

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Petra Pavelková

Popis adaptačních mechanismů u dětí s PAS

Olomouc 2022

Vedoucí práce: Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem „Popis adaptačních mechanismů u dětí s PAS“ vypracovala samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne

.....

Petra Pavelková

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování Mgr. Petře Jurkovičové, Ph.D. za její cenné rady, komunikativnost, laskavost, vstřícnost a trpělivost při vedení mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se podíleli na výzkumu praktické části této práce.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 6 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 7 |
| 1 Autismus..... | 7 |
| 1.1 Definice autismu..... | 7 |
| 1.2 Příčiny poruch autistického spektra..... | 8 |
| 1.3 Historie autismu..... | 9 |
| 1.4 Klasifikace poruch autistického spektra | 10 |
| 1.4.1 Dětský autismus..... | 10 |
| 1.4.2 Atypický autismus | 12 |
| 1.4.3 Aspergerův syndrom | 13 |
| 1.4.4 Rettův syndrom | 15 |
| 1.4.5 Jiná dezintegrační porucha v dětství..... | 16 |
| 2 Problémové oblasti PAS..... | 18 |
| 2.1 Specifické symptomy | 18 |
| 2.1.1 Sociální interakce a sociální chování..... | 18 |
| 2.1.2 Komunikace..... | 19 |
| 2.1.3 Představitivost, hra | 20 |
| 2.2 Nespecifické symptomy poruchy autistického spektra | 21 |
| 3 Adaptační mechanismy | 22 |
| 3.1 Pojem adaptace | 22 |
| 3.2 Adaptační systémy..... | 22 |
| 3.3 Zátěžové situace | 24 |
| Stres, zátěž..... | 24 |
| Problém..... | 25 |
| Frustrace | 25 |
| Konflikty..... | 26 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | 27 |
| 4 Design výzkumu..... | 27 |
| 4.1 Kvalitativní výzkum a metoda výzkumného zkoumání | 27 |
| 4.2 Popis výzkumného vzorku | 30 |
| 5 Metodologie výzkumu | 31 |
| Výzkumné otázky | 31 |
| 6 Analýza výsledků výzkumu | 32 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 6.1 | Případové studie dětí | 32 |
| 6.1.1 | Adam | 32 |
| 6.1.2 | Ondřej | 34 |
| 6.1.3 | Jakub | 36 |
| 6.1.4 | Martin | 37 |
| 6.2 | Výsledky výzkumu a diskuze | 39 |
| 7 | Závěr | 43 |
| | SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ..... | 45 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK..... | 48 |
| | SEZNAM TABULEK | 49 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | 50 |
| | ANOTACE | 63 |

ÚVOD

“Autismus... nabízí šanci koukat s úžasem a otevřenýma očima na svět, který bychom jinak míjeli.”

Dr. Colin Zimbleman, Ph.D.

Tématem bakalářské práce je „Popis adaptačních mechanismů u dětí s poruchou autistického spektra“. Téma autismus je všeobecně v dnešní době čím dál aktuálnější. Autismus se považuje za jedno z nejzávažnějších onemocnění a to proto, že zasahuje do všech tří oblastí jako je komunikace, sociální interakce a představitivost. U lidí s tímto postižením se můžeme setkat se závažnými, ale i méně závažnými příznaky. Tím se vlastně dostáváme k tomu, že každé dítě nebo obecně jedinec s autismem je jiný a vyžaduje individuální přístup a péči. Člověk může poznat 20 autistů a ani jeden se nebude podobat tomu druhému. V minulosti byla správná diagnostika velmi náročná, jelikož o autismu bylo nižší povědomí, než je tomu v současné době. Díky pokrokům právě v diagnostice autismu lze včas určit správnou diagnózu a může se tak přistoupit k opatřením, které zlepší kvalitu života. Při respektování jejich potřeb a soukromí mohou být tak tyto děti i přes svůj handicap šťastné.

Impulsem pro zpracování tohoto tématu byla osobní zkušenost jak pracovní, tak rodinná. Je důležité si uvědomit, že autismus je velmi nevypočitatelný. Chování, reakce, komunikační situace všechno je to opravdu odlišné a individuální a z toho důvodu, je důležité se o tomto tématu dozvědět více.

Záměrem této práce je přiblížení pojmu „autismus“, nastínit jeho historii, příčiny vzniku, zmínit nejčastější typy autismu a poté se dotknout pojmu adaptace a vybrat situace se zvýšenými nároky na adaptaci.

Praktická část je zaměřena na rozhovor vybraných jedinců s diagnostikovaným autismem a sledování jejich reakcí při adaptaci na různé zátěžové situace.

Cílem bakalářské práce je alespoň částečně přiblížit vystupování a uvažování jedince s PAS v procesu adaptace a poukázat na individualitu každého z nich. Tato závěrečná práce poukazuje na to, že i autisti jsou lidi jako my a potřebují naši pomoc, přijetí, lásku a péči, i když žijí ve svém vlastním světě, a přeci jen ve stejném jako všichni ostatní.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Autismus

Cílem této vstupní kapitoly je vysvětlit a přiblížit pojmy, které jsou podstatné pro teoretickou i praktickou část bakalářské práce. Vzhledem k tomu, že se práce potýká s problematikou autismu, následující část práce bude věnována pojmům, které jsou jeho součástí.

1.1 Definice autismu

„Autismus není něco, co osoba má, není to žádná ulita, ve které je osobnost uvězněna. Ve skořápce není schované normální dítě. Autismus je způsob bytí. Autismus je všepřonikající. Postupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emocí. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismu oddělit nedá.“ (J. Sinclair in Thorová, 2006, s. 33)

Nejrozšířenější pojmy, které se používají jak u laické, tak i odborné veřejnosti spojené s touto problematikou jsou autismus, pervazivní vývojové poruchy a poruchy autistického spektra. Dříve se používaly termíny jako například autistická psychóza, časný infantilní autismus, raný dětský autismus či autistické rysy. V současné době všechny zmíněné pojmy zaštiťuje nejčastěji používaný termín „poruchy autistického spektra“. (Pastieriková, 2013)

Poruchy autistického spektra jsou jedním z mnoha onemocnění, které spadá mezi poruchy dětského mentálního vývoje. (Říhová, 2006)

Dle Thorové (2006) se autismus považuje za jednu z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Na autismus je nahlíženo jako na velmi různorodý syndrom. Jedná se o vrozenou poruchu některých mozkových funkcí. Autismus řadíme mezi neurovývojové poruchy, které vznikají na neurobiologickém podkladu. Dítě s projevy autismu má obtíže v komunikaci, sociální interakci, sociálním chování a v představitosti. Diagnóza autismu mu také znemožňuje vyhodnocovat informace stejným způsobem jako děti, které mají stejnou mentální úroveň.

Autismus je vrozená vývojová porucha, která postihuje problémy v oblasti komunikace, sociálního a emočního vývoje. Autismus se projevuje zvenčí nestandardním chováním. Mezi poruchy autistického spektra, jako zastřešující pojem, řadíme i další poruchy jako například dětský autismus, Aspergrův syndrom, Rettův syndrom, atypický autismus, ale také i tzv. dezintegrační poruchu a další. Všechny zmíněné poruchy mají mnoho aspektů společných, ale

současně i odlišných. Určitý modelový příklad osoby s autismem neexistuje. (APLA Praha a kolektiv autorů, 2012)

Podle Vocilky (1995) je autismus chorobná zaměřenost k vlastní osobě spojená s poruchou kontaktu s okolním světem.

Valenta (2021) ve své publikaci definuje autismus jako pervazivně vývojovou poruchu, která proniká zcela osobností jedince a ve velké míře mění jeho chování, možnosti navazování kontaktů, vzdělávání atd.

Strunecká (2016) ve své knize uvádí, že autismus je vývojová porucha, která se projevuje zpomalením a narušením rozvoje sociálních interakcí, má obtíže v komunikaci a zvláštnostmi v chování. Autismus se může diagnostikovat ve věku od 3 do 5 let, ovšem impulzivních příznaků si mohou rodiče všimnout již v průběhu vývoje kojence – během prvního roku života dítěte.

Poruchy autistického spektra se řadí mezi poruchy doživotního rázu a objeví se zpravidla mezi 3 až 5 rokem života. Závažnější typy lze diagnostikovat i v dřívějším věku. (Perchta, 2016)

1.2 Příčiny poruch autistického spektra

Ani v dnešní době stále nejsou identifikovány příčiny poruch autismu, nicméně se předpokládá, že určitou část podílu udává infekční onemocnění, genetika nebo chemické procesy vyvolané mozkiem. Nynější teorie tvrdí, že výše uvedené faktory mají vliv na vznik autismu, kdy se porucha projeví v oblasti chování jedince. Dítěti je znemožněno vyhodnocovat jednak jazykové, tak i sensorické informace, což je zapříčiněno poškozením mozkových funkcí. Osobám s diagnostikovaným autismem málo kdy zvládají běžné komunikační dovednosti, potýkají se s potížemi v mluveném projevu s vyjadřováním svých potřeb, emocí. Rovněž mají problémy se zvládnutím běžných sociálních dovedností. Objevují se různé míry závažnosti a úrovně této poruchy. V lehčí formě se projevuje malé množství symptomů, kdežto v těžší formě je mnohem více příznaků. (Thorová, 2016)

Podle Pastierikové (2013) se doposud nepodařilo jednoznačně vystihnout příčiny vzniku autismu z důvodu vysoké proměnlivosti a komplexnosti symptomů této diagnózy ve velkém množství poruch s mnoha příčinami.

Z důvodu špatného uchopení příčin autismu, vznikla v dřívějších dobách mylná teorie, která hlásala, že se na vzniku autismu podílí negativní postoj rodičů, výhradně matek. Reakcí na toto chování je uzavřenost jedince. Na základě této teorie bylo dítě odebíráno z rodin a umístěováno do psychiatrické léčebny. (Jelínková in Pastieriková, 2013)

Zmíněná mylná teorie je již v dnešní době překonána díky různým empirickým výzkumům, ale přesto se s jejími negativními důsledky rodiny potýkají dodnes. (Patieriková, 2013)

1.3 Historie autismu

Pojem autismus je odvozen z řeckého slova – autos, které znamená „sám“, a přípony – ismus, která označuje stav, směr nebo orientaci (Vocilka in Pastieriková, 2013).

Poprvé zmínil termín autismus již v roce 1911 švýcarský psychiatr Eugen Bleuler. Tímto termínem pojmenoval jeden ze symptomů, které zpozoroval u svých schizofrenických pacientů. V jeho koncepci autismus představoval útek od reality do svého vlastního vnitřního světa. V této době schizofrenický jedinec, u něhož převládá orientace na vlastní osobu a vyčlenění se ze sociálního života, byl označován jako „autistický“. (Némethová in Pastieriková, 2013)

Autistické odtažení od reality bylo výrazem pro zvláštní druh myšlení, pohroužení se do vnitřního světa snů a fantazie. Toto myšlení bylo a je považováno za neproduktivní a pasivní, jednalo se spíše o výraz popisující druh snění, které je obráceno do vlastního nitra (Bleuler in Thorová, 2006)

První člověk, který odlišil autismus jako oddělenou nemoc začínající v dětství od schizofrenie a byl americký psychiatr Leo Kannerem v roce 1943. K tomuto úspěchu došel několikaletým pozorováním skupiny dětí, u nichž bylo patrné množství společných znaků v chování, se nedaly zařadit do diagnostických kritérií doposud známých psychických onemocnění. Jako první na světě si Kanner všiml u skupinky několika dětí neúměrného chování. Tyto odchylky v chování považoval za příznaky specifické samostatné poruchy, kterou nazval časný dětský autismus. Tento název použil z důvodu, že samotný Kanner vnímal tyto děti jako velmi osamělé, žijící ve svém vlastním světě s nezájmem o okolní dění a s absencí schopností vyjádřit lásku a přátelství. Z tohoto důvodu se při volbě označení inspiroval řeckým původem slova „autos“. Přesto, že se Kanner snažil vymezit pojem „autismus“ pouze pro označení vrozeného syndromu, se doposud jeho termín mylně pojí se schizofrenií. Již v dřívější době žili lidé s autismem, které díky svému specifickému chování budili pozornost okolí. Děti, které by již dnes splňovali kritéria pro diagnózu autismus, byly dříve označovány za děti svaté, posedlé d'áblem či uhranuté. (Thorová, 2016)

V roce 1944, rok po Kannerovi, přispěl dalším velkým objevem v oblasti autismu vídeňský pediatr Hans Asperger. Hans Asperger publikoval v článku „Autističtí psychopati v dětství“ (Autistische Psychopathen im Kindersalter) syndrom s obdobnými projevy jako Kannerův. K závěrům došel z výsledků své disertační práce, ve které se věnoval studiu chování čtyř

chlapců. Výrazně si všímal rozdílů v sociální interakci, myšlení a řeči. I Asperger použil ve své práci termín „autismus“ stejně jako jeho kolega Kanner aniž by měl možnost se seznámit s jeho prací, protože v době 2. světové války nebyli vědci ve spojení z důvodu nefunkčního informačního spojení, což bylo velice pozoruhodné. O pět let později prezentoval Asperger referát „Obraz a sociální hodnocení autistických psychopatií“, kde byl zjevný rozdíl mezi jeho a kolegy popisovaným syndromem. Asperger se zabýval dětmi s mírnější formou autismu a Kanner ba naopak s těžší formou poruchy. Použitý termín autistická psychopatie byl později obměněn pojmem Aspergrův syndrom. Významnou osobností spojenou s termínem Aspergrův syndrom byla ve 20. století britská lékařka Lorna Wingová, která vydala odborné knihy a příručky, které byly určené pro rodiče dětí s tímto onemocněním. V publikacích čerpala vědomosti z vlastních zkušeností. V roce 2013 termín Aspergerův syndrom zanikl a vznikl jeden zastřešující pojem porucha autistického spektra. (Thorová, 2006)

1.4 Klasifikace poruch autistického spektra

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (2006) se dělí pervazivně vývojové poruchy na dětský autismus, atypický autismus, Aspergrův syndrom, Rettův syndrom, jinou dezintegrační poruchu v dětství, hyperaktivní poruchu spojenou s mentální retardací a stereotypními pohyby, jinou pervazivní vývojovou poruchu a pervazivní poruchu nespecifickou. (Pastieriková, 2013)

V 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí se autismus řadí mezi duševní poruchy, poruchy chování nebo neurovývojové poruchy. Dále mezi poruchy neurovývoje. Poruchy autistického spektra se už dále nedělí na jednotlivé typy autismu, ale rozlišuje se už pouze 6 subtypů, a to podle úrovně komunikace a intelektu. (*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2022*)

1.4.1 Dětský autismus

MKN – 10 vymezuje tuto poruchu jako „*typ pervazivní vývojové poruchy, která je definovaná přítomností abnormálního a/nebo narušeného vývoje...*“. (WHO/DIMDI 1994/2006 in Bazalová, str. 31)

Jádro poruch autistického spektra tvoří právě dětský autismus. Rozlišujeme různé druhy závažnosti, od mírné podoby až po těžkou. Potíže se musí projevit ve všech oblastech tzv. diagnostické triády. Triádou je myšlena oblast problémového vývoje. Lidé s autismem mohou trpět kromě poruch v zásadních oblastech jako je sociální interakce, komunikace

a představivost, mnoha dalšími dysfunkcemi, které se projevují zvenčí odlišným, abnormálním až podivným chováním. Autismus je možno diagnostikovat v jakémkoli věku. (Thorová, 2016)

Dle nejpoužívanější MKN – 10 by pouhá jedna třetina (maximálně polovina) dětí s diagnostikovaným dětským autismem splňovala původní Kannerova měřítko diagnózy. (Wingová a Potter in Thorová, 2016)

U dětského autismu je zjevná především psychopatologie v oblasti komunikace, sociálních vztahů, hry a zájmů. Pro diagnostikovaný dětský autismus je důležitý první výskyt potíží před ukončením třetího roku dítěte. (Hrdlička, 2014)

Přesto, že na dětský autismus existuje mnoha studií a je zařazen mezi nejlépe prozkoumanou poruchu, je považován za nejzávažnější podobu poruch autistického spektra. (Hrdlička in Říhová, 2011)

Říhová ve své publikaci zmiňuje i nespecifické poruchy dětského autismu mezi které řadí například různé druhy fobií, poruchy příjmu potravy, poruchy spánku, sebepoškozování a různé druhy agrese. Projevy jedince s touto diagnózou jsou individuální a rozdílný, jako je odlišný každý jedinec. (Říhová, 2011)

U dětí s diagnostikovaným dětským autismem přibližuje následující Tabulka 1 Diagnostická kritéria dle MKN – 10 (Thorová, 2016, str. 180).

| | | |
|----|--|--|
| 1. | Autismus se projevuje před 3. rokem věku dítěte. | |
| 2. | Kvalitativní narušení sociální interakce | <ul style="list-style-type: none"> • Nepřiměřené hodnocení společenských emočních situací. • Nedostatečná odpověď na emoce jiných lidí. • Nedostatečné přizpůsobení sociálnímu kontaktu. • Omezené používání sociálních signálů. • Chybí sociálně – emoční vzájemnost. • Slabá integrita sociálního, komunikačního a emočního chování. |
| 3. | Kvalitativní narušení komunikace | <ul style="list-style-type: none"> • Nedostatečné sociální užívání řeči bez ohledu na úroveň jazykových schopností. • Narušená fantazijní a sociálně – napodobivá hra. • Nedostatečná synchronizace a reciprocita v konverzačním rozhovoru. • Snížená přizpůsobivost v jazykovém vyjadřování. |

| | | |
|---|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Relativní nedostatek tvořivosti a představivosti v myšlení. • Chybí emoční reakce na přátelské přiblížení jiných lidí (verbální i neverbální). • Narušení kadence komunikace a správného užívání důrazu v řeči, které modulují komunikace. • Nedostatečná gestikulace užívaná ke zvýraznění komunikace. |
| 4. | Omezené, opakující se stereotypní způsoby chování, zájmy a aktivity | <ul style="list-style-type: none"> • Rigidita a rutinní chování v široké škále aspektů každodenního života (všední zvyky, hry). • Specifická přichylnost k předmětům, které jsou pro daný věk netypické (jiné než např. plyšové hračky). • Lpění na rutině, vykonávání speciálních rituálů. • Stereotypní zájmy – např. data, jízdní řády. • Pohybové stereotypie. • Zájem o nefunkční prvky předmětů (například omak, vůně). • Odpor ke změnám v běžném průběhu činností nebo v detailech osobního prostředí (například přesunutí dekorací nebo nábytku v rodinném domě). |
| Nespecifické rysy | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Strach (fobie). • Poruchy spánku a příjmu potravy. • Záchvaty vzteku, agrese a sebezraňování. • Chybí spontaneita, iniciativa a tvořivost při organizování volného času. • Potíže s vytvořením myšlenkové osnovy (koncepce) při rozhodování v práci i přesto, že schopnosti na samotné úkoly stačí. | | |

Tabulka 1 Diagnostická kritéria dle MKN – 10 (Thorová, 2016, str. 180).

1.4.2 Atypický autismus

V případě, že nejsou splněny všechny tři části diagnostických kritérií – tzv. nesplněné podmínky pro dětský autismus nebo je nástup jednotlivých symptomů opožděný, což znamená,

že se dostaví až po 3. roce života dítěte, je stanovena diagnóza atypický autismus. (Hrdlička, 2014)

Pro osoby, které nesplňují daná kritéria pro dětský autismus, a přesto mají prvky autismu, se vytvořila speciální kategorie atypický autismus. Odlišnost od dětského autismu najdeme buď to v době vzniku poruchy nebo nesplnění naplnění diagnostické triády ve všech třech oblastech problémů. (Říhová, 2011)

Podle Thorové (2006) je atypický autismus velmi heterogenní diagnostická jednotka, která je součástí poruch autistického spektra. Díky lepším sociálním a komunikačním dovednostem nebo absencí stereotypního zájmu, má část dětí s atypickým autismem méně narušené některé oblasti vývoje než děti s dětským autismem. Náročnost péče s oběma druhy autismu je srovnatelná.

1.4.3 Aspergerův syndrom

Aspergerův syndrom neboli projevy sociální dyslexie, má několik forem. Jelikož je tento syndrom velice různorodý, není proto jednoduché u některých dětí rozlišit, zda se jedná o zmíněnou diagnózu nebo jen o sociální neobratnost, kdy má dítě vyhraněné zájmy nebo výraznější projevy osobnosti. V současné době se stýkáme s názorem, že Aspergerův syndrom je mírnější forma poruch autistického spektra, což je velmi zavádějící. Aspergerův syndrom má stejně jako autismus i své těžší formy, které se sice liší, ale jejich závažnost je stejná. Lidé s Aspergerovým syndromem mají intelekt na úrovni normy, což má vliv na získané vzdělání a samostatnost jedince. Z velkého množství výzkumů, které se týkaly výhledů zapojení se lidí s tímto onemocněním do běžného života vyplynulo, že většina lidí s tímto postižením není schopna žít sama a často zůstávají u rodičů nebo mají problém najít si práci. Jen velmi malé množství je schopno si práci najít nebo také popřípadě založit rodinu. (Tantam in Thorová, 2016)

Není přesně známo, jaké množství dětí se zapojilo do výzkumu, ale domníváme se, že díky dnešní lepší osvětě o poruchách autistického spektra a několika různým zpracováním teorií a metod, se mohou děti s mírnější formou Aspergerova syndromu brzy podchytit a může se tak zkvalitnit a zlepšit jejich budoucí život.

V poměru mezi pohlavími se Aspergerův syndrom vyskytuje častěji u chlapců než u dívek, a to v poměru 8:1. (Krejčířová in Pastieriková, 2013)

Někteří lidé s Aspergerovým syndromem jsou pomocí různých cvičení schopni zvládat školní docházku, žít samostatně, zařadit se do běžné společnosti, chodit do práce. Na druhé straně jsou lidi, kteří nezvládnou dokončit školu ani s přítomností asistenta pedagoga, nejsou

schopni vytvořit smysluplné věty, mají agresivní chování, vykřikují, obtížně se zařazují do kolektivu ostatních lidí, nechápou dodržování některých pravidel a jejich přizpůsobivost i narušení pravidelného režimu je pro ně velkým problémem. (Thorová, 2016)

U dětí s diagnostikovaným Aspergerovým syndromem přibližuje následující Tabulka 2 Diagnostická kritéria dle MKN – 10 (Hrdlička, 2014, str. 51)

| | |
|----|--|
| A. | Nepřítomnost klinicky významného celkového zpoždění mluveného nebo receptivního jazyka nebo kognitivního vývoje. Diagnóza vyžaduje, aby dítě užívalo jednotlivá slova kolem věku dvou let nebo dříve. Schopnost si sám pomoci, adaptační chování a zájem o okolí během prvních tří let by měly být na úrovni normálního rozumového vývoje. Avšak motorické milníky mohou být o něco opožděny a je obvyklá pohybová nemotornost (i když to není nutný diagnostický rys). Běžné jsou ojedinělé speciální dovednosti týkající se často abnormálních zájmů, ale pro diagnózu se nevyžadují. |
| B. | <p>Přítomnost kvalitativního narušení vzájemné sociální interakce (kritéria stejná jako pro autismus). Kvalitativní abnormality v reciproční sociální interakci se projevují nejméně ve dvou ze čtyř následujících oblastí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neschopnost přiměřeně užívat pohledu z očí do očí, výrazu tváře, postoje těla a gest k sociální interakci. • Neschopnost rozvíjet (způsobem přiměřeným mentálnímu věku a navzdory hojným příležitostem) vztahy s vrstevníky, které se týkají vzájemného sdílení zájmů, aktivit a emocí. • Nedostatek sociálně emoční reciprocity, což se projevuje narušenou nebo deviantní reakcí na emoce jiných lidí, nedostatečné přizpůsobování chování sociálnímu kontextu, nebo slabá integrace sociálního, emočního a komunikativního chování. • Chybí spontánní snaha o zábavu, zájmy nebo aktivity s jinými lidmi (např. ukazovat, přinášet předměty zájmu jiným lidem nebo na ně upozorňovat). |
| C. | U jedince se vyskytují neobvykle intenzivní, vymezené zájmy nebo omezené, opakující se a stereotypní vzorce chování, zájmů a aktivit (kritéria stejná jako pro autismus, avšak obvykle se nevyskytuje ani pohybový manýrismus, ani zájem o části předmětů nebo nefunkční části hraček). |
| D. | <p>Poruchu nelze přičíst žádným jiným typům pervazivní vývojové poruchy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Simplexní schizofrenii • Schizotypní poruše • Obsedantně-kompulzivní poruše • Anankastické poruše osobnosti • Reaktivní a desinhibovaném příchylnosti v dětství |

Tabulka 2 Diagnostická kritéria dle MKN – 10 (Hrdlička, 2014, str. 51)

1.4.4 Rettův syndrom

Rettův syndrom je řazen mezi poruchy, které zcela pronikají osobností jedince a mají negativní účinek na psychické, motorické i somatické funkce. (Thorová, 2006)

Toto postižení postihuje pouze ženy a vyskytuje se zhruba u 6-7/100000 dívek. Rettův syndrom má progresivní charakter a jeho dlouhodobé vyhlídky jsou horší než u dětského autismu. Časem se u těchto dívek vyskytuje také skolióza. (Hrdlička, 2014)

Vývoj Rettova syndromu se člení do čtyř stádií (Wiener in Hrdlička, 2014):

1. Stádium časně stagnace (6. měsíc – 1,5 roku).
2. Rychlá vývojová regrese (objevuje se mezi prvním a druhým rokem a trvá 13–19 měsíců).
3. Pseudostacionární stadium se objevuje ve 3–4 letech, ale může být opožděno a persistovat mnoho let až desetiletí).
4. Stadium pozdní motorické degenerace se často objevuje ve školním věku nebo v časně adolescenci.

Ve výsledku se téměř u každého jedince objevuje těžké mentální postižení. V posledním čtvrtém stádiu onemocnění jsou často pacientky upoutávány na kolečkové křeslo nebo v lepším případě je závěrem onemocnění pouze lehčí invalidita. (Wiener in Hrdlička, 2014)

Říhová (2011) ve své publikaci uvádí, že příčina Rettova syndromu je na rozdíl od poruch autistického spektra známá. Je to syndrom, který je zapříčiněn genetikou, kdy první příznaky onemocnění se vyskytují v období mezi 7. – 24. měsícem života dítěte. Mezi nejčastější deficity řadíme například krouživé pohyby ruky, nedostačující žvýkání jídla nebo také olizování rukou. Veškeré svalstvo na těle je zesláblé, nemotorné pohyby a u dívek postižené tímto syndromem se také vyskytují často epileptické záchvaty.

U dětí s diagnostikovaným Rettovým syndromem přibližuje následující Tabulka 3 Diagnostická kritéria MKN – 10 pro Rettův syndrom (MKN – 10 in Říhová, 2011, str. 52)

| | |
|----|--|
| A. | Prenatální a perinatální období je zdánlivě normální a zdánlivě normální je i psychomotorický vývoj během prvních 5 měsíců a obvod hlavy při narození je rovněž normální. |
| B. | Dochází ke zpomalení růstu hlavy mezi 5. měsícem a 4 lety a ke ztrátě získaných funkčních manuálních dovedností mezi 5. -30. měsícem, což je zároveň spojeno s komunikační disfunkcí, zhoršenou sociální interakcí a chabě koordinovanou (nestabilní) chůzí a/nebo pohyby trupu. |

| | |
|----|---|
| C. | Je těžce postižena expresivní a receptivní řeč a dochází k těžké psychomotorické retardaci. |
| D. | Dochází ke stereotypním pohybům rukou kolem střední osy (jako je např. kroutivé svírání rukou nebo „mycích“ pohybů rukou) v době, kdy se objevila ztráta účelových pohybů rukou nebo později. |

Tabulka 3 Diagnostická kritéria MKN – 10 pro Rettův syndrom (MKN – 10 in Říhová, 2011, str. 52)

1.4.5 Jiná dezintegrační porucha v dětství

Dětská dezintegrační porucha se projevuje po 2. roce života, do tohoto období se neobjevují žádné odchylky ve vývoji dítěte. Dosud není známa příčina jejího vzniku a je ojedinělá v poměru 6/100000. Vzhledem k tomu, že počet diagnostikovaných dětí je velmi nízký, nevěnovalo se výskytu tolik úsilí jako například dětskému autismu. Jedním z prvních, kdo tuto poruchu pojmenoval byl Theodor Heller v roce 1908. Popsal případ skupiny dětí, u kterých došlo v období mezi 3-4 rokem života k výraznému zhoršení a projevila se u nich těžká mentální retardace, i přesto, že se do tohoto období vyvíjeli zcela optimálně. V minulosti se tato porucha nazývala také jako infantilní demence, Hellerův syndrom nebo dezintegrační psychóza. Projevy této poruchy je spánkový deficit, agresivita, podrážděnost, hyperaktivita, emoční labilita, potíže s chůzí a nadměrné vnímání sluchových vjemů. (Thorová, 2006)

Mezi první projevy této nemoci patří ztráta již dříve nabitých dovedností, viditelné to je převážně v komunikaci. Později se přidávají již zmíněné projevy jako je agrese či emoční labilita. (Hrdlička, 2014)

Regrese poruchy může být náhlá nebo velmi pozvolná a může trvat až několik let. Po tomto období může, ale i nemusí, dojít ke zlepšení, ale nikdy se již nevrátí do běžných norem. Ztráta, která v tomto období nastane se nazývá autistický regres, a to z toho důvodu, že právě v tomto úseku často nastupuje chování typické pro autismus. Rozdíl mezi dětským autismem a dětskou dezintegrační poruchou je v době nástupu jednotlivých příznaků. (Thorová, 2016)

U dětí s diagnostikovanou Jinou dezintegrační poruchou v dětství přibližuje následující Tabulka 3 Diagnostická kritéria MKN – 10 pro Rettův syndrom (MKN – 10 in Říhová, 2011, str. 52) Tabulka 4 Diagnostická kritéria MKN – 10 pro Jinou dezintegrační poruchu v dětství (Hrdlička, 2014, str. 54).

| | |
|----|--|
| A. | Vývoj je zdánlivě normální nejméně do věku dvou let. Pro diagnózu se vyžaduje, aby nejméně do dvou let existovala normální, věku přiměřená schopnost komunikace, sociálních vztahů, hry a adaptační chování. |
|----|--|

| | |
|----|--|
| | |
| B. | <p>Přibližně v době začátku poruchy dochází k definitivní ztrátě dříve získaných dovedností. Diagnóza vyžaduje klinicky významnou ztrátu dovedností (nejen neschopnost užívat je v určitých situacích) alespoň ve dvou z následujících oblastí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresivní nebo receptivní řeč • Hra • Sociální dovednosti nebo adaptační chování • Kontrola mikce a defekace • Motorické dovednosti |
| C. | <p>Kvalitativně abnormální sociální fungování je zřejmé nejméně ve dvou z následujících oblastí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativní abnormality v reciproční sociální interakci (typu definovaného u autismu) • Kvalitativní abnormality v komunikaci (typu definovaného u autismu) • Omezené, opakující se a stereotypní vzorce chování, zájmů a aktivit, včetně motorických stereotypů a manýrování • Celková ztráta zájmu o předměty a okolí |
| D. | <p>Poruchu nelze přičíst jiným typům PDD, získané afázii s epilepsií, elektivnímu mutismu, Rettově syndromu nebo schizofrenii.</p> |

Tabulka 4 Diagnostická kritéria MKN – 10 pro Jinou dezintegrační poruchu v dětství (Hrdlička, 2014, str. 54)

2 Problémové oblasti PAS

Každý člověk, který má diagnostikovaný autismus je ojedinělý a neexistuje žádný typický člověk s PAS. (Říhová, 2011)

2.1 Specifické symptomy

I přes početnou různorodost projevů lidí s autismem, je základ narušení již ve výše zmiňované triádě problémů, do které řadíme obtíže v komunikačních dovednostech, v sociální interakci a imaginaci. (Říhová, 2011)

2.1.1 Sociální interakce a sociální chování

Prvky sociálního chování můžeme pozorovat již od samotného narození dítěte. Každý pohled, broukání nebo úsměv, to vše je součástí sociální interakce. Porucha sociální interakce je u různých dětí s PAS velmi odlišná, není dána přesně hloubka tohoto omezení, někteří mohou dosáhnout intelektuálního vývoje v této oblasti až na úroveň šestiletého dítěte, jiní ba naopak třeba jen na úroveň tříletého. Z určitosti víme, že sociální intelekt bývá u dětí s autismem velmi omezený. Děti s PAS mají velké množství sociálního chování, které má dvě protichůdné strany. První strana se nazývá osamělá, kdy dítě účelově vyhledává místo, kde se může schovat, ukrýt před okolním světem, odmítá jakýkoliv dotek s jinou osobou, cíleně je zaměřen na nějaký předmět, nechce slyšet, zakrývá si oči nebo uši. Naprosto opačná strana je, když má dítě až přehnané sociální aktivity. Znamená to, že navazuje kontakt s jakoukoliv cizí osobou, která je v okolí, chová se k ní až příliš přátelsky, neuvědomují si žádnou sociální normu. (Thorová, 2006)

Podle Perchty (2016) mají děti s PAS problémy zapadnout do kolektivu vrstevníků, tento handicap se u nich projevuje již v mateřské školce, kdy se odmítají připojit ke kolektivním aktivitám. Pravidla společenského chování jsou pro ně velmi náročné na pochopení. Další pro ně velmi obtížná oblast je neverbální komunikace, pochopení ironie a humoru, kdy si věci berou příliš doslovně, nebo například navázání přátelských vztahů. U těchto dětí je velmi důležité rozpoznat jejich mentální úroveň a na této úrovni s nimi komunikovat.

Thorová (2016) dělí děti s autismem podle typu sociální interakce v kolektivu do 4 skupin:

| | |
|-------------|--|
| Typ osamělý | Dítě preferuje hru především o samotě, nejeví zájem o kolektivní hry a seznámení se s vrstevníky. Pokud se někdo chce přidat k jeho činnosti, ve většině případů dojde ke konfliktu. |
|-------------|--|

| | |
|------------------------|---|
| Typ pasivní | Dítě se vyznačuje velmi vážným a klidným chováním, jeví jen minimální zájem o okolí, ve většině případů není iniciátorem navazování vztahů s ostatními lidmi. |
| Typ aktivní – zvláštní | Dítě projevuje zájem o vrstevníky, ale kontaktování je velmi nepřiměřené, obvykle agresivní formou, jako je například sebrání hračky a ublížení vrstevníkovi. Na druhou stranu se při fyzické agresi na jeho osobu nebrání. Velký problém má při kolektivní práci, kdy nechápe princip půjčování si věcí nebo také čekání na nějakou věc. |
| Typ smíšený – zvláštní | Dítě si většinou udržuje kontakt buď s dospělými nebo mladšími dětmi, vrstevníky nevyhledává. Málo kdy se zapojí do společných aktivit nebo vyhledává děti, dokáže si s nimi hrát jen chvíli, ale poté se stáhne zase do ústraní. |

Tabulka 5 Členění dětí s autismem dle Thorové

2.1.2 Komunikace

U dětí s autismem jsou ve velké míře problémy s komunikací, řeč bývá opožděná, v některých případech se řeč ani nerozvine a je schopno se domlouvat jen pomocí zvuků. Řeč se vyznačuje velkou šroubovitostí, formálností a mechanickou formou. Velmi často napodobují řeč dospělých, kdy mají naprosto shodné pořadí slov a intonaci. Vykřikují nesouvislé věty a jen zřídka jejich řeč odpovídá souvislosti dané situace. (Perchta, 2016)

Dle Říhové (2011) mezi nejčastější problémy ve verbální komunikaci patří, že se jedinec vyjadřuje jen zřídka a jednoslovně, neumí správně uchopit význam slov ano a ne, má zvláštní styl kladení otázek, který je v nesouladu s jeho věkem, otázky se stále opakují, často si mluví sám pro sebe, má přehnané projevy smíchu bez nějakého podnětu, který by smích vyvolal. Zná spoustu slov, ale neumí je použít a přiřadit je k dané situaci. Je velmi citlivý na zvukové vjemy a může na ně reagovat agresivním chováním jak vůči sobě, tak k okolí. Nejčastěji se o sobě vyjadřuje ve 3. osobě, 1. osobu zcela nepoužívá. Velkou neznámou je pro ně spojit si význam jednoho slova s více věcmi, ironií a metaforou.

V neverbální komunikaci se setkáváme nejčastěji s potíží navazování očního kontaktu, neumí pochopit mimiku a různá gesta doprovázená v komunikaci, nerespektují osobní zóny, nejsou schopni reagovat v komunikaci na jakoukoli změnu výšky hlasu, melodii a podobně. (Říhová, 2011)

Šporclová (2018) ve své publikaci uvádí shrnutí problému v komunikaci následovně:

| | |
|---|---|
| Zrakový kontakt | Zrakový kontakt buď není žádný nebo naopak velmi intenzivní. |
| Gesta | Ve většině případu gesta nepoužívá a když jo jsou velmi přehnané, nepřiměřené a nežádoucí. |
| Mimika | Mimikou naznačují pouze základní pocity, mezi něž řadíme radost, smutek neb vztek, Většinou má ztuhlý výraz v obličeji a obsah sdílení dítěte nekoresponduje s mimikou v obličeji. |
| Postoj těla | Nedodržuje komunikační zóny, může se stát, že se při konverzaci otočí k druhému zády, většinou má strohý postoj těla. |
| Opožděný vývoj řeči nebo zcela chybějící řeč | U dětí s PAS dochází ke ztrátě již nabitých dovedností v komunikaci. |
| Neschopnost udržet komunikaci s druhými a recipročně reagovat | Dítě nemá zájem používat jiné formy komunikace než slovní, není schopno říct si o pomoc druhých a projevit své potřeby a touhy. Komunikuje pouze o faktických věcech, dám hovor nikdy nezačne, používá jen jednoduché odpovědi. |
| Jednotvárné používání jazyka | Při komunikaci využívá naučené věty na základě odposlechu od ostatních, využívá zastaralé a puntičkářské vyjadřování. Vytváří si svůj slovník. |

Tabulka 6 Problémy v komunikaci podle Šporclové

2.1.3 Představivost, hra

Poslední problémová oblast u dětí s poruchou autistického spektra je představivost. Úzce související se špatným vývojem představivosti je narušená schopnost nápodoby, která ovlivňuje schopnost plánování a nerozvíjí se u dítěte hra, z těchto důvodů vyplývají problémy v naučení se nových věcí a tím zaostává celý vývoj. Proto je nápodoba velmi důležitým faktorem rozvoje představivosti. Špatným vývojem představivosti, má dítě opakující se neměnné zájmy a činnosti a postupně se začíná odlišovat od svých vrstevníků. Schopnosti jako jsou kvalita hry, její různorodost a emoční reakce dítěte mají vliv na celkovou adaptabilitu dítěte. Ve hře se sledují především opakující se aktivity vykonané v určitém čase, neměnné vzorce chování a aktivit. U osob s PAS bývá časté nadměrné soustředění na dané téma spojené s ulpíváním a fixací. Určitá část dětí si hraje velmi jednoduchým způsobem s předměty jako je posouvání, házení nebo třeba houpání. Děti s tímto postižením spíše upřednostňují již dříve osvojené hračky než nové. Jiná skupina dětí využívá při hře navíc i sluchové vjemy, zajímají se o čísla či písmena, dokáže sestavit puzzle, často ji zaujme předmět a jeho pohyb, má ráda houpání. Jedny z dalších projevů

reakcí dětí, které můžeme pozorovat jsou prvky autostimulace, kdy si jedinec například oštipuje ruce, bouchá se do hlavy nebo hrudníku a podobně. (Thorová, 2016)

Perchta (2016) ve své publikaci řadí mezi velký zájem dětí s autismem například jízdni řád, různé značky, dopravní prostředky nebo také i telefonní seznamy, popřípadě samotné technické přístroje.

2.2 Nespecifické symptomy poruchy autistického spektra

Do kategorie variabilních nespecifických rysů PAS, řadíme problémové oblasti, které se netýkají diagnostické triády, ale i přesto jsou pro děti s touto poruchou velmi obtížné. Některé symptomy jsou tak časté, že je můžeme spatřit až u dvou třetin dětí s diagnostikovaným autismem. Mezi tyto nespecifické rysy poruchy řadíme: smyslové vnímání, emoce, adaptabilitu nebo problémy v chování. (Thorová 2006)

Dle Říhové (2011) mezi nespecifické symptomy patří poruchy spánku, příjmu potravy, kdy děti s autismem mají velmi omezený jídelníček, různé poruchy chování a úzkostné stavy. Obzvláště specifickou skupinou je pro ni právě percepční vnímání, která je ve smyslu nadměrné citlivosti nebo naopak přehnaného nezájmu. Týká se to všech oblastí zmíněného problému, do které řadíme zrak, sluch, čich, hmat a chuť. Následkem této absence reagují jedinci na podněty v daných oblastech přehnaně například sebepoškozováním, agresí nebo různými výkřiky.

Vocilka (in Říhová, 2011) charakterizuje chování jedince s PAS následovně:

- Obtížné navazování kontaktu s jinými lidmi, preferuje samotu
- Lhostejnost k projevům ostatních lidí
- Nespolupráce při výuce
- Neuvědomění si skutečného nebezpečí
- Špatná adaptace na jakoukoliv změnu a její odmítání
- Problémy ve verbální i neverbální komunikaci
- Vyhýbání se jakémukoliv tělesnému kontaktu
- Přehnané reakce jako je smích, záchvat vzteku
- Vyjádření se výrazným přívalem energie a podivnými pohyby
- Záliba ve nezvyklých předmětech – prostředky dopravy, kanály, písmena
- Obliba v točení a rytmických pohybech
- Vyhýbání se očnímu kontaktu
- Chybí fantazie a improvizace ve hře
- Preferují jednotvárnost a stále stejné předměty

3 Adaptační mechanismy

3.1 Pojem adaptace

Termín adaptace je velice rozmanitý a je jeden z nejdůležitějších. Adaptace je schopnost jakéhokoliv živého organismu modifikovat se do prostředí, ve kterém se nachází tak, aby byli schopni přežít. To znamená přizpůsobit se díky různým systémům a podsystémům prvků tak, aby dostatečně a včas reagovali na různé změny, nároky a dosáhli tak relativně ustáleného stavu vnitřní rovnováhy neboli homeostázy. (Cannon in Paulík, 2017)

Dosažení homeostázy nám zajišťují biologické a psychologické funkce a velkou mírou se podílí i již získané zkušenosti systémů. Díky těmto funkcím a mechanismům dochází k potřebným reakcím tělesných funkcí jako například teploty, krevnímu tlaku a tak dále. Tady tuto rovnováhu všech funkcí, systémů a mechanismů můžou ve velké míře negativně ovlivnit rizikové faktory jako je například prodělaný úraz nebo vážná nemoc, tato neočekávaná nerovnováha je nazývána stresová situace. (Paulík, 2017)

Druhá úroveň je psychologická, která je ovšem trochu náročnější. Jedním z hlavních faktorů, který se přidává k této úrovni je osobního, vnitřního hodnocení dané situace, souběžně s malou nebo velkou citovou odezvou. Optimální stav organismu bez jakýkoliv náhlých vnitřních zvratů se pomocí tělesných pocitů promítá do aktuálního psychosomatického stavu. (Paulík, 2012)

Pro vznik psychické adaptace je důležitá realizace psychické regulace, která napomáhá k lepší modifikaci prostředí. Pro psychickou rovnováhu je podstatný vnitřní prožitek pohody osobnosti. Vliv genetických a enviromentálních činitelů u člověka způsobuje adaptační změny, které jsou nutné pro jeho život a rozvoj. (Paulík, 2017)

3.2 Adaptační systémy

Jeden z důležitých pojmu je psychická regulace, které má tři základní roviny:

- Instinktivní (pudové)
- Zvykové (naučené)
- Volní (úmyslné)

Pudová regulace se odehrává na základě vrozených reakcí automaticky aniž by o tom člověk přemýšlel. O reakcích většinou přemýšlíme až poté, co se odehrají. Zvyková rovina je realizována vžitým a osvojeným chováním. V této rovině se projevují automatismy. Na zabezpečení psychické regulace participují všechny základní soustavy lidského organismu. (Paulík, 2017)

| | |
|-----------------------------|--|
| Kosterně – svalová soustava | <p>Zajišťuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opora a pohyb těla • Ochrana vnitřních orgánů • Vzhled člověka • Fyzická zdatnost a výkonnost • Mimika obličeje |
| Dýchací a trávicí soustava | <p>Zabezpečují:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Životně důležité funkce organismu • Vnitřní rovnováha organismu (vylučovací soustava) |
| Oběhová soustava | <ul style="list-style-type: none"> • Tvoří ji srdce, krevní a mízní cévy, krev, míza <p>Zajišťuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Přívod potřebných látek do tkání • Odvádění koncových buněčných metabolitů z těla • Hormonální regulaci • Imunitní funkci |
| Hormonální soustava | <p>Zajišťuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Řízení a integraci funkcí organismu • Tvoří ji endokrinní žlázy • Systém realizují biochemicky účinkující hormony |
| Nervová soustava | <p>Hlavní 2 dělení:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centrálně nervový systém <ul style="list-style-type: none"> ➤ Integrace nervové a hormonální funkce v celém těle ➤ Hierarchická strukturovanost ➤ Sběr a zpracování všech informací z nitra organismu nebo z okolí pomocí receptorů ➤ Vyhodnocení přijatých podnětů – efekторы • Periferní nervový systém <ul style="list-style-type: none"> ➤ Zajišťuje spojení svazků nervových vláken CNS s ostatními orgány těla |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Je tvořen hlavovými, míšními, vegetativními nervy, senzitivními nervovými uzlinami ➤ Dělení podle druhu nervu: somatický, vegetativní a smíšený |
|--|--|

Tabulka 7 Soustavy lidského organismu podílející se na psychické regulaci

3.3 Zátěžové situace

V této části se budeme zabývat stavy, které vyžadují vyšší nároky na adaptaci osoby s poruchou autistického spektra a jeho vyššího úsilí, kdy se na jeho konci nemusí dostavit úspěch.

Stres, zátěž

Zátěž je označení pro optimální nároky, které nepřesahují aktuální nebo normální adaptační kapacitu. Pokud se tento poměr změní, ať už aktuálně nebo dlouhodobě a požadavky budou přesahovat běžnou adaptační kapacitu nebo ji využívat nedostatečně, poté se tento typ označuje jako stres. Podněty a požadavky, které stres vyvolávají nazýváme stresory. Stres obvykle vyvolávají situace, které jsou obtížné, ohrožující, iniciují důležitou změnu v hormonální, oběhové a imunitní soustavě. Existují dva faktory, při nichž může docházet ke stresu. Prvním faktorem jsou podněty, které jsou velmi až radikálně silné, nepříjemné a překračují snesitelnost nahromaděním řady dalších nepříjemností nebo délkou svého účinku. Druhým faktorem jsou naopak požadavky v delším úseku minimální nebo skoro neměnné. Když není člověk stimulován a nevyužívá svou kapacitu, tak se může dostavit pocit omrzelosti a prázdnoty. (Paulík, 2017)

Bernard (in Paulík, 2017) definuje dva druhy stresu. Stres nechtěný, nebezpečný vyvolávající nelibé pocity označujeme jako distres. Naopak stres, který v nás vzbuzuje příjemný pocit a stimuluje nás nazýváme eustres.

Stresory rozdělujeme na reálné a potencionální. Stresory reálné jsou aktuálně nebezpečné a nepříjemně působící faktory na člověka, potencionální můžeme popsat jako stavové aspekty, pokud přesáhnou určitou intenzitu, délku trvání nebo se nahromadí více aspektů najednou.

Členění psychické zátěže podle oblasti (Hladký in Paulík, 2017):

| | |
|------------|--|
| Senzorická | Impulsy různé smyslové intenzity kladou nároky na okrajové smyslové orgány a jim odpovídající struktury. |
|------------|--|

| | |
|-------------|--|
| Emocionální | Potřeby vyvolávající citovou odezvu vztahující se k nepřiměřené emotivní zátěži. |
| Mentální | Nároky kladené především na zátěž pozornosti, paměti, myšlení, rozhodování a představitosti. |

Tabulka 8 Členění psychické zátěže podle oblasti

Problém

Problém patří mezi jeden z typů zátěžových situací. Problém je charakteristický tím, že existují vážné příčiny k jeho řešení, popřípadě k požádání pomoci u ostatních, z důvodu, že je pro člověka nelibý, nebezpečný a znepokojující. Jedinec musí vyvinout nadměrné úsilí k jeho vyřešení. Nestačí mu možnosti, kterými osoba aktuálně disponuje k jeho zvládnutí. Pokud se nepodaří problém vyřešit, může to mít pro jedince soustavu nepříznivých důsledků. (Paulík, 2017)

Frustrace

Frustrace je psychické rozpoložení, pokud se nepodaří dosáhnout aktuální potřeby s vědomím, že to nebude možné vyřešit ani v nejbližší době. Stupeň frustrace závisí od naléhavosti uspokojit danou potřebu nebo cíl.

Jsou dva typy frustrace, které souvisí s jejich původem. První je exogenní a druhá endogenní frustrace. Exogenní neboli vnější je zapříčiněna bariérou vnějšího charakteru, která může u jedince zapříčinit blok psychické nebo fyzické povahy. Endogenní frustrace ta je naopak způsobena vnitřní překážkou, která může být zapříčiněna mravními důvody nebo obavami jenž nám zabrání reagovat na danou situaci. Tento typ frustrace si často můžeme a nemusíme způsobit i sami. Na frustraci reagujeme nejčastěji agresí, která se dělí na aktivní a pasivní. Možné projevy pasivní reakce jsou deprese, rezignace, odevzdanost, nečinnost, ignorace. Aktivní reakce na frustraci nepodněcuje pouze agresivní chování, ale může znamenat i zvýšené úsilí k překonání bariér a dosažení cíle. S frustrací úzce souvisí pojem deprivace, který se užívá v případě nedosažení potřeby cíle v dlouhodobém horizontu. Procesy, který se pojí s frustrací jsou hněv, což je negativní citové rozpoložení vyvolané vlivem rušivých, nepříjemných elementů, které zasahují do jeho života a dotýkají se jeho hodnot, a nepřátelství, nejedná se vždy o agresivní chování, jedinec preferuje samotu ostatním nepřeje nic dobrého, je vůči nim až přehnaně kritický. (Paulík, 2017)

Konflikty

Konflikt je destabilizujícím prvkem v systému, jedná se o srážku dvou zcela rozdílných sil, které mají naprosto rozporuplné zájmy, cíle a názory. V životě konflikt vnímáme jako velmi nepříjemnou situaci, které se snažíme vědomě vyhnout nebo předcházet. Mohou mít však i kladný charakter v živých systémech, kde bez porušení původních poměrů a bez iniciování změn by nedošlo k vývoji. Obecně rozlišujeme dva druhy konfliktu, konflikt intrapersonální a interpersonální. Intrapersonální konflikty se týkají pouze samotné jedné osoby a odehrávají se v jejím duchu, kdežto interpersonální konflikt musí mít minimálně dva nebo více zúčastněných, jsou způsobeny vnějšími nepříjemnými vlivy, které zasahují i do oblasti vnitřních konfliktů. Podle počtu aktérů jsou konflikty buď to dvou osob, osoby a skupiny, dvěma skupinami nebo konflikty uvnitř jedné skupiny. (Paulík, 2017)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Design výzkumu

V této další kapitole se budeme zabývat postupem výzkumu, který směřoval ke splnění již stanoveného cíle. Hlavním cílem bakalářské práce je poukázat na jedinečnosti a odlišnosti každého dítěte s poruchou autistického spektra, které stejně tak jako intaktní jedinec potřebuje naši lásku, pomoc, přijetí a péči i přes své odlišnosti, aby se mohlo dále co nejvíce začlenit do většinové společnosti. Kromě seznámení se s charakteristikou výzkumného vzorku se v této kapitole seznámíme s přístupy a metodami, které byly využity v této bakalářské práci.

Výše zmíněný cíl této bakalářské práce byl zvolen hlavně z důvodu větší osvěty široké veřejnosti. Zdá se, že problematice adaptace a integrace dětí s postižením do intaktní společnosti je věnováno málo pozornosti. Většina rodičů dětí s takovým postižením, se bojí jedince seznamovat s běžným chodem života a jeho návštěvnost konkrétních míst z důvodů afektu dítěte, a proto ho radši takovým věcem vůbec nevystavují. I když dle mého názoru se s tím budou muset dřív nebo později seznámit.

Mezi mnou vybrané zátěžové situace popisované v praktické části spadá návštěva lékaře, obchodu, dětského hřiště, školy nebo školky a také návštěva osoby v domácnosti jedince s poruchou. Těchto pět situací vyvolávající stres jsem zvolila především z důvodu, že dle mého jsou nejčastěji ve styku s jedincem s postižením a také jsou nejčastějšími stresovými situacemi i u běžné intaktní společnosti. Z toho důvodu mě zajímala adaptace na tyto prostředí u dětí s PAS.

4.1 Kvalitativní výzkum a metoda výzkumného zkoumání

Z důvodu výše zmíněného cíle byl zvolen pro tuto bakalářskou práci kvalitativní výzkum, kdy jsem informace získala pomocí hloubkového rozhovoru s matkami dětí s poruchou autistického spektra.

Kvalitativní výzkum nemá žádné dané hranice ani přesné návody. Je to otevřený výzkum, kde se nechávají neomezené možnosti k prozkoumání dané problematiky. Otázky se mohou rozvíjet a směřovat různými směry podle zjištěného sběru dat a analyzované oblasti. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu u něj neexistují žádné výstupy ve formě čísel, dat a statistik. Kvalitativní výzkum je realizován v přirozeném prostředí, vyžaduje větší časovou náročnost z důvodu, že se na rozdíl od kvantitativního výzkumu provádí více do hloubky a existuje široká škála směrů jeho zkoumání. (Hendl, 2016)

Jedna z nejpoužívanějších metod pro získání informací pomocí kvalitativního výzkumu je technika polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor se realizuje na základě připravených stěžejních otázek, které nám dopomohou k analýze výzkumného cíle. (Miovský, 2006)

Osnova těchto předem připravených otázek se dá rozvíjet a pořadí různě zaměřovat na základě aktuálně získaných informací. Tím nám tento rozhovor dává prostor flexibilně reagovat na potřeby dotazovaných, kdy akceptujeme individualitu každého účastníka výzkumu a dochází tak přirozenou cestou k navázání kontaktu. (Reichel, 2009)

Kromě polostrukturovaného rozhovoru se v práci využívá i metoda prostého výčtu a případová studie. Metodu prostého výčtu definuje Miovský (2006) ve své publikaci jako techniku na rozhraní kvalitativního a kvantitativního přístupu, kdy touto metodou vyjadřujeme povahu daného jevu. Zkoumáme například jeho četnost či poměr v porovnání výskytu k jinému jevu.

V případové studii se zabýváme prozkoumáním jednoho případu nebo malým množstvím případů. Jedná se hlavně o hloubkové prostudování případu, jeho vzniku, příčin a nashromáždění co nejvíce informací tak, aby byl pohled na něj co nejkomplexnější. (Hendl, 2016)

Prvně jsem si zpracovala okruh otázek pro matky dětí s autismem, na které bych chtěla získat odpovědi tak, abych naplnila cíl této bakalářské práce. Otázky zněly následovně:

1) V kolika letech byl dítěti diagnostikovaný autismus?

Zde mě zajímalo v kolika letech se u dítěte začaly projevovat první výrazné prvky autismu a také pohled lékařů, zda první známky objevili rodiče nebo lékař a jak na to reagoval. Uklidňoval rodinu, že je to zcela normální vývoj? Popřípadě doporučil další odbornější vyšetření? Také mě zajímalo, jak dlouho bylo dítě vystaveno stresu a nejistotě, než se mu poskytla péče a správný přístup, který potřebovalo. Jaká byla osvěta u lékařů vzhledem k tomuto onemocnění.

2) Jaký typ autismu má diagnostikovaný?

Zajímalo mě z důvodu naplnění diagnostických kritérií dle MKN – 10 a chování dítěte vzhledem k diagnostikované poruše.

3) Kolik let je mu dnes?

Jak dlouhá doba uplynula od prvotních obtíží? Jak se dítě rozvinulo a změnilo v jednotlivých částech adaptace na různé druhy prostředí? Změnilo se nějak nebo jsou prostředí, kde se chová stále stejně beze změn?

4) Jak probíhalo těhotenství? Má toto postižení už někdo v rodině?

Byly nějaké komplikace během prenatálního období, popřípadě perinatálního, kde by komplikace mohly zapříčinit vznik poruch autistického spektra? Objevil se autismus u členů širší rodiny?

5) Jaké mělo dítě odchylky ve vývoji, že jste navštívili odborníka?

Zajímalo mě, jaké zvláštnosti v chování dítěte, přiměly jít rodiče k lékaři. Kdy nastal ten zlomový okamžik ve vývoji dítěte? Jakým impulsem bylo pro ně uvědomění si nesprávného vývoje jedince?

6) Jak dítě reaguje na změnu prostředí u lékaře? Srovnání, jak tomu bylo dříve a jak probíhá návštěva dnes?

Jak probíhá příprava dítěte na návštěvu lékaře, aby vůbec bylo schopno návštěvu akceptovat? Jak dlouho trvá tato příprava? Musí se dítě objednávat na konkrétní čas nebo dokáže pochopit situaci, že se chvíli čeká v čekárně? Reakce na samotného lékaře, spolupracuje, není možné s ním vůbec manipulovat? Jak reagují na dítě s tímto postižením ostatní pracovníci kromě lékaře.

7) Jak dítě reaguje na děti na dětském hřišti?

Straní se? Utíká? Vyhledává kontakt s ostatními dětmi? Jak dlouho trvá proces adaptace na tomto místě? Jakým způsobem se dítě snaží s ostatními dětmi dorozumět? Jak reaguje dítě na cizí dospělé osoby na hřišti?

8) Jak dítě reaguje, když k Vám domů přijde návštěva?

Vyhazuje ji? Vítá ji? Ignoruje ji? Respektuje ji, i když se mu to nelíbí?

9) Jak se dítě projevuje v obchodě?

V této otázce jsem se snažila hlavně zjistit, jak dítě reaguje v obchodně at' už v potravinách nebo s oblečením, kde je větší množství neznámých lidí v neznámém prostředí. Jak předcházet afektivým situacím u dítěte? Jak ho uklidnit, čím se dítě motivuje?

10) Jak se dítě chová ve školce nebo škole?

Jak se dítě chová ve známém prostředí, kde je hodně dětí? Jak reaguje dítě při příchodu do školky či při odchodu? Hraje i s ostatními dětmi? Respektuje a spolupracuje s učitelkami? Dokáže vydržet v klidu při činnosti?

4.2 Popis výzkumného vzorku

Pro realizaci druhé části mé bakalářské práce jsem si zvolila jako výzkumný vzorek rodiče dětí s poruchou autistického spektra, ve většině případů matky. K uskutečnění rozhovoru jsem upřednostnila oslovit rodiče prostředím emailu. Tuto variantu jsem zvolila z důvodu, že se mi tato forma zdála pro pracující rodiče nejvhodnější pro svojí časovou flexibilitu k vyplnění otázek a zaslání zpět. Celkem jsem prováděla analýzu u čtyř rodin. Všechny rodiny jsem po analýze zasláných informací ještě kontaktovala telefonicky, pro doplnění otázek a získání širšího náhledu na zkoumanou problematiku jejich dětí.

Mezi dvě hlavní podmínky k účasti ve výzkumu jsem si určila věk dítěte v rozmezí pěti až deseti lety a mít diagnostikovanou jednu z poruch autistického spektra – dětský autismus, atypický autismus nebo Aspergerův syndrom. Celkem se mi podařilo oslovit 6 rodin s dítětem s tímto postižením, ale pouze čtyři z nich mi dokázaly podat veškeré potřebné informace k mému výzkumu. Pro zbývající dvě rodiny bylo téma velmi citlivé a nepříjemné, proto se nechtěly výzkumu zúčastnit.

5 Metodologie výzkumu

Hlavním cílem bakalářské práce je alespoň částečně přiblížit vystupování a uvažování jedince s PAS v procesu adaptace a poukázat na individualitu každého z nich.

Výzkumné otázky

Dílčí cíle:

DC₁: Vliv včasné diagnózy na chování dítěte.

DC₂: Chování dítěte v zátěžových situacích a jeho projevy osobnosti.

DC₃: Klíčová role rodičů při zvládnání stresu.

Výzkumný cíl:

Analyzovat adaptační mechanismy u dětí s PAS ve vybraných zátěžových situacích s ohledem na jejich individualitu.

6 Analýza výsledků výzkumu

6.1 Případové studie dětí

Z důvodu zachování soukromí a anonymity rodin, jsem se rozhodla změnit jména dětských účastníků ve výzkumu.

6.1.1 Adam

Osobní anamnéza:

Pohlaví: chlapec

Věk: 10 let

Bydliště: Olomouc

Adam je narozen z prvního těhotenství, které probíhalo bez jakýkoliv komplikací až do 7. měsíce, kdy matka prodělala toxoplazmózu. Porod i všechno kolem něj poté probíhalo v normě.

Rodinná anamnéza:

Adam má jednoho mladšího sourozence, který má také diagnostikovaný autismu a pochází z kompletní rodiny. Na mladšího sourozence reaguje křikem, nesnese jeho přítomnost. Zacpává si před ním uši, společná procházka také nepřipadá v úvahu. Otec je pracující a zaměstnán. Matka se z důvodu náročnosti péče o syna nemůže plně věnovat zaměstnání. Otec se na péči o syna moc nepodílí, výhradně se o něj stará matka. Matka má sestru, která ji s péčí dost pomáhá a jezdí k ní zpravidla vždy z pátku na sobotu. Širší rodina se také na péči nepodílí, prarodiče vnuka nenavštěvují.

Adamovi diagnostikovali dětský autismus zhruba okolo třech a půl let. Letos v září mu bude devět. Mezi první problémy signalizující špatný vývoj dítěte patřila nerozvinutá řeč a celkově zvláštní projevy v chování. Odborníci ve městě bydliště byli starší generace a o autismu toho moc nevěděli. Dalšími příznaky bylo chození po špičkách, točení se dokola, fascinovaly ho kulaté věci jako například víčka, odrážedla a koloběžky ho zajímaly jen z druhé strany, kde se točí kolečka. Stavěl podivné stavby z kostek a rovnal věci neustále do řad.

Při spatření prvních obtíží navštívili praktického lékaře, hlavně kvůli nerozvinuté a zaostávající řeči. Praktický lékař z důvodu malé osvěty nevěděl přesně o jakou poruchu se jedná. Rodiče uklidňoval, že je všechno v pořádku. Když nastoupil do školky, personál hned

viděl rozdíl mezi běžným vývojem a vývojem Adámka. Proto zavolali psychologa z SPC, který mu provedl vyšetření, jak ve školce, tak i v domácím prostředí.

LÉKAŘ

Když byl Adam menší u lékaře byl dost nevrlý. Hlavně v případě, kdy se jednalo o zubaře nebo praktického lékaře. Matka Adámka se domnívá, že to bylo zapříčiněno tím, že když byl malý, byli s ním na genetickém vyšetření, kde mu prováděli odběr krve. Po této zkušenosti brečel až do té míry, kdy se pozvracel. Ani personál u zubaře nebyl moc přívětivý, neustále matku okřikoval za chování dítěte. Po uplynuté době zjistil, že se mu u odborníků nic neděje, a tak už je to lepší. Zdá se proto, že to bylo zapříčiněno výrazně stresem.

Matka se ho snaží aspoň týden dopředu smířovat s faktem, že ho čeká nějaká kontrola a zdá se, že mu to vyhovuje a pomáhá to.

DĚTSKÉ HŘIŠTĚ

Adámek si ve většině případů dětí nevšímá. Sleduje je, ale do kolektivní hry se s nimi nezapojuje, je to spíše samotář. Od narození bratra má problém jen s ním. V případě, kdy mladší bratr spustil pláč, Adam začal taky křičet jako reakce na bratra. S ostatními dětmi kontakt nenavazuje a ani to nevyhledává.

K dospělým se jednu dobu měl víc. Nedělalo mu problém vzít cizí paní nebo cizího pána za ruku a začít mu ji pusinkovat.

NÁVŠTĚVA

Adam v případě, když dojde návštěva je vesměs zavřený u sebe v pokojíčku. Občas když je zvědavý, přijde dolů, podívá se, někdy i chvíli zůstane, ale poté odchází zase zpět do pokoje. Když ale Adam pravidelně jezdí k matčině sestře na návštěvu, žádné odlišnosti v chování se u něj neprojevují. Chová se stejně jako doma.

OBCHOD

Když byl menší, tak jsem ho do obchodu brávala běžně a nijak se v obchodě neprojevoval. Byl klidný. Chodil s matkou i na zmrzlinu nebo párek v rohlíku, což bral jako formu odměny. Až teď, když je větší ho matka s sebou nebere. Pořád se mu něco nelíbí, neustále křičí a brečí. Všechny jeho projevy nelibosti rád ukazuje hlavně v přítomnosti matky. Nyní užívá i prášky na uklidnění a antidepresiva.

ŠKOLA / ŠKOLKA

Před nástupem do školky začal Adam navštěvovat logopeda, který výrazně ovlivnil rozvoj řeči. Adam ve třech letech nastoupil do běžné MŠ, kde byl následně vyloučen z důvodu potřeby asistenta, kterého škola v té době neměla. Následující měsíc se povedlo asistenta sehnat, a tak byl Adam do školky zpátky přijat. Spolupráce Adama s asistentem byla úplně někde jinde. S předchozím neškoleným personálem pro tyto děti Adam nespolupracoval, dětem se vyhýbat, nejevil ani zájem o jakýkoliv kontakt. Když dostal asistenta, který se mu věnoval potřebným způsobem, začal spolupracovat, plnil různé úkoly. Kolem čtvrtého roku života začal Adam opakovat zvuky zvířátek. Měl odklad školní docházky o jeden rok. U Adama je největší problém ten, že nerozumí významu slov ve větě – její funkčnosti. Pamatuje si slova z běžné denní komunikace, a proto je opakuje. Píše malým, velkým, tiskacím, psacím, dokáže se naučit básničku během chvilky, ale vůbec nedokáže říct o čem je. Teď Adam navštěvuje běžnou základní školu, kde mají speciální třídu s asistentem.

6.1.2 Ondřej

Osobní anamnéza:

Pohlaví: chlapec

Věk: 8 let

Bydliště: Ostrava

Ondřej je narozen z prvního těhotenství, kdy matka trpěla na vysoký tlak. Z toho důvodu se Ondřej narodil již v 7. měsíci těhotenství po slabých plodových ozvách, kdy porod proběhl císařským řezem. Porodní váha Ondřeje byla 1070 gramů. Byl tedy uložen do inkubátoru, kde mu podávali lékaři různé léky jako jsou antiepileptika.

Rodinná anamnéza:

Ondřej je jedináček a žije v kompletní rodině. Oba rodiče jsou pracující, v době pracovní doby rodičů, když není Ondrášek ve školce ho hlídá teta. Oba rodiče se plně podílejí na výchově syna. V širší rodině se toto postižení neobjevuje.

Ondřej měl diagnostikovaný dětský autismus zhruba ve čtyřech letech života. Letos mu bude 8 let a navštěvuje první třídu. Prvních známek postižení si povšimly rodiče. Narušení se projevovalo v celkové PAS triádě. Symbolická hra se u něj začala objevovat až zhruba ve čtyřech letech. Při komunikaci dlouho nepoužíval první osobu a echolalicky opakoval. Rodiče Ondráškoví rodiče si dlouho mysleli, že se jedná o poruchu socializace z důvodu, že neměli

plno přátel s malými dětmi, a tak se Ondrášek nesetkával moc s vrstevníky. Mysleli si, že by se to mohlo nástupem do školky změnit. Ondřej si odjakživa nehrál v kolektivu. Strpí maximálně hru s jedním dítětem, více dětí ignoruje.

Po objevení potíží rodiče s Ondráškem navštívili praktického lékaře, který jim dal doporučení pro pedagogicko-psychologickou poradnu, psychologa a psychiatra.

LÉKAŘ

Ondrášek chodí k odborníkům odjakživa rád čili k nějakému posunu v rámci reakce na odborníka, u něj nedošlo. Bere to jako atrakci či výlet a očekává, že se u paní doktorky podívá na počítač, tiskárnu a váhu. Je to milovník elektroniky a mechanických věcí. Největší problém Ondráškovi dělá čekání ve frontách. Je pak nevrlý, podrážděný, pláče a vykřikuje. Na návštěvu lékaře se snaží rodiče Ondráška připravovat. Ráno před návštěvou mu povypráví, co ho ten den čeká a sdělí mu i očekávané chování.

DĚTSKÉ HRÍŠTĚ

Ondřej bere děti jako nutné zlo, kdokoliv je menší než on, ho spíše obtěžuje, ale pokud mu nezavazí při hře, strpí je. Nikdy si nehraje kolektivně. Pokud má jiné dítě nějakou hračku, o kterou má Ondřej zájem, je schopný ho fyzicky odstrčit. V minulosti také dost křičel na kočárky, nikdo neví proč. Ondřej je citlivý na dětský pláč. Se staršími dětmi a dospělými je okamžitě kamarád, respektuje je a nechá se obecně usměrnit.

NÁVŠTĚVA

Pokud se jedná o návštěvu jednoho dítěte, je obezřetný a relativně v pohodě. Pokud se jedná o návštěvu dvou dětí, je v psychické nepohodě. S dospělými problém nemá.

OBCHOD

S davy nebo větším množstvím lidí Ondřej problém nemá. Jen je ve stresu ze situací, které nejdou podle jeho plánu. Musí například jako první otevřít dveře na fotobuňku. Pokud jimi projde někdo cizí dříve, vzteká se a rodiče musí počkat tak dlouho, než se dveře zavřou a Ondřej je může aktivovat sám. V případě stavu křiku se rodiče snaží odpoutat pozornost například větou „Hele, pojď se podívat co je tady.“ Celkově berou Ondřeje do obchodu jen když je to nutné. Ve frontě bývá Ondrášek velmi nervózní a odbíhá od rodičů.

ŠKOLA / ŠKOLKA

Školu Ondřej miluje a bere ji opět jako atrakci. Chodí do třídy pro děti s poruchami chování, má totiž kromě autismu i ADHD. Má ve třídě osm spolužáků, dvě paní učitelky a asistentku pedagoga. Ondřej ohromně intelektuálně vyrostl. Při příchodu a odchodu má Ondřej taky své rituály, které se musí dodržet. Jako například při vstupu do školy musí stát u dveří a jako jeden z prvních musí do školy vstoupit. Při opouštění školy si musí Ondřej sám odemknout šatnu a sám otevřít vstupní dveře.

6.1.3 Jakub

Osobní anamnéza:

Pohlaví: chlapec

Věk: 8 let

Bydliště: Ostrava

Kuba je narozen z druhé gravidity, které probíhalo bez jakýkoliv komplikací. Narozen v termínu. Porod i všechno kolem něj poté probíhalo v normě.

Rodinná anamnéza:

Jakub má starší sestru a žije v kompletní rodině. Otec je pracující a matka zůstává se synem doma. V širší rodině se toto postižení neobjevuje.

Jakub měl diagnostikovaný dětský autismus v pěti letech života. Letos mu je devět let. Prvních příznaků poruchy si povšimly rodiče. Vnímali to už delší dobu, ale lékař jim tvrdil, že kluci jsou ve vývoji pomalejší. Lékař ani přesně nevěděl, o jakou diagnózu se jedná, a tak je poslal do Opavy na neurologii a psychiatrii. Prvního příznaku, kterého si rodiče všimli bylo nereagování na vlastní jméno a po třetím roce nastala regrese v oblasti komunikace. Měl sklony komunikovat řevem a nenavazoval oční kontakt. Hračky stavěl do řad a velice se fixoval na oblíbenou hračku. Jinak je Kubík hrozně šikovný. Skládá puzzle, lego, navléká korálky a také krásně maluje.

LÉKAŘ

K lékaři se snaží rodiče chodit s Jakubem co nejméně. V případě problému matka do ordinace zavolá a telefonicky zkonzultují léčbu. Když Jakuba čeká preventivní prohlídka, snaží se matka se zdravotné sestrou domluvit přesně na čas. Při vstupu do čekárny se chlapec drží matky a sleduje okolí. Na návštěvu odborníka se ho snaží předem připravit v době alespoň dvou dnů

dopředu. Jediné, co mu v prostředí lékaře vadí je hlasité rádio, popřípadě zaplá televize nebo hluk. Začne se poté držet za hlavu, kopat a postrkovat ostatní.

DĚTSKÉ HŘIŠTĚ

Na dětské hřiště chodíme s Kubou pouze v dopoledních hodinách, kdy je tam malé množství lidí. Děti si nevšímá, straní se jim a kontakt nevyhledává, pokud nejsou hluční. Jakmile se objeví více dětí, musí hřiště opustit. Jediný, s kým si zvládne Kubíček hrát je jeho starší sestra.

NÁVŠTĚVA

Návštěvy si Jakub nevšímá. Celou dobu si hraje v pokojíčku, v případě velkého stresu se schovává pod postel. Teď už se chování zlepšilo, vydrží s námi chvíli sedět, ale poté zase běží zpět do pokoje.

OBCHOD

Do obchodu chodí Jakub pouze výjimečně. Špatně reaguje na hluk a dav lidí. Zacpává si uši a zavírá oči. Z toho důvodu, když jde Jakub s rodiči do obchodu zůstává v autě.

ŠKOLA / ŠKOLKA

Jakub do běžné MŠ nikdy nechodil. Navštěvoval pouze DDC Berušku v rámci předškolní přípravy. Do Berušky chodilo málo dětí, a tak se dalo jeho agresivní chování vůči ostatním dětem lépe uhlídat. Řeč se mu pořádně začala rozvíjet až okolo sedmi let. Z důvodu fyzického napadání dětí se po domluvě s psychologem rodiče domluvili na domácím vzdělávání. Správně má Jakub jezdit s rodiči dvakrát ročně na přezkoušení, ale kvůli covidu posílají jen zprávy, které se škola vyžádá. První třídu podle osnov zvládl, hodnocení za druhý ročník zatím nemá. Učí se s ním podobně jako ve škole, každé dopoledne od pondělí do pátku podle osnovy. Má výbornou fotografickou paměť, krásně maluje i píše. Učit se s ním musí pouze matka.

6.1.4 Martin

Osobní anamnéza:

Pohlaví: chlapec

Věk: 9 let

Bydliště: Bruntál

Martin je narozen z prvního těhotenství v termínu. Porod byl přirozený. Po narození měl potíže s dýcháním, kdy byl převezen na novorozenecké oddělení v Ostravě. Čtrnáct dní musel být v inkubátoru.

Rodinná anamnéza:

Martin je jedináček, rodiče jsou rozvedeni. Žije s matkou a jejím přítelem, kde jsou oba pracující. Biologický otec si ho bere na víkend, co čtrnáct dní. Otec se k němu chová jak k intaktnímu jedinci, což velmi obtížně psychicky zvládá. Martin je velice fixovaný na matku, vztah k vlastnímu otci je nevyhraněný.

Martinovi diagnostikovali atypický autismus v pěti letech. Letos má devět. Prvních známek autismu si povšimla matka. Viděla srovnání chování Martina a jeho vrstevníků, kteří se chovali odlišně. Z počátku moc ani Martin nekomunikovat. Chodil do jeslí, kde ani paní učitelky si rozdíl ve vývoji nevšimly. Problém nastal při nástupu do běžné MŠ, kdy už byly rozdíly patrné. Matka si také všimla projevu výbuchu vzteku a špatné komunikace. V případě objevení potíží navštívili pedagogicko-psychologickou poradnu a speciálně pedagogické centrum. Zároveň navázali kontakt s ranou péčí v Krnově.

LÉKAŘ

Dříve Martin nespolupracoval, křičel, vůbec ho nešlo utišit, schovával se v koutě a stranil se. Preventivní prohlídky se nedaly zvládnout vůbec, nenechal se ani změřit. Teď ho matka na návštěvu lékaře připravuje, mluví o tom doma zhruba okolo dvou až třech dnů. Někdy ale ani příprava nepomůže. Dnes už návštěva odborníků probíhá lépe kromě zubaře. Když byl menší, trhal mu dva zuby a má z toho trauma. Matka se setkala hodně krát i se špatným chováním zdravotního personálu, kdy ji zdravotní sestry za chování syna okřikovali. Vždycky se snažila domluvit s personálem pár dní dopředu a upozorňovala je na chování syna. Paní doktorka slíbila, že si na něj udělá více času a domluví návštěvu v dobu, kdy v ordinaci není tolik lidí. Když do ordinace přišli, návštěva neproběhla podle předem domluvených bodů.

DĚTSKÉ HŘIŠTĚ

Jak v dnešní době, tak ani dnes Martin kontakt s dětmi nevyhledává. Děti za ním občas chodí, ale z důvodu špatné výslovnosti kontakt nenaváže. Ani samotný Martin občas neví, na

co se ho děti ptají a jak jim má odpovědět. Ale například ve škole nemá problém komunikovat se svými spolužáky.

NÁVŠTĚVA

Na návštěvy Martin většinou nereaguje, pokud mu nenarušují jeho vlastní prostor a neruší ho při činnosti.

OBCHOD

Do obchodu už chodí Martin s matkou běžně. Dříve měl hroznou paniku a křičel. Matka zkoušela silné objetí, ale ani to nepomohlo. Vadí mu davy lidí a hluk. Na bazéně měl také velký problém s rozdílem teploty v přechodu mezi bazénem a sprchami, kde to hrozně hučí. Matka ho vždy musela pevně chytit a odnést ho k bazénu. Teď už to zvládá v pohodě.

ŠKOLA / ŠKOLKA

Dříve měl Martin problém například s místem v autobuse, kdy neseděl pokaždé na stejném místě. Prvně navštěvoval jesle, poté normální MŠ, kde byl jeden rok. Matka byl z přístupu v MŠ psychicky špatná. Musela tam Martina dávat násilím, rychle zavírat dveře a hrozně tam vyváděl. Nelíbil se matce ani přístup personálu k Martinovi. Dost ho izolovali od ostatních dětí. Z toho důvodu ho matka umístila do DDC Beruška v Bruntále. Martinovi vyhovoval malý kolektiv dětí a bylo tam více prostoru na věnování se mu samotnému. V rámci DDC Berušky byly i logopedické cvičení. Do první třídy nastoupil Martin na speciální školu. Má tam spoustu kamarádů, kde s nimi vyhledává i kontakt. Hodně mu to prospělo v rozvoji komunikace.

6.2 Výsledky výzkumu a diskuze

Ve svém výzkumu jsem si stanovila tři dílčí cíle, kterými jsem se snažila dopracovat k hlavní výzkumné otázce, která zněla následovně:

VO: Analyzovat adaptační mechanismy u dětí s PAS ve vybraných zátěžových situacích s ohledem na jejich individualitu.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit vliv včasné diagnózy na chování dítěte. Zde jsem chtěla zjistit, kdo první upozornil na rozdíly ve vývoji a chování dítěte oproti vrstevníkům. Jestli měli rodiče oporu ze stran odborníků, byly jim poskytnuty základní informace, kdy by odborníci

měli být nápomocni v prvních krocích při určení diagnózy dítěte a následné péče. Včetně předání veškerých kontaktů na následující specialisty a odborné organizace. Zároveň mě zajímalo, jak hodně může ovlivnit psychiku dítěte pozdní určení diagnózy a zařazení do nevhodných školních zařízení.

Z provedené analýzy vyplynulo, že ve všech rodinách došlo ze stran rodičů k povšimnutí si nesprávného a opožděného vývoje dítěte. Ve všech případech se jednalo o abnormality ve vývoji řeči dětí. Zjistila jsem, že i přes veškerou osvětu ohledně poruch autistického spektra se rodiče ze stran odborníků nedozvěděli potřebné informace, a naopak daný problém bagatelizovali. Polovina rodin uvedla, že po zařazení do speciálního předškolního nebo školního zařízení s pomocí asistenta pedagoga, dítěti pomohlo se více rozvinout, navazovat kontakty, lépe komunikovat a dítě se tolik nestraniilo kolektivu. Rovněž přístup personálu byl jiný, daleko vstřícnější a chápavější. Všechny rodiny se shodly na tom, že pro ně bylo velice traumatizující období do stanovení diagnózy dítěte, hlavně z důvodu nevědomosti k přístupu a pomoci dítěti.

Druhým dílčím cílem bylo analyzovat chování dítěte v zátěžových situacích a jeho projevy osobnosti. Kde jsem chtěla poznat více osobnost dítěte, reakce na dané zátěžové, stresující, nepříjemné oblasti především u lékaře, na dětském hřišti, obchodě, při návštěvě v jeho přirozeném prostředí a v neposlední řadě ve školce či škole.

Zjištěné informace analýzou:

LÉKAŘ

Rodina 1 – dříve hrozný křik, hlavně u zubaře, dnes už je průběh lepší

Rodina 2 – k doktorovi jezdí rád, nevadí mu, ale nesnese sezení v čekárně, reaguje pak podrážděně, pláče a vykřikuje

Rodina 3 – k lékaři s nim chodí pouze v případě nutnosti, snaží se vše vykomunikovat přes telefon, nesmí tam hrát rádio ani televize, zacpává si uši a je schopný jít do agrese

Rodina 4 – dříve se jednalo hlavně o nespolupráci, křik, dnes už je to lepší

DĚTSKÉ HŘIŠTĚ

Rodina 1 – dřív měl obtíže s dotykem na jinou dospělou osobu, děti si nevšímá, ale sleduje je, do hry se nezapojuje.

Rodina 2 – bere děti jako nutné zlo, nehraje si nikdy kolektivně, pokud es jedná o zajímavou hračku je schopen jít až do agrese

Rodina 3 – hřiště navštěvuje pouze dopoledne, kdy tam je málo lidí, straní se, děti si nevšímá, při větším hluku ostatních dětí hřiště opouští

Rodina 4 – kontakt s dětmi nevyhledává, pro komunikační bariéry není schopen navázat kontakt

OBCHOD

Rodina 1 – jako malý bez problému, dnes obchod nenavštěvuje, vyvádí, křičí

Rodina 2 – s davu lidí problém nemá, vyvede ho z míry pokud věci nejdou v jeho režii, obchod navštěvuje proto co nejméně, popřípadě vždy ve dvou

Rodina 3 – obchod navštíví pouze výjimečně, špatně reaguje na hluk a dav lidí, zůstává v autě z vlastní iniciativy

Rodina 4 – dříve měl paniku, reagoval spíše na hluk, dnes bez problému

NÁVŠTĚVA V PŘIROZENÉM PROSTŘEDÍ

Rodina 1 – zavřený v pokoji, pokud chce nakoukne

Rodina 2 – s dospělými problém nemá, je obezřetný, trable nastávají v případě dvou dětí, je v psychické nepohodě

Rodina 3 – návštěvy si nevšímá, je zavřený v pokoji, v případě strachu se schová pod postel, kde se cítí bezpečně

Rodina 4 – na návštěvy téměř nereaguje, pokud mu nenaruší jeho osobní prostor a neruší ho při jeho činnostech

ŠKOLA/ŠKOLKA

Rodina 1 – ve 3 letech nástup do běžné MŠ, vyloučen z důvodu chybějícího asistenta, poté zpátky přijat, bez asistenta nespolečně pracoval, křičel, s asistentem rapidní změna.

Rodina 2 – školu miluje, bere to jako atrakci, navštěvuje speciální školu.

Rodina 3 – běžnou školku ani školu nikdy nenavštívil, domácí vzdělávání z důvodu fyzického napadání, předškolní příprava v DDC Beruška.

Rodina 4 – prvně normální školka, přístup tam byl hrozný, začal navštěvovat DDC Berušku, což mu vyhovovalo o mnoho víc, poté nastoupil na speciální školu, kde s dětmi i vyhledává kontakt a rozvinula se mu řeč.

Analýzou jsem dospěla k závěru, že se děti v reakcích na stejné stresové situace velmi liší. Všechny ale mají v těchto situacích společný cíl, a to co nejrychleji si vytvořit svůj vlastní prostor, který jim pomáhá najít potřebný klid a cítit se v bezpečí. Tahle myšlenka se objevuje i v literatuře autora B. M. Prizanta (2020) v kapitole Role strachu, kde i mimo jiné uvádí konkrétní příklad chlapce, který měl strach z motýlů a své bezpečné místo našel ve třídě.

Třetím dílčím cílem je klíčová role rodičů při zvládnání stresu. Zde jsem se chtěla dozvědět, jestli existuje nějaká možnost uchránit dítě s PAS před stresem v mých sledovaných oblastech adaptace.

Všechny rodiny se shodly, že příprava pro dítě je velice důležitá. Zvolený čas přípravy je individuální u každého jedince, závisí také na vnímání časové reality a mentální úrovni dítěte. I přes připravenost dítěte a snahu rodičů hrají velkou roli také vnější a vnitřní vlivy včetně jeho duševního rozpoložení.

Díky vytyčeným dílčím cílům se mi podařilo aspoň částečně analyzovat adaptační mechanismy u dětí s PAS ve vybraných zátěžových situacích s ohledem na jejich individualitu. Čím větší množství získaných dat jsem měla k dispozici, tím více jsem si uvědomovala kolik nepoznaných oblastí v této problematice je a potřebovala bych znát odpovědi. Nacházím porozumění v nemožnosti přesně a jednoduše definovat a diagnostikovat postižení PAS, tak jak to udává ve své publikaci Kateřina Thorová (2016), Říhová (2011) i Hrdlička (2014). Také se ztotožňuji s výsledky studie Perchty (2016), kdy se autismus zpravidla diagnostikuje mezi třetím a pátým rokem života, což potvrdily všechny mé vybrané rodiny.

Dle mého názoru a získaných dat z analýz je velmi důležitá pro mentální vývoj dítěte a jeho adaptaci do běžné společnosti osvěta, podpora a spolupráce rodinných příslušníků. Je to velmi náročné a nikdy nekončící úsilí rodičů, kdy se někdy výsledky i přes veškerou snahu dostavit nemusí a je proto potřeba důležitá motivace rodiny. Sběr dat potvrdil, že určité procento dospělých v důsledku nezvládnání stresových situací dítětem i přes veškerou jejich přípravu, volí raději naprostou eliminaci z těchto oblastí např. nákupy, docházka do předškolního zařízení apod. U jedné rodiny analýza potvrdila, že aktivní přístup, převážně matky, která využívá všechny možnosti a prostředky k začlenění do běžné společnosti se daří zlepšovat emociální, poznávací a komunikační dovednosti jedince. Neméně podstatnou roli v adaptaci dětí s PAS hraje přístup, povědomí o problematice, empatie a osvěta u intaktní společnosti.

7 Závěr

Bakalářská práce je rozdělena na dvě oblasti. V teoretické části jsem se zaměřila hlavně na definici autismu a jeho etiologii, historii a klasifikaci. Dále na jeho specifické a nespecifické symptomy hlavně v oblasti diagnostické triády, která nahrubo spojuje všechny autisty, tedy odchylky od průměru v oblasti sociální komunikace, sociální interakce a symbolické hry. Jako poslední kapitolu teoretické části jsem zvolila, co obecně znamená pojem adaptace, adaptační mechanismy a popsala nejběžnější zátěžové a stresové situace, které úzce souvisí s touto poruchou.

Aplikační neboli praktická část obsahuje případové studie čtyř dětí, se kterými jsem se kontaktovala prvně prostřednictvím emailu a následně telefonicky. S ohledem ke stanovenému cíli a tendenci hlouběji se věnovat jednotlivým problémům, byl zvolen k této práci kvalitativní výzkum. Pro důkladnou analýzu jsem proto zvolila metodu rozhovoru, ze kterého jsem získaná a potřebná data analyzovala, popsala a následně i odpověděla na předem stanovené dílčí cíle výzkumu.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo alespoň částečně přiblížit vystupování a uvažování jedince s PAS v procesu adaptace a poukázat na individualitu každého z nich. Poukázat i na to, že i děti s autismem jsou lidé jako my a potřebují naši pomoc, přijetí, lásku a péči, i když žijí ve svém vlastním světě, a přeci jen ve stejném jako všichni ostatní. Tohoto cíle jsem dosáhla v aplikační části, kde jsem přiblížila život ve čtyřech různých rodinách s dítětem s PAS a popsala adaptační mechanismy jedince v pěti vybraných zátěžových situacích. kdy jsem se snažila přiblížit individualitu každého z nich. Rovněž jsem chtěla apelovat na důležitost celkové osvěty z důvodu správného přístupu k jedincům s tímto postižením veškeré části společnosti, která s nimi přichází do styku. Také vidím důležitost ve stálém zkoumání poruchy a vypracovávání různých studií, protože je patrné, že ani do dnešního dne stále nemáme dostatečné množství informací ohledně etiologie, důsledků a všech možných výkyvů abnormalit ve vývoji dítěte s PAS.

Žádní dva autisté nejsou stejní, pokud se o nich hovoří, je to vždy ve velmi hrubých obrysech, nelze stanovit premisu „autista dělá to a to“. Spojuje je pouze určitá oblast činností, které zvládají jinak než většinová populace, ale v nekonečně mnoha formách a intenzitě.

Všechny autistické zvláštnosti, echolálie, tiky, rituály apod. jsou chápány spíše z emočního hlediska. Autisté hůře zvládají nával emocí a stereotypní známá činnost jim pomáhá navrátit se do normálního psychického rozpoložení. Mnohem více než zakázat autistovi vykonávat

nějakou činnost, pomůže pochopit proč ji dělá – je to většinou z nějakého zažívaného stresu a po omezení tohoto stresu ustoupí i ona činnost.

Velmi důležitou roli v jejich životě hraje rodinná podpora, pochopení a láska, která jim pomáhá ve vývoji a mentálnímu růstu. I přes velké množství bariér je důležité, abychom jim tuto potřebu naplnili, a to nejen v rodinném kruhu, ale i lepším přístupem intaktní společnosti.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

- APLA PRAHA, kolektiv autorů, 2012. *Nedávejte do hrobu motýla živého*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-260-2801-7.
- BAZALOVÁ, B., 2012. *Poruchy autistického spektra v kontextu české psychopedie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5930-6.
- BOGDASHINA, O., 2017. *Specifika smyslového vnímání u autismu a Aspergerova syndromu*. Autor úvodu Wendy LAWSON, autor úvodu Theo PEETERS, přeložil Helena ČÍŽKOVÁ. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-06-0.
- DE CLERCQ, H., 2016. *Mami, je to člověk, nebo zvíře?: myšlení dítěte s autismem*. Vyd. 3. Přeložil Miroslava JELÍNKOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1075-7.
- GILLBERG, Ch. a T. PEETERS, 2008. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Vyd. 3. Přeložila Miroslava JELÍNKOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-498-4.
- HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HRDLIČKA, M. a V. KOMÁREK, 2014. *Dětský autismus: Přehled současných poznatků*. Vyd. 2., dopl. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0686-6.
- HRDLIČKA, M. a V. KOMÁREK, 2014. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 2., dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0686-6.
- CHRÁSTKA M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5326-3.
- JAMES, I. M., 2008. *Aspergerův syndrom: mimořádní lidé – mimořádné výkony*. Přeložil Václav PETR. Praha: Triton. ISBN 9788073870997.
- KOZEL, R., L. MYNÁŘOVÁ a H. SVOBODOVÁ, 2011. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3527-6.
- KROPÁČKOVÁ, J. a H. SPLAVCOVÁ, 2016. *Dvouleté děti v předškolním vzdělávání: od podzimu do zimy*. Praha: Raabe. ISBN 978-80-7496-270-7.
- KROPÁČKOVÁ, J. a H. SPLAVCOVÁ, 2017. *Dvouleté děti v předškolním vzdělávání: od jara do léta*. Praha: Dr. Josef Raabe. ISBN 978-80-7496-316-2.
- Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-11-5.

- Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize.* Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 1996. ISBN 8090185649.
- MILLER, A. a T. C. SMITH, 2016. *101 tipů pro rodiče dětí s autismem: účinná řešení každodenních problémů.* Přeložila Miroslava JELÍNKOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1106-8.
- PASTIERIKOVÁ, L., 2013. *Poruchy autistického spektra.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3732-3.
- PAULÍK, K. ed., 2012. *Psychologické aspekty zvládnutí zátěže muži a ženami.* Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7368-993-3.
- MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada Publishing, ISBN 80-247-1362-4.
- PAULÍK, K., 2010. *Psychologie lidské odolnosti.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2959-6.
- PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti: 2., přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9577-0.
- PEETERS, T., 1998. *Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci.* Praha: Scientia, spol. s r. o., pedagogické nakladatelství. ISBN 80-7183-114-X.
- PERCHTA, K. P., 2016. *Svět očima dítěte s autismem.* Praha: Beletris. ISBN 978-80-7520-082-2.
- PRIZANT, B. M. a T. FIELDS-MEYER, 2020. *Jedineční lidé: jiný pohled na autismus.* Praha: Argo. ISBN 978-80-257-3253-3.
- ŘÍHOVÁ, A., 2011. *Poruchy autistického spektra (pomoc pro rodiče dětí s PAS).* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-224-2677-8.
- STRAUSSOVÁ, R. a M. KNOTKOVÁ, 2011. *Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra: jak začít a proč.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0002-4.
- STRUNECKÁ, A., 2016. *Přemůžeme autismus?.* Petrovice: ProfiSales. ISBN 978-80-87494-23-3.
- ŠPORCLOVÁ, V., 2018. *Autismus od A do Z.* Praha: PASPARTA Publishing s. r. o. ISBN 978-80-88163-98-5.
- THOROVÁ, K., 2006. *Poruchy autistického spektra.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. ISBN 8073670917.
- THOROVÁ, K., 2016. *Poruchy autistického spektra.* Vyd. 3. přepracované a rozšířené. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0768-9.

VALENTA, M., J. MICHALÍK a M. LEČBYCH, 2018. *Mentální postižení. 2.*, přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0378-2.

VALENTA, M., O. MÜLLER, M. VÍTKOVÁ, et al. 2021. *Psychopedie. 6.* doplněné a upravené vydání. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-290-3.

VOCILKA, M., 1995. *Autismus a možnosti výchovné praxe.* Praha: Septima. ISBN 80-85801-58-2.

WALKER, I., 2013. *Výzkumné metody a statistika.* Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3920-5.

Internetové zdroje:

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [online]. WHO, 2022 [cit. 2022-03-03].

Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

PAS – poruchy autistického spektra

Apod. – a podobně

Např. – například

PDD – pervazivně vývojová porucha

MŠ – mateřská škola

ADHD – porucha hyperaktivity a pozornosti

DDC – dětské denní centrum

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tabulka 1 Diagnostická kritéria dle MKN – 10 (Thorová, 2016)..... | 12 |
| Tabulka 2 Diagnostická kritéria dle MKN – 10 (Hrdlička, 2014) | 14 |
| Tabulka 3 Diagnostická kritéria MKN – 10 pro Rettův syndrom (MKN – 10 in Řihová, 2011) | 16 |
| Tabulka 4 Diagnostická kritéria MKN – 10 pro Jinou dezintegrační poruchu v dětství (Hrdlička, 2014, str.) | 17 |
| Tabulka 5 Členění dětí s autismem dle Thorové | 19 |
| Tabulka 6 Problémy v komunikaci podle Šporclové..... | 20 |
| Tabulka 7 Soustavy lidského organismu podílející se na psychické regulaci..... | 24 |
| Tabulka 8 Členění psychické zátěže podle oblasti | 25 |

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – přepis rozhovoru 1 (Adam)

Příloha 2 – přepis rozhovoru 2 (Ondřej)

Příloha 3 – přepis rozhovoru 3 (Jakub)

Příloha 4 – přepis rozhovoru 4 (Martin)

Příloha 1

Adam

Osobní anamnéza:

Pohlaví: chlapec

Věk: 10 let

Bydliště: Olomouc

Adam je narozen z prvního těhotenství, které probíhalo bez jakýkoliv komplikací až do 7. měsíce, kdy matka prodělala toxoplazmózu. Porod i všechno kolem něj poté probíhalo v normě.

Rodinná anamnéza:

Adam má jednoho mladšího sourozence, který má také diagnostikovaný autismu a pochází z kompletní rodiny. Na mladšího sourozence reaguje křikem, nesnese jeho přítomnost. Zacpává si před ním uši, společná procházka také nepřipadá v úvahu. Otec je pracující a zaměstnán. Matka se z důvodu náročnosti péče o syna nemůže plně věnovat zaměstnání. Otec se na péči o syna moc nepodílí, výhradně se o něj stará matka. Matka má sestru, která ji s péčí dost pomáhá a jezdí k ní zpravidla vždy z pátku na sobotu. Širší rodina se také na péči nepodílí, prarodiče vnuka nenavštěvují.

V kolika letech byl dítěti diagnostikován autismus? „*Zhruba okolo třech a půl roku.*“

Jaký typ autismu má diagnostikovaný? „*Dětský autismus.*“

Kolik let je mu dnešním dnem? „*Devět, letos v září mu bude deset let.*“

Jaké projevy Vás přiměly jít k odborníkovi? „*Nerozvíjela se řeč a měl celkově zvláštní projevy v chování, ale nikom to nebylo divný. Lékaři ve městě, které jsme navštěvovali byli starší generace a o autismu nic nevěděli. Adámek chodíval chvilčkama po špičkách, točil se dokola jak vrtule. Byl jak baletka. Točil se pořád dokolečka aniž by se mu motala hlava, hrál si s kulatými věcmi jako jsou například víčka. Odrážedla a koloběžky ho zajímaly jen z té druhé strany, kde se věci točily. Ani se na tom nechtěl vozit, jak si točit s kolečkama. Stavěl zvláštní stavby z kostek, které vypadaly jako chobotnice. Když vykládal nákup z tašky, všechno poskládal do řady. Hračky taky rovnal do řad, které vedly přes obývací až do kuchyně.*“

První návštěva vedla k praktickému lékaři, kdy podnětem byla hlavně nerozvinutá a zaostávající řeč. Pořád dokola jsem se praktického lékaře na to ptala a ten mě neustále uklidňoval, že je všechno v pořádku, že se to děje běžně když dítě nemluví hned. Když Adámek nastoupil do školy hned se personálu jevilo něco špatně. Zavolali psychologa z SPC, kde mu udělali vyšetření – jak ve školce, tak i v domácím prostředí.“

Jak reaguje na změnu prostředí u lékaře? *„Když byl menší tak hrozně vyváděl. Hlavně u zubaře i praktického lékaře. Domnívám se, že to bylo zapříčiněno tím, že když byl malinký, byli jsme s ním na genetickém vyšetření, kdy mu braly odběry krve. Po této zkušenosti u jakéhokoliv lékaře řval až do té míry, že se tam pozvracel. A před návštěvou zubaři začal vyvádět už na parkovišti před ordinací. Personál zubaře mě neustále okřikoval za chování dítěte, nedokázali mě pochopit. Časem, když zjistil, že se mu u lékařů nic neděje je průběh návštěv lepší, podle mě to bylo stresem. Už neřve. Snažím se už třeba týden dopředu se bavit o tom, že nás čeká návštěva odborníka a pomáhá to.“*

Jak reaguje na děti na dětském hřišti? *„Vesměs si děti nevšímá. Sleduje je, ale nezapojuje se s nimi do hry. Je to takový samotář. Nerozlišuje, zda ty děti jsou neznámé nebo známé jak ve školce, ke všem se chová stejně. Odjakživa měl problém jen s mladším bratrem. Když začal bratr naříkat, začal Adam křičet reakcí na bratra. S dětmi kontakt nenavazuje ani to nevyhledává. Vzhledem k ostatním dospělým lidem na hřišti jsem ho musela hlídat. Jednu dobu měl tendence někoho chytit za ruku a začít mu ji pusinkovat. Jednou se stalo, že jsem s ním byla na bazéně, kdy si vždycky vyhlídne chlapa s vypracovanou postavou a začne každý jeho pohyb napodobovat, ale po napomenutí toho nechá.“*

Jak Adam reaguje, když k Vám domů přijde návštěva? *„Je vesměs nahoře zavřený v pokoji. Když přijde dolů nakoukne, chvíli s námi ze zvědavosti zůstane, ale poté odchází zase do pokoje. My je nenutíme s námi sedět dole. Když chodí na hlídání k sestře chová se tam stejně jak domu, protože tam je naučený jezdit od mala a bere to jako nějaký stereotyp, že se jede k tetě.“*

Jak se chová v obchodě? Kde je větší množství neznámých lidí? *„Dříve když byl menší jsem ho brala do obchodu běžně a nebyl žádný problém. Chodil s námi i na zmrzlinu nebo párek v rohlíku, který měl jako odměnu. Posadila jsem ho do vozíku a byl hodný. Až teď, když je starší, ho nikam neberu, má hrozně uřvané období. Vyvádí, křičí po mně. Nikdy se tak*

nechoval, všechno dělá s oblibou hlavně když jsem já doma. Připadá mi, že si tím chce vyžádat větší pozornost, než tomu bylo kdysi. Nyní bere antidepresiva a prášky na zklidnění.“

Jak se dítě chovalo ve školce a jak se chová teď ve škole? *„Před nástupem do školky jsem začala navštěvovat logopeda, který výrazně rozvíjel řeč Adama. Ve třech letech nastoupil do běžné Mateřské školky, kde byl vyloučen z důvodu, že potřebuje asistenta, kterého školka v té době neměla. V následujícím měsíci se povedlo zařídit asistenta, chlapec byl tedy do školky zpátky přijatý. Spolupráce byla úplně na jiné úrovni. Předtím Adam nespolupracoval, dětem se vyhýbal, nejevil zájem o jakýkoliv kontakt jak od dospělé osoby, tak od dětí. Rápidní změna nastala, když dostal asistenta, kdy se mu věnoval potřebným způsobem. Začal tak spolupracovat, byl schopný plnit úkoly, vydržel u nich sedět. Začal kolem čtvrtého roku opakovat zvuky, jak dělají zvířátka. Měl odklad o rok do školy. Postupem času, než nastoupil do školy ho ve školce hodně zapojovali, měli ve školce i loutkové divadlo. Řeč se mu pomalu rozvíjela, má velice dobrou fotogenickou paměť a texty písni se učil velice rychle. U Adama je největší problém ten, že si spousty věcí opakuje, ale nerozumí jejich významu (funkčnosti). Pamatuje si to z běžného denního používání. Píše tiskacím, psacím, malým, velkým, naučí se básničku během chvilky, ale vůbec nedokáže říct, o čem to je. Při příchodu ani odchodu ze školy či školky problém neměl. Až později, kdy do stejné školky nastoupil jeho bratr, který má taky diagnostikovaný autismus, začal mít problémy. Hulákal na bráchu, i když byl na druhém konci šatny, byl na něj nepříjemný. Teď navštěvuje běžnou základní školu, kde mají speciální třídu s asistentem. Změnu ze školky na školu nesl v pohodě.“*

Ondřej

Osobní anamnéza:

Pohlaví: chlapec

Věk: 8 let

Bydliště: Ostrava

Ondřej je narozen z prvního těhotenství, kdy matka trpěla na vysoký tlak. Z toho důvodu se Ondřej narodil již v 7. měsíci těhotenství po slabých plodových ozvách, kdy porod proběhl císařským řezem. Porodní váha Ondřeje byla 1070 gramů. Byl tedy uložen do inkubátoru, kde mu podávali lékaři různé léky jako jsou antiepileptika.

Rodinná anamnéza:

Ondřej je jedináček a žije v kompletní rodině. Oba rodiče jsou pracující, v době pracovní doby rodičů, když není Ondrášek ve školce ho hlídá teta. Oba rodiče se plně podílejí na výchově syna. V širší rodině se toto postižení neobjevuje.

V kolika letech byl dítěti diagnostikován autismus? „*Ve čtyřech letech.*“

Jaký typ autismu má diagnostikovaný? „*Dětský autismus.*“

Kolik let je mu dnešním dnem? „*Letos mu bude 8 let, chodí do první třídy.*“

Jaké projevy Vás přiměly jít k odborníkovi? „*Prvních známek projevů onemocnění jsme si povšimli my rodiče. Celkově narušená PAS triáda. Symbolická hra se u něj začala objevovat až cca ve 4 letech (hra na vaření, opravování a tak dále.). Při mluvení dlouho nepoužíval 1. osobu, ale echolálii. Hodně dlouhou dobu jsme si mysleli, že je to nějaká porucha socializace z důvodu, že když byl Ondrášek malý jsme neměli tolik přátel s malými dětmi, a tak se neseťkával se svými vrstevníky. Doufali jsme, že by se to mohlo zlomit ve školce, kde kolem sebe bude mít plno dětí ve své věkové kategorii. Dlouho neřekl větu mám hlad, ale chceš něco papat, protože tuto větu měl naučenou od nás. Odjakživa si nehrál v kolektivu, strpí maximálně hru s jedním kamarádem, více dětí ignoruje, nebo ho obtěžují. Po objevení potíží jsme navštívili praktického lékaře, který nám vydal doporučení pro*

pedagogicko-psychologickou poradnu, psychologa, psychiatra, ale všechno to byl běh na hrozně dlouhou trať.“

Jak reaguje na změnu prostředí u lékaře? *„K doktorovi chodí odjakživa rád čili k nějakému “posunu“ u něj nedochází. Bere to jako atrakci, výlet, očekává, že se u doktorky podívá na počítač, tiskárnu, váhu a podobně, protože miluje elektroniku a mechanické věci. Největší problém je, když musíme čekat ve frontě na vyšetření, to je nevrlý, podrážděný, pláče a vykřikuje, ale jelikož nás doktoři znají, snaží se nám vyjít vstříc a čekat většinou nemusíme. Na návštěvu lékaře ho připravujeme tak, že mu povyprávíme vždycky ráno, co ho ten den čeká, říkáme mu i jak očekáváme, že se tam bude chovat, například fráze jako budeš tam poslušně sedět, bude tam možná fronta, tak budeme muset chvíli počkat. Nemá cenu ho na to připravovat například týden, nezapamatuje si to, a naopak by tam po podané informaci chtěl jít hned.“*

Jak reaguje na děti na dětském hřišti? *„Ondřej bere děti jako nutné zlo, kdokoli je menší než on, ho spíše obtěžuje, ale pokud mu zrovna nezavazí ve hře, tak jej strpí. Nikdy si nehraje kolektivně. Pokud má jiné dítě hračku/atrakci, o kterou má zrovna zájem, je schopen jej fyzicky odstrčit, nebo se začne vztekat. V minulosti třeba křičel na kočárky, nikdo neví proč. Je citlivý na dětský pláč, který mu vadí. Panicky se bojí psů. S většími dětmi a dospělými je okamžitě kamarád, respektuje je a nechá se obecně usměrnit, nechá si domluvit co může a co ne. Někdy až do extrému, jednou ho stará důchodkyně málem odvedla ze samoobsluhy v domnění, že se ztratil (a on by se úplně klidně nechal). Tento stav je od raného dětství neměnný.“*

Jak Ondřej reaguje, když k Vám domů přijde návštěva? *„Pokud je návštěva dítě, je obezřetný, ale relativně v pohodě. Pokud jsou to dvě děti, je už v psychické nepohodě. S dospělými nemá problém, je na ně zvědavý.“*

Jak se chová v obchodě? Kde je větší množství neznámých lidí? *„S davy/větším množstvím lidí problém nemá, jen je ve stresu ze situací, kdy věci nešly podle jeho plánu. Musí třeba jako první otevřít dveře na fotobuňku – pokud někdo cizí jimi projde první, vzteká se a musíme počkat tak dlouho, než se dveře zavřou a on je pak může aktivovat sám. Tomuto stavu křiku se snažíme předcházet odvedením pozornosti jako například hele pojd' se podívat co je tady. Obecně se snažíme chodit do obchodu Ondřejem co nejmiň nebo popřípadě ve dvou, kdy*

jeden nakupuje a druhý se s Ondráškem prochází mezi regálama. Když už je potřeba jít s ním na nákup, volíme spíše menší obchůdky. Ve frontě je nervózní a odbíhá od rodičů. Nesmí se nudit, to pak vykřikuje, odbíhá. Situace zvládneme pomocí odvedení pozornosti, ale s nevalným výsledkem.“

Jak se dítě chovalo ve školce a jak se chová teď ve škole? „Školu miluje, opět to bere jako výlet/atrakci/něco se bude dít. Ondřej chodí do třídy pro děti s poruchami chování, má totiž kromě autismu i ADHD. Na osm podobně hyperaktivních dětí jsou tam dvě paní učitelky a pedagogická asistentka, která je naprosto super. Ohromně intelektuálně vyrostl a prospívá. Chodí i do družiny, kde opět nejeví žádné problémy. Při příchodu a odchodu má své rituály, které se musí dodržet. Při vstupu do školy musí stát první u dveří a jako jeden z prvních musí do školy vstoupit, nedá si vysvětlit, že počkáme například dvacet metrů od vchodu, než projdou ostatní děti. Když opouštíme školu musí si zase sám odemknout šatnu a sám otevřít vstupní dveře. Pokud je tam někdo jiný nebo jsou dveře otevřené z důvodu větrání budovy, dveře se musí zavřít a otevřít je Ondřej.“

Jakub

Osobní anamnéza:

Pohlaví: chlapec

Věk: 8 let

Bydliště: Ostrava

Kuba je narozen z druhé gravidity, které probíhalo bez jakýkoliv komplikací. Narozen v termínu. Porod i všechno kolem něj poté probíhalo v normě.

Rodinná anamnéza:

Jakub má starší sestru a žije v kompletní rodině. Otec je pracující a matka zůstává se synem doma. V širší rodině se toto postižení neobjevuje.

V kolika letech byl dítěti diagnostikován autismus? „*V pěti letech.*“

Jaký typ autismu má diagnostikovaný? „*Dětský autismus.*“

Kolik let je mu dnešním dnem? „*Devět let má.*“

Jaké projevy Vás přiměly jít k odborníkovi? „*První příznaky poruchy jsme zbystřili my rodiče. Vnímali jsme to už delší dobu. Lékař nám ale tvrdil, že kluci jsou pomalí ať ještě vyčkáme. Lékař nevěděl, o jakou přesnou diagnózu se jedná a poslal nás na vyšetření do Opavy na neurologii, psychiatrii a tak. Prvního příznaku, kterého jsme si všimli bylo nereagování na své jméno, a po třetím roce přestal mluvit. Měl sklony komunikovat řevem, nenavazoval oční kontakt. Do té doby žvatlal, opakoval a pak nastal ten regres. Hračky stavěl do řad, fixoval se na oblíbenou hračku. Jinak je hrozně šikovný. Skládá všelijaké puzzle, lego, navléká korálky, modeluje, krásně maluje.*“

Jak reaguje na změnu prostředí u lékaře? „*K lékaři se s ním snažíme chodit co nejméně jako je například očkování nebo prohlídka. V případě nemoci tam jen zavolám, zkonzultuji a najdeme nějaké řešení. Když nás čeká prohlídka snažím se to domluvit na čas tak, ať přijde a jsme rovnou na řadě. Popřípadě když dojdeme do čekárny drží se mě, sleduje okolí a poté hodně spěchá pryč z ordinace. Snažíme se mu to sdělit dopředu, že ho bude čekat lékař. Zhruba 2 dny*

stačí. Obleče se a spolupracuje, není to tak, že by řval a vzpíral se. Jediné, co mu vadí je, když hraje rádio, je tam hluk nebo zaplá televize to začne vyvádět. Začne se držet za hlavu, kopat, žduchat do ostatních.“

Jak reaguje na děti na dětském hřišti? „Na hřiště chodíme, ale pouze dopoledne třeba, kdy je tam malé množství lidí. Děti si nevšímá, straní se jim, nevyhledává s nimi kontakt, pokud nejsou hluční. Jakmile se objeví více dětí, začnou běhat nebo řvát tak to nezvládne. Musíme potom hřiště opustit. Jediné, s kým si zvládne hrát je jeho sestra. Když ho někdo z ostatních dětí na hřišti osloví, řekne jim ať ho nechají být. Celkově ani kamarády kolem sebe nemá.“

Jak Jakub reaguje, když k Vám domů přijde návštěva? „Návštěvy si nevšímá, celou dobu si hraje v pokojíčku, někdy se schová pod postel. Teď už je o něco lepší, vydrží s námi chvíli, ale poté zase běží zpět do pokojíčku.“

Jak se chová v obchodě? Kde je větší množství neznámých lidí? „Do obchodu s ním chodíme pouze výjimečně, špatně reaguje na hluk a dav lidí. Zacpává si uši, má zavřené oči. Z toho důvodu, když s námi jede Kubíček do obchodu, zůstává v autě. Nebo když už jde do obchodu, vybere si, co chce a jde čekat s jedním z nás zpět do auta. Uklidní ho lízátko nebo nanuk.“

Jak se dítě chovalo ve školce a jak se chová teď ve škole? „Normální školku ale nikdy nenavštívil. Chodil pouze chvíli do DDC Beruška v Bruntále v rámci předškolní přípravy, kdy měl odklad školní docházky z důvodu řeči. V Berušce bylo málo dětí tak se dalo jeho chování k ostatním dětem lépe uhlídat. Okolo šesti let mluvil ještě hrozně špatně. Až kolem zhruba sedmého roku se řeč začala rozvíjet. Z důvodů fyzického napadání dětí (když jich je víc) jsem se s odborníkem domluvila na domácím vzdělávání. Domácí vzdělávání jsme měli prvně domluvené v Praze – Zličíně, od tohoto pololetí to máme v Olomouci. Správně máme jezdit 2 x ročně na přezkoušení, ale kvůli kovidu posíláme jen zprávy, které si škola vyžádala. První třídu podle osnov zvládl, hodnocení za druhý ročník zatím nemá. Máme stanovenou ze školy osnovu, kterou musí Kuba zvládnout. Učí se s ním podobně jako ve škole, každé dopoledne od pondělí do pátku podle osnovy. Má výbornou fotografickou paměť, zatím to zvládá, krásně maluje i píše. Všechno, co se týká ručních prací, je v tom naprosto dokonalý a precizní. Největší problém

je ten, že to musí být všechno pravidelně. I školní předměty musí jít každý den za sebou. Učit se s ním musím pouze já (maminka).“

Martin

Osobní anamnéza:

Pohlaví: chlapec

Věk: 9 let

Bydliště: Bruntál

Martin je narozen z prvního těhotenství v termínu. Porod byl přirozený. Po narození měl potíže s dýcháním, kdy byl převezen na novorozenecké oddělení v Ostravě. Čtrnáct dní musel být v inkubátoru.

Rodinná anamnéza:

Martin je jedináček, rodiče jsou rozvedeni. Žije s matkou a jejím přítelem, kde jsou oba pracující. Biologický otec si ho bere na víkend, co čtrnáct dní. Otec se k němu chová jak k intaktnímu jedinci, což velmi obtížně psychicky zvládá. Martin je velice fixovaný na matku, vztah k vlastnímu otci je nevyhraněný.

V kolika letech byl dítěti diagnostikován autismus? „*V pěti letech.*“

Jaký typ autismu má diagnostikovaný? „*Atypický autismus.*“

Kolik let je mu dnešním dnem? „*Devět let.*“

Jaké projevy Vás přiměly jít k odborníkovi? „*Prvních známek autismu jsme si povšimla já (matka). Viděla jsem to na dětském hřišti, kdy se ostatní děti chovali úplně jinak. Z počátku moc ani nekomunikoval. Chodil do jeslí, kde paní učitelky žádný rozdíl ve vývoji neviděli, ale já jsem ho vnímala. Problém nastal až při nástupu do běžné školky, kdy už viděli rozdíl i ostatní. Také jsem si všimla projevu výbuchu vzteku a teda té špatné komunikace. Když jsem zbystrila ty rozdíly, navštívili jsme pedagogicko-psychologickou poradnu, speciálně pedagogické centrum a navázali jsme spolupráci s ranou péčí z Krnova.*“

Jak reaguje na změnu prostředí u lékaře? „*Dříve se jednalo hlavně o nespolečenskou spolupráci, křičel po celou dobu, vůbec ho nešlo utišit, stranil se, schovával se v koutě. Preventivní prohlídky se nedaly zvládnout vůbec, nechtěl se nechat změřit ani.*“

Teď ho musím na návštěvu lékaře připravovat, mluvíme o tom zhruba okolo dvou až třech dnů před termínem. Někdy ale ani příprava nepomůže. Návštěvu pediatra a s ním spojené preventivní prohlídky už jsou na tom mnohem lépe, lékař ho teď nedávno moc chválil, že se zlepšil, ale zubaře nesnese ani dnes. Když byl menší trhal mu dva zuby, podle mě z toho má nějaké trauma. Když jsme u něho byli naposled, na křeslo jsem si musela sednout já a ho jsem vzala na sebe. Musela jsem ho pevně až násilím držet.

Stalo se mi i hodně krát, že mě za chování syna okřikly zdravotní sestřičky, což mě o to více mrzelo, protože se vždycky snažím dopředu zavolat a doktora upozornit na problém syna a jeho chování s ním spojené. Paní doktorka slíbila, že si na nás z toho důvodu najde více času a hlavně dobu, aby tam nebylo moc lidí a nepřivádělo ho to zbytečně do stresové situace. Když jsme tam přišli tak návštěva vůbec neproběhla tak, jak byla domluvena.“

Jak reaguje na děti na dětském hřišti? *„Jak v dřívější době, tak ani dnes kontakt s dětmi nevyhledává. Není to o tom, že bych s ním na hřiště nechodila, snažím se ho brát kam to jde a někdy to prostě klapne a proběhne to v pohodě a jindy zase ne. Kontakt s dětmi teda nevyhledává, děti za ním chodí občas, ale bohužel z důvodu špatného mluvení konverzace mezi nimi vážne. A ani samotný Martin občas neví na co se ho dítě ptá a jak mu odpovědět. Ale například ve škole nemá problém komunikovat se svými spolužáky. Ani dospělých si na hřišti nevšímá. Když jdeme okolo hřiště a je tam hodně lidí, Martínek tam jít ani nechce.“*

Jak Martin reaguje, když k Vám domů přijde návštěva? *„Na návštěvy většinou vůbec nereaguje, pokud mu nenarušují jeho vlastní prostor a neruší ho při nějaké jeho činnosti.“*

Jak se chová v obchodě? Kde je větší množství neznámých lidí? *„Do obchodu už ho teď beru úplně běžně. Dřív měl paniku a hrozně křičel. Zkoušela jsem silné objetí, ale on je takový typ, že ho člověk musí nechat ať si dělá v podstatě to svoje. Nemyslím to tak, že by boural regály. Vadí mu ty davy lidí a hlavně hluk. Třeba na bazéně jsme měli veliký problém s rozdílem teploty v přechodu mezi bazénem a sprchami a do toho to tam hrozně hučí. Měl z toho šílenou paniku, musela jsem ho vždy pevně chytit a odnést ho k bazénu. Teď už to zvládá v pohodě.“*

Jak se dítě chovalo ve školce a jak se chová teď ve škole? *„Dříve měl problém, když jsme do školky jezdili například autobusem a neseděli jsme vždy na stejném místě. Prvně navštěvoval jesle, poté normální školku, kde byl jeden rok. Ale tam to bylo šílené, i já jsem z toho byla psychicky špatná. Musela jsem ho tam dávat násilím, rychle zavřít dveře a dělal*

tam hrozné scény. Nelíbil se mi tam ani přístup personálu, dost ho izolovali od ostatních dětí. Z toho důvodu jsem ho umístila do DDC Beruška v Bruntále. Vyhovoval mu tam malý kolektiv dětí a bylo tam více prostoru na věnování se mu samotnému. Měl tam i logopedické cvičení. Do první třídy nastoupil na speciální školu. Ze začátku ten přechod nezvládal moc dobře, nemá rád, když není v něčem nejlepší, což je pro něj velký problém ve škole. Má tam i spoustu kamarádů, kde s nimi vyhledává kontakt. Hodně mu to pomohlo i v rozvoji komunikace.“

ANOTACE

| | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Jméno a příjmení: | Petra Pavelková |
| Katedra nebo ústav: | Ústav speciálněpedagogických studií |
| Vedoucí práce: | Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D. |
| Rok obhajoby: | 2022 |

| | |
|----------------------------|--|
| Název práce: | Popis adaptačních mechanismů u dětí s PAS |
| Název v angličtině: | Description of adaptation mechanisms in children with ASD |
| Anotace práce: | <p>Bakalářská práce se zabývá problematikou poruch autistického spektra a adaptačními mechanismy spojených s tímto postižením. Cílem bylo alespoň částečně přiblížit vystupování a uvažování jedince s PAS v procesu adaptace a poukázat na individualitu každého z nich. Mezi vybrané zátěžové situace spadá návštěva lékaře, obchodu, dětského hřiště, školy nebo školky a také návštěva osoby v domácnosti jedince s poruchou. Práci tvoří dvě hlavní části. Jedná se o část teoretickou, která pomocí zpracování odborných zdrojů popisuje a objasňuje základní pojmy z oblasti poruch autistického spektra. Dále se věnuje historickému přehledu, příčinám vzniku poruch autistického spektra, klasifikaci, problémovou triádou a adaptačními mechanismy. Druhou částí bakalářské práce je praktická část, která přináší výsledky z rozhovoru, kterým jsem chtěla poukázat na jedinečnost každého člověka s poruchami autistického spektra a jejich různorodost v oblasti adaptace.</p> |
| Klíčová slova: | PAS, autismus, Dětský autismus, Atypický autismus, Aspergerův syndrom, problémová triáda, adaptační mechanismy, adaptace, zátěžové situace |

| | |
|------------------------------------|--|
| Anotace v angličtině: | <p>The bachelor thesis deals with the issue of autism spectrum disorders and adaptation mechanisms associated with this disability. The aim was to at least partially approach the behavior and thinking of an individual with ASD in the process of adaptation and to point out the individuality of each of them. Selected stressful situations include a visit to a doctor, shop, playground, school or kindergarten, as well as a visit to a person in the household of an individual with a disorder. The work consists of two main parts. This is a theoretical part, which uses the processing of professional resources to describe and clarify the basic concepts in the field of autism spectrum disorders. It also deals with a historical overview, the causes of autism spectrum disorders, classification, problem triads and adaptation mechanisms. The second part of the bachelor's thesis is the practical part, which brings the results of the interview, which I wanted to point out the uniqueness of each person with autism spectrum disorders and their diversity in the field of adaptation.</p> |
| Klíčová slova v angličtině: | <p>ASD, autism, childhood autism, atypical autism, Asperger's syndrome, problem triad, adaptation mechanisms, adaptation, stressful situations</p> |
| Přílohy vázané v práci: | <p>Příloha 1 – přepis rozhovoru 1 (Adam) Příloha 2 – přepis rozhovoru 2 (Ondřej) Příloha 3 – přepis rozhovoru 3 (Jakub) Příloha 4 – přepis rozhovoru 4 (Martin)</p> |
| Rozsah práce: | <p>64</p> |
| Jazyk práce: | <p>Český jazyk</p> |