464.

Mazzone, L., Postorino, V., Valeri, G., & Vicari, S. (2014). Catatonia in patients with autism: prevalence and management. *CNS drugs*, *28*, 205-215. https://doi.org/10.1007/s40263-014-0143-9

Mazzone, L., & Vassena, L. (2018). Personality disorders in autism spectrum disorder: A systematic review. Journal of autism and developmental disorders, 48(8), 2591-2605.

Mazurek, M. O., & Wenstrup, C. (2013). Television, video game and social media use among children with ASD and typically developing siblings. *Journal of autism and developmental disorders*, *43*, 1258-1271. https://doi.org/10.1007/s10803-012-1659-9

McQuaid, G. A., Strang, J., & Jack, A. (2022). Borderline personality and late, missed, and mis-diagnosis in female autism: A review of the literature. https://doi.org/10.31234/osf.io/t37vj

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.

Miovský, M., Adámková, T., Barták, M., Čablová, L., & Čech, T. (2012). Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování. *Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga*.

Mitchell, P., Cassidy, S., & Sheppard, E. (2019). The double empathy problem, camouflage, and the value of expertise from experience. *Behavioral and Brain Sciences*, *42*. https://doi.org/10.1017/S0140525X18002212

Murphy, G. H., & Murphy, E. A. (2014). Sexual offending in individuals with autistic spectrum disorder: A systematic review. Journal of Autism and Developmental Disorders, 44(11), 1303-1318. https://doi.org/10.1007/s10803-014-2046-4

Musser, E. D., & Galloway-Long, H. S. (2013). Comorbidity of autism spectrum disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview. Journal of pediatric psychology, 38(6), 644-655.

Nicolaidis, C., Raymaker, D., McDonald, K., Dern, S., Boisclair, W. C., Ashkenazy, E., & Baggs, A. (2013). Comparison of healthcare experiences in autistic and non-autistic adults: a cross-sectional online survey facilitated by an academic-community partnership. *Journal of general internal medicine*, *28*, 761-769. https://doi.org/10.1007/s11606-012-2262-7

NZIP. (2018). Návykové látky – drogy. https://www.nzip.cz/clanek/323-navykove-latky-drog

Ošlejšková, H. (2006). Autismus. Neurologické, behaviorální a kognitivní projevy. *Neurologie pro praxi*, *4*, 189-191

Ošlejšková, H. (2008). Poruchy autistického spektra: poruchy vyvíjejícího se mozku. *Pediatrie pro praxi*, *9*(2), 80-84.

Parsons, S., & Mitchell, P. (2002). The potential of virtual reality in social skills training for people with autistic spectrum disorders. *Journal of intellectual disability research*, *46*(5), 430-443. https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2002.00425.x

Priscilla Sun Kyung Oh (2018) Exploring Depression and Beating the Blues: A CBT Self-Help Guide to Understanding and Coping with Depression in Asperger's Syndrome, Journal of Disability & Religion, 22:1, 116-117. https://doi.org/10.1080/23312521.2018.1447823

Ptáček, R., & Ptáčková, H. (2018). ADHD variabilita v dětství a dospělosti. Karolinum

Rava, J. A., Shores, R. E., & Lai, M. C. (2017). Comparison of aggressive behavior in adults with autism spectrum disorder and intellectual disability. Journal of Autism and Developmental Disorders, 47(10), 3111-3118. https://doi.org/10.2147/NDT.S84585

Reifová, S. F. (2010). Nesoustředěné a neklidné dítě. Portál

Rengit, A. C., McKowen, J. W., O'Brien, J., Howe, Y. J., & McDougle, C. J. (2016). Brief report: autism spectrum disorder and substance use disorder: a review and case study. Journal of Autism and Developmental Disorders, 46, 2514-2519. https://doi.org/10.1007/s10803-016-2763-z

Richards, C., Oliver, C., Nelson, L., & Moss, J. (2012). Self-injurious behaviour in individuals with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, *56*(5), 476-489. https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01537.x

Rinaldi, C., Attanasio, M., Valenti, M., Mazza, M., & Keller, R. (2021). Autism spectrum disorder and personality disorders: Comorbidity and differential diagnosis. *World Journal of Psychiatry*, *11*(12), 1366. https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i12.1366

Rydén, G., Rydén, E., & Hetta, J. (2008). Borderline personality disorder and autism spectrum disorder in females: A cross-sectional study. *Clinical Neuropsychiatry*, *5*(1), 22-30. https://psycnet.apa.org/record/2008-07906-004

Rydzewska, E., & Pirrie, A. (2015). Risk behaviours in transition to adulthood for people with autism spectrum disorder. *Scottish Educational Review*, *47*(1), 15-27. https://doi.org/10.1163/27730840-04701004

Říhová, I. a kolektiv. (2011). *Poruchy autistického spektra*. Praha: Grada.

Santosh, P. J., & Mijovic, A. (2006). Does pervasive developmental disorder protect children and adolescents against drug and alcohol use?. *European child & adolescent psychiatry*, *15*, 183-188. https://doi.org/10.1007/s00787-005-0517-0

Scragg,F, & Shah, A. (1994). *Prevalence of Asperger's Syndrome in a secure hospital.* British Journal of Psychiatry

Segers, M., & Rawana, J. (2014). What do we know about suicidality in autism spectrum disorders? A systematic review. *Autism Research*, *7*(4), 507-521. https://doi.org/10.1002/aur.1375

Seto, M. C. (2017). Autism spectrum disorder and the paraphilias: An update and review. Journal of Autism and Developmental Disorders, 47(10), 3296-3306.

Schöttle, D., Briken, P., Tüscher, O., & Turner, D. (2022). Sexuality in autism: hypersexual and paraphilic behavior in women and men with high-functioning autism spectrum disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*. https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.4/dschoettle

Sizoo, B., van den Brink, W., van Eenige, M. G., & van der Gaag, R. J. (2009). Personality characteristics of adults with autism spectrum disorders or attention deficit hyperactivity disorder with and without substance use disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *197*(6), 450-454. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181a61dd0

Smith, J. A. (2015). Qualitative psychology: A practical guide to research methods. *Qualitative psychology*, 1-312.

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research. Sage Publications.

Sobotková, V. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci.* Grada

Spain, D., Sin, J., Linder, K. B., McMahon, J., & Happé, F. (2018). Social anxiety in autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *52*, 51-68. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.04.007

Stratis, E. A., Lecavalier, L., & Johnson, C. (2019). Substance Use Disorders in Individuals With Autism: Implications for Treatment. Journal of Autism and Developmental Disorders, 49(1), 27-39. https://doi.org/10.1007/s10803-021-05419-5

Strunin, L., Sheehan, L., & Rosario, M. (2013). Repetitive behavior severity as an indicator of affect regulation in children with autism spectrum disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders, 43(3), 608-622.

Strunz, S., Westphal, L., Ritter, K., Heuser, I., Dziobek, I., & Roepke, S. (2015). Personality pathology of adults with autism spectrum disorder without accompanying intellectual impairment in comparison to adults with personality disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, *45*, 4026-4038. https://doi.org/10.1007/s10803-014-2183-x

Substituční léčba. (n.d.). Rozdělení drog. https://www.substitucni-lecba.cz/rozdeleni-drog

Suchá, J., Dolejš, M., Pipová, H., Maierová, E., & Cakirpaloglu, P. (2018). Playing digital games by Czech adolescents.

Sveticic, J., Gehring, M., & Gasser, U. (2010). Psychological autopsy study comparing suicide cases with and without deliberate self-harm behaviours. Swiss Medical Weekly, 140(23-24), 348-353

Širůčková, M. (2012). Rizikové chování. In M. Miovský (Ed.), *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Togga

Talmi, A., & Weintraub, G. M. (2020). Adults Diagnosed with Autism Spectrum Disorder: A Review of the Literature. Journal of Autism and Developmental Disorders, 50(7), 2323-2334.

Tebartz van Elst, L., Pick, M., Biscaldi, M., Fangmeier, T., & Riedel, A. (2013). Highfunctioning autism spectrum disorder as a basic disorder in adult psychiatry and psychotherapy: Psychopathological presentation, clinical relevance and therapeutic concepts. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 263(2), 189– 196. https://doi.org/10.1007/s00406-013-0459-3

Thorová, K. (2006). *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál

Trimpop, R. M. (1994). What is risk taking behavior. In R. M. Trimpop (Ed.), *The Psychology of Risk Taking Behavior* (1-14). Amsterdam: Elsevier Science.

Tubío-Fungueiriño, M., Cruz, S., Sampaio, A., Carracedo, A., & Fernández-Prieto, M. (2021). Social camouflaging in females with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *51*, 2190-2199. https://doi.org/10.1007/s10803-020-04695-x

Tuchman, R., & Rapin, I. (1997). *Regression in pervasive developmental disorders*: Seizures and EEG correlates. Pediatrics, 99(4), 560-566. https://doi.org/10.1542/peds.99.4.560

Uljarević, M., Richdale, A. L., Evans, D. W., Cai, R. Y., & Leekam, S. R. (2017). Interests in autism are more intense, interfering, and idiosyncratic than those in other neurodevelopmental disorders: Implications for theory and diagnosis. Molecular Autis

ÚZIS. (n.d.). O MKN-10. https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F84

ÚZIS. (n.d.). 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni

World Health Organization. (2021). Substance use disorders. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/substance-use-disorders

Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál

Williams, J. (2009). The Art of Direct Quotation. Publisher.

White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical psychology review*, *29*(3), 216-229. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.003

Woodbury-Smith, M. R., & Volkmar, F. R. Asperger syndrome. European Child and Adoles-cent Psychiatry 2009; 18: 2-11.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha 1: Seznam použitých zkratek

Příloha 2: Abstrakt v českém jazyce

Příloha 3: Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha 4: Informovaný souhlas

Příloha 5: Informovaný souhlas pro zákonného zástupce

Příloha 6: Osnova polostrukturovaného rozhovoru

Příloha 1: Seznam použitých zkratek

PAS……. Poruchy autistického spektra

AS ……. Aspergerův syndrom

MKN-10……. Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

MKN-11……. Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize

Příloha 2: Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Rizikové chování u jedinců s poruchami autistického spektra

Autor práce: Karolína Koníčková

Vedoucí práce: PhDr. Eva Aigelová, PhD.

Počet stran a znaků: 71 stran, 152 780 znaků

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 127

Abstrakt:

Tato bakalářská práce se zabývá tématem rizikového chování u jedinců s poruchami autistického spektra. Hlavním cílem bylo popsat motivaci těchto jedinců především k užívání návykových látek, technologií a činností. Důraz byl kladen také na vznik závislosti, a následně i možné dopady tohoto rizikového chování na jedince samotné a na jejich okolí. Teoretická část práce je uvedena ukotvením problematiky poruch autistického spektra v kontextu aktuálních vědeckých poznatků. Následně je pozornost věnována také rizikovému a závislostnímu chování. Výzkum má design případových studií. Výzkumný soubor tvořilo 5 respondentů s Aspergerovým syndromem získaných samovýběrem, nebo záměrným výběrem. Data byla získána z polostrukturovaných rozhovorů a následně analyzována pomocí Interpretativní fenomenologické analýzy. Z interpretace výsledků se jeví, že hlavní motivací ke vzniku rizikového chování je dle respondentů nejčastěji snaha o zmírnění úzkosti, která je denně provází. Dalším faktorem, který na vznik závislosti mohl mít vliv, jsou také jejich pocity izolace, smyslová přetíženost, a především problémy v sociálních a komunikačních oblastech.

Klíčová slova: poruchy autistického spektra, Aspergerův syndrom, rizikové chování, závislostní chování

Příloha 3: Abstrakt v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: Risk behaviour in individuals with autism spectrum disorders

Author: Karolína Koníčková

Supervisor: PhDr. Eva Aigelová, PhD

Number of pages and characters: 71 pages, 152 780 characters

Number of appendices: 6

Number of references: 127

Abstract:

This bachelor thesis deals with the topic of risk behaviour in individuals with autism spectrum disorders. The main aim was to describe the motivations of these individuals, particularly their use of substances, technology and activities. Emphasis was also placed on the emergence of addiction, and subsequently the possible effects of this risky behavior on the individual themselves and on those around them. The theoretical part of the thesis is introduced by anchoring the issue of autism spectrum disorders in the context of current scientific knowledge. Subsequently, attention is also given to risk and addictive behaviours. The research has a case study design. The research population consisted of 5 respondents with Asperger's syndrome obtained by self-selection or purposive sampling. Data were obtained from semi-structured interviews and then analyzed using Interpretative Phenomenological Analysis. From the interpretation of the results, it appears that the main motivation for engaging in risky behaviors, according to the respondents, is most often the desire to alleviate the anxiety that accompanies them on a daily basis. Other factors that may have influenced the emergence of addiction include their feelings of isolation, sensory overload, and, above all, problems in social and communication areas.

Keywords: autism spectrum disorders, Asperger syndrome, risk behaviour, addictive behaviour

Příloha 4: Informovaný souhlas

Název práce: Rizikové chování u jedinců s poruchou autistického spektra

Autor práce: Karolína Koníčková

Vedoucí práce: PhDr. Eva Aigelová, PhD.

Prohlašuji, že jsem byl seznámen s podmínkami účasti na výzkumu na téma: *„Rizikové chování u jedinců s poruchou autistického spektra“.* Tohoto výzkumu se zúčastňuji dobrovolně a jsem si vědom, že mnou poskytnuté údaje jsou anonymní a budou použity pouze pro účely výzkumu.

Beru na vědomí, že z výzkumu můžu kdykoliv odstoupit. V případě, že bych se tak rozhodl/rozhodla až po již absolvovaném rozhovoru, budou moje údaje vymazány a nebudou do výzkumu zahrnuty.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

Příloha 5: Informovaný souhlas pro zákonného zástupce

Název práce: Rizikové chování u jedinců s poruchou autistického spektra

Autor práce: Karolína Koníčková

Vedoucí práce: PhDr. Eva Aigelová, PhD.

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s účastí svého dítěte na výzkumném šetření v rámci bakalářské diplomové práce na téma: „Rizikové chování u jedinců s poruchou autistického spektra“.

Prohlašuji, že jsem byl seznámen s podmínkami účasti mého dítěte ve výzkumu na téma: „Rizikové chování u jedinců s poruchou autistického spektra“. Tohoto výzkumu se mé dítě zúčastňuje dobrovolně a jsem si vědom, že poskytnuté údaje o mém dítěti jsou anonymní a budou použity pouze pro účely výzkumu.

Beru na vědomí, že z výzkumu můžu mé dítě kdykoliv odstoupit. V případě, že by se tak rozhodlo až po již absolvovaném rozhovoru, budou jeho údaje vymazány a nebudou do výzkumu zahrnuty.

Dne.....

Jméno a příjmení dítěte .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce .....

Podpis zákonného zástupce .....

Příloha 6: Osnova polostrukturovaného rozhovoru

Úvod: Jaký je Váš věk? Jaké máte dokončené vzdělání? S kým žijete? Kde pracujete? Jaký je Váš zdroj financi? Jste medikovaný/medikovaná? Využíváte nějakou formu podpory

OBECNÉ OTÁZKY K ROZHOVORU (PŘED V1+V2+V3)

A) Obecné otázky, autismus, OA, RA

- Mohla /mohl byste se mi, prosím, představit a krátce popsat?
- Jaká byla Vaše cesta k diagnóze autismu.
- Je ve vaší rodině někdo, kdo má taktéž PAS?
- Je ve vaší rodině někdo, kdo se taktéž potýká s nějakou závislostí?
- Máte ještě kromě autismu ještě nějakou další diagnózu?

B) SA – dětství + dospívání

- Co se týče vašeho dětství a dospívání – bylo vše v pořádku?
- Měl/la jste v dětství a dospívání hodně kamarádů?
- Jak byste defiloval/definovala Vaše minulé a současné vztahy?
- Pociťovala jste nějakou tendenci k závislostem i v dětství/dospívání?
    - Jakou?

C) Stres + zvládání těžkých životních situací

- Jak zvládáte stres? Jak se vyrovnáváte se stresem?
- Jak se vyrovnáváte se situacemi, které jsou pro Vás obtížné?
- Co je pro Vás výstupem ze své „komfortní zóny“ - tedy za hranicí toho, co je Vám příjemné?

V1: Jaké typy látek a technologií jedinci s PAS užívají?

1. Mohl/la byste mi prosím popsat, jaký typ návykových látek/technologií užíváte?
2. Jak dlouho?
3. Jaká je frekvence a množství užívání NV/technologií (jak často a pravidelně tyto NV/technologie užíváte)?
4. Byla diagnostikována závislost?
5. Léčil jste se kvůli tomu?
6. Popis léčby:
7. Dokončil jste léčbu?

V2: Jaké jsou důvody a motivace k užívání těchto látek / technologií?

8. Jak je to dlouho, co tuto látku/technologii užíváte? Kdy jste s jejím užíváním začal/la?
9. Pamatujete si, co bylo spouštěčem? Jaká byla příčina začátku užívání NV/technologií?
10. Jak NL získáváte? Jak na to reaguje okolí? Musíte to skrývat?
11. Můžete mi popsat, prosím, Váš průběh užívání této látky/technologie?
12. Užívá někdo z Vaší rodiny nějakou návykovou látku/technologii?
13. Co při užívání látky/technologie cítíte? Jaký je to pocit?
14. Co pro Vás tato návyková látka znamená?
15. Jak se změnil postoj k Vám samotným v souvislosti se začátkem užívání NL?
16. Myslíte si, že na Vaše užívání NL má vliv diagnóza autismu?
    a. Jaký?
    b. Proč si to myslíte?

V3: Jaká negativa a pozitiva vnímají jedinci s PAS při užívání NL a technologií, a jak na to reaguje jejich okolí?

17. Zkoušel jste někdy s užíváním NL/technologie přestat?
    a. Pokud ano, tak proč?
    b. Pokud ano, tak jak Vám to šlo? Jaké byly úskalí?
    c. Je nějaký důvod, proč nemůžete přestat?
18. Vnímáte nějaká omezení, které Vám NL způsobuje? (negativa)
19. Co Vám užívání návykové látky/technologie přináší?
20. Zaznamenal jste nějaký tlak okolí na Vás – v souvislosti s NL/technologií?
21. Jak Vaše okolí reaguje na Vaše užívání návykových látek?
22. Všiml/la jste si nějakých změn ve vašem okolí, přístupu k Vám?