

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra biologie a environmentálních studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Poruchy autistického spektra

Autism spectrum disorders

Tadeáš Balík

Vedoucí práce: PhDr. Lucie Hlaváčová, Ph.D.

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Biologie, geologie a environmentalistika se zaměřením na vzdělávání – Chemie se zaměřením na vzdělávání

2018

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Poruchy autistického spektra potvrzují, že jsem vypracoval pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzují, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 17.4.2018

.....

podpis

Své poděkování bych rád věnoval PhDr. Lucii Hlaváčové, Ph.D., za vedení, pomoc, cenné rady a zejména potom za velkou dávku ochoty a trpělivosti při zpracování mé bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou poruch autistického spektra, zejména potom jejich charakteristikami a symptomy, etiopatogenezi a jednotlivými klasifikačními třídami. Práce se snaží přiblížit laické veřejnosti na první pohled velmi nečitelnou autistickou poruchu.

Klíčová slova

Poruchy autistického spektra, autismus, symptomatologie, etiologie, klasifikace

Annotation

The bachelor thesis deals with problems of autism spectrum disorders, especially their characteristics and symptoms, etiopathogenesis and individual classification groups. The main goal of this writing is to bring to the laic audience, at the first glance, a very unreadable autistic disorder.

Keywords

Autism spectrum disorders, autism, symptomatology, etiology, classification

Obsah

1	Úvod.....	7
2	Poruchy autistického spektra	8
2.1	Historie autismu	8
2.2	Charakteristika poruch autistického spektra	9
2.3	Symptomatologie postižení.....	10
2.3.1	Problematika sociálního chování	10
2.3.2	Problematika komunikace.....	12
2.3.3	Problematika představivosti.....	14
3	Etiopatogeneze poruchy.....	17
3.1	Psychoanalytická teorie.....	17
3.2	Behaviorální teorie	19
3.3	Vakcinační teorie	21
3.4	Neurobiologická teorie.....	22
4	Klasifikace poruch autistického spektra	26
4.1	Dětský autismus (F84.0)	26
	Kazuistický příběh Jonáše	27
4.2	Atypický autismus (F84.1).....	28
	Kazuistický příběh Jakuba	28
4.3	Rettův syndrom (F84.2)	29
	Kazuistický příběh Lucie	30
4.4	Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84.3)	31
	Kazuistický příběh Radka	32
4.5	Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4).....	33

Kazuistický příběh Tomáše	33
4.6 Aspergerův syndrom (F84.5)	34
Kazuistická ukázka prostřednictvím básně	36
4.7 Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8).....	37
4.8 Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (F84.9).....	38
5 Závěr	39
6 Seznam použitých informačních zdrojů	41

1 Úvod

„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. Prostupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emocí. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismu oddělit nedá.“

Jim Sinclair¹

O autismu jsem měl donedávna jen matné povědomí a to hlavně jen díky filmu Rain Man. Osobně jsem se s touto poruchou setkal teprve před rokem a to konkrétně u jednoho žáka základní školy v rámci náslechu ke studiu didaktiky. Na základě této zkušenosti jsem si vyhledal články a dokumenty o autistických poruchách, které zažehly můj zájem, jenž mě přivedl na téma mé bakalářské práce – Poruchy autistického spektra.

Cílem mé práce je charakterizovat poruchy autistického spektra a jejich základní symptomy z okruhu problémové triády. Dále potom představit možné etiopatogeneze vzniku dysfunkce a klasifikační skupiny jednotlivých autistických poruch, jež budu blíže demonstrovat na kazuistických případech.

Prostřednictvím své práce bych chtěl poukázat na rozmanitost autismu, neboť se nejedná pouze o jednu autistickou škatulku, jak by se na první pohled mohlo zdát. Smyslem mé bakalářské práce je blíže seznámit širší ne odbornou společnost s těmito autistickými syndromy.

¹ Dostupné online: www.autiste.cz, [cit. 2018-04-07]

2 Poruchy autistického spektra

V této kapitole si představíme historii vnímání autismu včetně jeho významu, dále si pak přiblížíme základní charakteristiky poruch autistického spektra a jejich symptomatologii skrze triádu poškození v oblasti dysfunkcí sociálního chování, komunikace a představitosti.

2.1 Historie autismu

Lidé s autismem žili na světě jistě už dříve, než byl popis jejich chování zanesen do diagnostických klasifikačních systémů. Díky velmi nápadnému a neobvyklému chování budili značnou pozornost společnosti, a tak se charakteristika jejich projevů dostala do mnohých knih a článků. Děti, které by v dnešní době měly s velkou pravděpodobností diagnostikovanou poruchu autistického spektra, byly v Hippokratově době označovány za svaté děti, ve středověku potom naopak za děti posedlé děblem či uhranuté. Někteří odborníci se domnívají, že u mnoha nalezených divokých dětí (tzv. vlčí děti) se vyskytovaly autistické znaky, které nebyly následkem těžké deprivace, nýbrž důsledkem primární přítomnosti autistické dysfunkce (Thorová, 2016).

S pojmem „autismus“ (z řeckého slova autos = sám) se poprvé setkáváme až ve 20. století, kdy jej použil roku 1911 významný švýcarský psychiatr Eugen Bleuler při popisu jednoho ze symptomů pozorovaných u schizofrenních pacientů. Označoval jím schizofrenní stažení se z reálného světa a ponoření se do vlastního, vnitřního, nesrozumitelného světa snů a fantazie (Hrdlička; Komárek, 2014). Použitím tohoto termínu oddělil schizofrenii od velké skupiny demencí a nazval chybně autismem egocentrické myšlení typické pro schizofreniky. Autismem tedy označil typickou uzavřenost do sebe. Zároveň jím poukazuje na absenci existence spojení s realitou, o autistech hovoří také jako o lidech „odlidštěných“ (Gillberg; Peeters, 1998).

S podrobnějším vymezením a charakteristikou autismu přichází roku 1943 americký dětský psychiatr Leo Kanner, jenž zpracoval detailní popis případu jedenácti dětí, které na sebe upozorňovaly bizarním chováním – extrémně uzavřené do sebe, bez potřeby vyhledávání kontaktu s vrstevníky, neustále udržující jisté zvyky a stereotypní aktivity (Vocilka, 1996). Tyto jednotlivé projevy považoval za symptomy specifické samostatné vrozené poruchy, již pojmenoval dětský autismus. Názvem chtěl Leo

Kanner vyjádřil svoji domněnku, že všechny děti vykazující zmíněné symptomy spojuje typická uzavřenost do svého vlastního vnitřního světa (Thorová, 2016). Ve své publikaci o nich napsal: „*Tyto děti přišly na svět s neschopností navázat citový kontakt, stejně jako jiné děti přicházejí na svět s intelektovým nebo fyzickým deficitem.*“ (Kanner, 1973).

Roku 1944 přichází vídeňský pediatr Hans Asperger s publikací kazuistiky čtyř podobných jedinců s titulem Autističtí psychopati v dětství (Asperger, 1944). Pojednává v ní o dysfunkci sociálního chování a komunikace svých pacientů, disponující dobře vyvinutou řečí a normální či vysokou inteligencí. Vykazovali dále repetitivní chování, zájem o stereotypní činnosti a motorickou neobratnost. Leo Kanner i Hans Asperger položili tak společně pevné základy pohledu na problematiku a diagnostiku autismu, potažmo současných poruch autistického spektra, přestože se díky následkům druhé světové války osobně nikdy neviděli (Hrdlička; Komárek, 2014).

Jak můžeme vidět, setkáváme se s dvěma zcela odlišnými významy termínu autismus. Eugen Bleuler jím označuje specifické symptomy, které se občas vyskytují u jedinců se schizofrenií. Avšak pojem autismus by měl zůstat vyhrazen pro označení Kannerova popsaného vrozeného syndromu, s nímž se ztotožňuje i Hans Asperger. Dva rozdílné významy jednoho odborného termínu tak způsobily, že autismus byl donedávna chybně zaměňován se schizofrenií.

2.2 Charakteristika poruch autistického spektra

Dnes všechny známé autistické syndromy spadají pod skupinu příbuzných poruch nesoucí název – poruchy autistického spektra. Jedná se o velmi závažné poruchy dětského mentálního vývoje, které velmi často bývají doprovázeny přidruženými poruchami a nemocemi psychického i fyzického rázu (například mentální retardace, epilepsie, smyslové poruchy, geneticky podmíněné vady aj.). Nejedná se tedy mnohdy o jednotné postižení. Ve starší literatuře se běžně můžeme setkat také se zastaralým pojmenováním – pervazivní vývojové poruchy. Slovo pervazivní znamená všepromikající, čímž vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušen do hloubky v mnoha směrech a značně se odlišuje od vývoje zdravého jedince. Vzniklé dysfunkce se tak stávají neoddělitelnou součástí života postiženého člověka (Thorová, 2016).

2.3 Symptomatologie postižení

V 70. letech 20. století přichází Lorna Wingová, významná představitelka britské psychiatrie, se třemi problémovými okruhy symptomů, jež pokládá za zcela zásadní pro diagnostiku poruch autistického spektra (Thorová, 2016). Jedná se o omezení recipročních sociálních interakcí, reciproční komunikace (verbální i neverbální) a imaginace, projevující se omezeným repertoárem chování. Pakliže se objevují společně, nazývají se triádou poškození, skládající se z problematiky v oblasti 1) sociálního chování, 2) komunikace a 3) představitosti (Gillberg; Peeters, 1998).

„Jestliže někdo trpí triádou postižení v jakékoliv formě, jeho osobní vývoj je vážně narušen. Lidé takto postižení shledávají život obtížným, matoucím, zstrašujícím. Jsou velmi zranitelní a utíkají k omezeným množstvím činností, aby našli bezpečí a předvídatelnost. Potřebují stejný typ pomoci ve vzdělávání, výchově, rekreaci i zaměstnání. Jsou závislí na jiných a musíme jim opatřit takové vnější podmínky, aby struktura organizace učinila jejich život jasnějším a snazším.“

Lorna Wingová (in Peeters 1998, s. 92).

Velmi často můžeme narazit na jedince, kteří nevykazují všechny charakteristické symptomy okruhů triády poškození, ale pouze se jim přibližují, nebo lépe, vykazují jen některé jejich projevy. S tímto se ale setkáváme běžně u diagnostiky poruch autistického spektra, neboť nikdy nenajdeme dva jedince s identickými symptomy v daném problémovém okruhu triády. Každý autistický jedinec představuje jakýsi originál, a proto k němu tak musíme přistupovat (Vocilka, 1996).

2.3.1 Problematika sociálního chování

První okruh triády představují abnormality v oblasti sociálního chování (jinak také sociální interakce). Už po narození od prvních dnů a týdnů života můžeme u dětí pozorovat základní projevy sociálního chování – broukají si, usmívají se, žvatlají, ukazují na předměty aj. Jejich dovednosti se neustále vyvíjejí, diferencují a upevňují. S tímto se ale častokrát nesetkáváme právě u dětí s poruchami autistického spektra (Thorová, 2016). Děti například nevyhledávají oční kontakt, nejeví značný zájem o pozornost svého okolí, nereagují na zvuky a hlasy, proto někdy u rodičů mohou vyvolávat podezření, že jsou hluché. Nevytvářejí si typickou vazbu k rodinným

příslušníkům a málokdy se u nich setkáváme se strachem při odloučení od blízké osoby nebo se strachem z cizí osoby. Absence těchto sociálních dovedností může být primárním vodítkem při diagnostice autismu (Hrdlička; Komárek, 2014).

Sociální intelekt je vždy vůči mentálním schopnostem postiženého jedince ve velkém deficitu. Zároveň se porucha sociální interakce hloubkou postižení u jednotlivých dětí s poruchou autistického spektra výrazně liší. Můžeme se tedy například setkat s jedinci, kteří mají problémy se základními sociálními dovednostmi, jež jsou vlastní dětem v kojeneckém věku, u jiných může sociální chování odpovídat úrovni tříletého dítěte, nebo u mírnějších variant handicapu věkové kategorii šesti (i více) let. Sociální projev však není stabilní, s přibývajícím věkem se může měnit. V každém případě bude chování vždy vykazovat autistické abnormality (Thorová, 2016).

Přestože se pravděpodobně nikdy nesetkáme se dvěma jedinci se stejnou poruchou autistického spektra s identickými symptomy v oblasti problematiky sociálního chování, můžeme toto kritérium rozdělit na dva extrémní póly – typ pasivní a typ aktivní. I přes jasné rozdělení se tyto druhy chování mezi sebou částečně prolínají. Proto není divu, když se setkáme s jedincem, který v dané situaci vykazuje souběžně symptomy pasivního i aktivního typu chování. Každý z nás reaguje v určitém sociálním prostředí odlišně. Stejně tak se nechováme pořád stejně v přítomnosti různých lidí. Tudíž musíme brát v potaz všechny přítomné sociální vlivy a být tak obezřetní při diagnostice a určování jednotlivých symptomů u lidí s poruchou autistického spektra v oblasti sociálního chování (Thorová, 2016).

Typ pasivní, charakteristický jedincem, který se při jakékoli snaze o sociální kontakt s jeho osobou odvrátí a nereaguje, vyhýbá se tedy komunikaci, snaží se interakci nevnímat, zakrývá si oči a uši, křičí, utíká se schovat do kouta, neprojevuje potřebu fyzického kontaktu, nevyhledává přátele, nezapojuje se do společenských her, má omezenou potřebu sdílení svých potřeb, emocí a pocitů. Vykazuje tedy nízkou sociální aktivitu. S přibývajícím věkem však u některých jedinců můžeme pozorovat značný progres v oblasti sociálního chování, zejména potom v kontaktu s blízkými osobami (Thorová, 2016).

Na druhé straně máme typ aktivní, jenž vykazuje vysokou sociální aktivitu, avšak na danou sociální situaci reaguje nepřiměřeně, velmi častokrát i nevhodně. Snaží se navázat kontakt všude a s každým (nerozlišuje, zda se jedná o příbuzného z rodiny, či cizího člověka na ulici), nectí, nevnímá a nerozumí společenským normám, nepřiměřeně vyhledává fyzický kontakt, velmi častokrát se dotýká druhých lidí, upřeně jim hledí do očí a dokáže jim sáhodlouze vyprávět o svých zájmech, přestože o to posluchači nejeví sebemenší zájem. Zároveň jsou pro ně vlastní dobré vyjadřovací schopnosti. Řeč působí strojeně a příliš formálně, stejně tak jako jejich chování (Thorová, 2016).

2.3.2 Problematika komunikace

Většina jedinců s poruchou autistického spektra o sociální kontakt pravděpodobně jeví zájem. Schopnost jeho navázání skrze komunikaci však pro ně představuje značný problém, nepramenící ve specifických poruchách řeči nebo komunikace, jak by se na první pohled mohlo zdát, nýbrž v pochopení samotného významu řeči a komunikace. Nejsou si vlastně vědomi toho, že komunikace představuje jakýsi nástroj, prostřednictvím kterého mohou ovlivnit své prostředí (Gillberg; Peeters, 1998). Tato fakta přivádí člověka do role cizince, jenž nerozumí svému okolí. Postrádá v něm čitelnost, přehlednost a existenci pevně zakotveného řádu, díky němuž by našel oporu a pomoc pro porozumění dané společenské situaci. Postižený jedinec se tedy vyskytuje nepřetržitě v chaosu, ve kterém se přirozeně ztrácí a pocítuje nejistotu, úzkost a strach, což znásobuje jeho deficit v oblasti sociálního chování (Bartoňová; Bazalová; Pipeková, 2007).

U autistických dětí pozorujeme, že rozvoj řeči bývá značně opožděn ve srovnání s vývojem u zdravých jedinců. Tato skutečnost patří mezi primární indicie vedoucí rodiče k zamyšlení, zda za netečnosti jejich dítěte nevězí právě autismus. Publikace uvádějí, že až polovina lidí s poruchou autistického spektra si nikdy neosvojí řeč na takovou úroveň, aby dostatečně sloužila ke komunikačním účelům. Ale i u těch jedinců, kteří si řeč osvojili, pozorujeme nápadné vychýlení od běžné řeči v podobě četných abnormalit v oblasti porozumění, vyjadřování, verbální a neverbální komunikace (Hrdlička; Komárek, 2014).

Verbální komunikace jedinců s poruchou autistického spektra bývá velmi nápadná až podivná. Řeč, typická svou strohou monotónností, se skládá většinou z neobvyklé slovní zásoby. Velmi často dochází k nepřiměřenému opakování slov, špatnému používání slovosledu, strojovému přednesu bez přirozených změn intonace a výšek hlasu. U řeči se setkáváme kromě významové správnosti také s expresivní rovinou, prostřednictvím které můžeme vyjádřit své citové postoje (například radost, vzrušení, strach, agresi aj.). Tu ale právě jedinci s poruchou autistického spektra postrádají. Jelikož mají problém s pochopením a vyjádřením svých pocitů, nemůžeme se divit, když používají nevhodně zvolená slova pro určitý význam, která nespádají do obvyklých hranic komunikačních norem. S tímto se pojí i neschopnost porozumět metaforám, přirovnáním, bonmotům, slovním obrátům, nadsázce a vtipu. Tematické okruhy konverzace autistického jedince jsou značně omezené. Zaobírá se pouze tím, co ho zajímá (kupříkladu astronomie, technika a jízdní řády, oblasti typické svým řádem a jasností, jimž autisté přikládají zcela zásadní význam). Avšak u některých mírnějších forem autismu se potom můžeme setkat s komplexní znalostí daného zájmu v plném rozsahu. Dosahují tak výborných výsledků v oblasti historie, přírodních či technických oborů (Dubin, 2009). Dalším typickým symptomem problematiky verbální komunikace bývá zaměňování zájmen (například místo „já“ používá „on“ nebo „ty“). U složitějších forem autismu se v řeči běžně vyskytuje tzv. echolálie neboli mechanické opakování toho, co daný jedinec slyšel ve svém okolí. Může se jednat o jednotlivé zvuky, slova či celé věty (Bartoňová; Bazalová; Pipeková, 2007).

Neméně významnou složkou komunikace představuje její neverbální stránka. Ihned po narození od kojeneckého věku dokážou děti vyjádřit své základní potřeby a pocity skrze mimiku. Výrazem v obličeji nás informují o tom, že mají hlad, chtějí spát či touží po kontaktu. S přibývajícím věkem se neverbální signály upevňují, diferencují a pokryjí tak širší škálu podnětů (Gillberg; Peeters, 1998). U dětí s poruchou autistického spektra bývá neverbální komunikace velmi často potlačena. Hlavní abnormality pozorujeme v mimice, gestikulaci, očním kontaktu a postavení těla. Jelikož se jedná bezpochyby o nedílné součásti komunikace, tento fakt tak znevýhodňuje postižené jedince, kteří se stávají těžko pochopitelní pro své okolí. Jako abnormalita výrazu v obličeji se uvádí pojem ploché mimiky, kdy daný jedinec nereaguje na aktuální dění kolem sebe a nevyjadřuje své pocity. Někdy s nadsázkou se tento mimický výraz

nazývá jako výraz mlčenlivé moudrosti (Hrdlička; Komárek, 2014). Stejně potíže přináší autistickým jedincům i neverbální komunikace iniciovaná z naší strany. Mají velký problém s rozluštěním naší expresivity, jež dotváří skrze mimiku, gesta a postoje těla to, co si myslíme, říkáme a cítíme. Jednoduše řečeno, nejsou schopni přečíst, zaznamenat a pochopit naše emocionální signály vysílané neverbální komunikací. Proto velmi často dochází k různým nedorozuměním (Thorová, 2016).

Jak můžeme vidět, komunikace s jedincem s poruchou autistického spektra nebude nikdy jednoduchá. Avšak nemusí vždy probíhat jen pomocí řeči. Komunikaci rozlišujeme na úrovni mluvené, psané a předmětové. Autističtí lidé poměrně dobře zpracovávají informace vizuálně prostorové (kupříkladu napsané slovo, hrací kostka aj.), jelikož jsou pro ně fyzicky dobře uchopitelné. Daleko méně jsou schopni zachytit informace zprostředkované mluveným slovem, disponující přílišnou abstrakcí, pomíjivostí a dočasností. Na vyřčené slovo si nemohou sáhnout nebo si jej znovu přehrát, jelikož postrádá vizuálně prostorové prvky. Oproti tomu napsané slovo na papíře se jim nikam nerozplyne. Forma komunikace musí být individualizována konkrétnímu jedinci, neboť každý jedinec bude vykazovat své specifické symptomy z různých oblastí triády. Při výběru správné komunikační formy nelze prvotně brát zřetel na to, aby se co nejvíce podobala té naší, ale aby ji osoba s autismem co nejlépe zvládala a byla na ni co nejméně závislá. Mezi tyto aparáty patří například znaková řeč, dorozumívání prostřednictvím trojrozměrných předmětů, psaného slova, symbolů, fotografií a obrázkových postupů (Gillberg; Peeters, 1998).

2.3.3 Problematika představivosti

V předešlých kapitolách jsme se mohli dozvědět, že lidé s poruchou autistického spektra mají značný problém s pochopením významu a funkce sociálního chování a komunikace. Velmi úzce s tímto faktem souvisí narušení představivosti (někdy se také uvádí pojem imaginace). Prostřednictvím této schopnosti mohou zdraví jedinci přijímat informace ze svého okolí, porozumět jejich významu a vyvodit z nich určitý závěr, na základě kterého mohou adekvátně reagovat. Skrze představivost se tedy vlastně rozvíjí sociální chování a komunikace v oboustranném směru. Její dysfunkce se projeví například neschopností porozumět emočnímu zabarvení řeči, dvojsmyslným významům

či společenským normám užívaným na veřejnosti. Stejně tak nerozumí svým emocím a pocitům, jež pak nejsou schopni patřičně vyjádřit (Vocilka, 1996).

Mezi významnou součástí vývoje představivosti patří rozvoj schopnosti napodobování. U malých dětí můžeme sledovat, jak prostřednictvím nápodoby si zkoušejí a testují jednotlivé sociální situace v duchu scénáře „co se stane, když...“. Všimají si vztahu mezi příčinou a následkem, kdy na základě akce očekávají náležitou reakci. Všechny děti si například tímto způsobem testují své rodiče, když pokoušejí míru jejich tolerance. Aneb co si ještě mohou a nemohou dovolit. S přibývajícím věkem a zkušenostmi se tato schopnost přirozeně rozvíjí, diferencuje a upevňuje. Sama představivost se tak stává komplexnější. Ve výsledku pak slouží zejména k přemýšlení nad okolními podněty (jejich charakteristikami, funkcemi a vztahy k ostatním podmětům, potažmo nám samotným) a ostatními lidmi (Thorová, 2016).

Narušení představivosti přináší vysoce negativní vliv na mentální vývoj dítěte a to rovnou v několika směrech. Jedná se o narušení schopnosti imitace a symbolického myšlení, což nese za následek, že se u dítěte nerozvíjí hra, tedy jeden ze základních principů učení. Rozvoj hry spočívá již ve zmíněné představivosti (tj. fantazie, tvořivost), dále pak v úrovni myšlení, sociální dovednosti (tj. nápodoba, sdílení pozornosti) a motoriky. Jedinec s poruchou autistického spektra potom spíše upřednostňuje aktivity, které obvykle preferují děti podstatně mladší věkové kategorie. Jeho chování, způsob hry a trávení volného času se tak nápadně odlišuje od svých vrstevníků. Skrze jednoduché stereotypní činnosti nalézá neměnnou předvídatelnost a čitelnost, jež jsou pro něj zcela zásadní. Jedná se například o krouživé pohyby v zápěstí oblíbeným předmětem, kývavé pohyby celým tělem, sbírání a zaznamenávání různých faktů typu sportovních výsledků, historických událostí či časových údajů pravidelných dopravních linek aj. Za předpokladu přetržení pomyslné niti stereotypní kontinuity, se jedinec v dané sociální situaci absolutně ztrácí, vzniklé nesrovnalosti nerozumí, nechápe, proč se nepokračuje podle obvyklého scénáře. Pociťuje strach, úzkost a vnitřní chaos, proto za této situace reaguje častokrát nepřiměřeně – utíká, křičí, přestává komunikovat a může se začít chovat agresivně vůči sobě i svému okolí, čímž se ujišťuje o své existenci. Pozorujeme tedy u něj nízkou frustrační toleranci (Thorová, 2016). Dalo by se tedy říci, že autističtí lidé vnímají svět kolem sebe pouze černo-bíle, nevnímají existenci šedi života. Věci jsou podle nich buď takové, anebo takové právě nejsou, žádná jiná varianta

nepřichází v úvahu. Pokud tato situace nastane, neumí se s ní vypořádat, jelikož nespadá pod zajetý černo-bílý systém (Dubin, 2009).

V rámci diagnostiky poruch autistického spektra sledujeme v oblasti problematiky představivosti zejména symptomy repetitivních aktivit (tj. neustále se opakující v čase), stereotypních vzorců chování, projevů či her a silného myšlenkového zaujetí pro dané téma nebo činnost, doprovázené ulpíváním. Stejně tak jako u sociální interakce a komunikace je představivost každého autistického jedince narušena do jiné míry. Charakteristické projevy se u nich vyskytují v různé frekvenci a kvalitě. Projev abnormalit v oblasti dysfunkce představivosti však není stabilní, s přibývajícím věkem se může do značné míry měnit, avšak nikdy neztratí autistické rysy (Hrdlička; Komárek, 2014).

Lidé s poruchou autistického spektra díky triádě postižení obvykle nerozumí světu kolem sebe, který je pro ně příliš abstraktní, neboť obsahuje nespočet rozličných podnětů, jež nejsou schopni přijímat, chápat a vzápětí na ně adekvátně reagovat. Můžeme je vlastně přirovnat k realistům žijícím ve světě surrealistů. Proto se velmi často uzavírají do svého vlastního vnitřního světa jasnosti, čitelnosti a předvídatelnosti. S jeho pomocí potom nalézají životní harmonii, porozumění a radost (Thorová, 2016).

3 Etiopatogeneze poruchy

Dalo by se říci, že soubor příčin a mechanismů zodpovědných za vznik poruch autistického spektra není dodnes stále ještě znám. Navzdory mnohým výzkumům, zabývajícím se možnými příčinami jejich vzniku, doposud nemůžeme mluvit o jednoznačné etiologii, neboť poměrně velká variabilita a komplexnost symptomů poruch autistického spektra reflektuje různorodost jednotlivých poruch s mnoha příčinami. Stejně tak jako u jiných onemocnění a poruch přílivem nových informací názory na autismus prošly, a stále procházejí, řadou změn (Bartoňová; Bazalová; Pipeková, 2007).

Zásadní zlom v pohledu na autismus přichází roku 1943, kdy Leo Kanner ve své publikaci popsal charakteristické znaky specifické vrozené poruchy, které nesplňovaly diagnostická kritéria žádné do té doby známé kategorie psychických onemocnění. Čímž tak osamostatnil a oddělil autismus od schizofrenie (Kanner, 1943). Ještě v té době byl zastáncem názoru, že za vznikem autistické poruchy stojí genetické předpoklady (Vocilka, 1996).

„Dobré a špatné stránky v člověku, jeho potenciál být úspěšný nebo neúspěšný, jeho schopnosti a deficity – to vše jsou jen podmínky, které pochází ze stejného zdroje. Náš terapeutický cíl je naučit člověka, jak se potýkat se svými problémy. Nikoliv jej jich zbavit, ale vytrénovat jej, aby se uměl potýkat se speciálními výzvami prostřednictvím speciálních strategií. Jak ukázat člověku, že není nemocný, ale zodpovědný za svůj život.“

Hans Asperger²

V této kapitole si představíme různá vysvětlení možné etiopatogeneze poruch autistického spektra skrze významné teorie, které nejvíce ovlivnily a některé stále ještě ovlivňují odborné výzkumy problematiky autismu, včetně jejich terapeutických metod.

3.1 Psychoanalytická teorie

V období 50. let 20. století se z poválečné Evropy dostává na území Ameriky psychoanalytické hnutí, jež velmi pozměnilo Kennerovo vnímání problematiky etiopatogeneze autismu. Pod vlivem psychoanalýzy se zaměřil na zkoumání

² Dostupné online: www.the-art-of-autism.com, [cit. 2018-04-02]

rodičovských charakteristik, kde se zejména zaobíral výchovnými principy, metodami a přístupy. Ze svého pozorování vnímá rodiče jako chladné, tvrdé, sobecké, úspěšné ve svém pracovním oboru, kterému se plně věnují, nezajímající se o problémy svého dítěte. Podezřívá rodiče, že se svými dětmi zacházejí stejně jako s předměty. Za hlavní příčinu vzniku autismu tedy pokládal dlouhodobý proces emocionálního ochlazení dětí sobeckými rodiči. V rámci této teorie se setkáváme s Kannerovým slovním spojením „matka lednička“, charakterizující typicky chladnou a odtazitou matku dítěte s autismem. Jelikož byl Leo Kanner velmi uznávaný, tento názor nabral platnost v uvozovkách globálního rázu. Ovlivnil tak myšlení širšího společenského spektra a ukotvil v něm přesvědčení o rodičovské vině. Není divu, že dopady této teorie na sebe nenechaly dlouho čekat. Přirozeně to nejvíce pocítili rodiče postižených dětí, nesoucí obrovský pocit provinění a nejistoty (Thorová, 2016).

Dalšího významného představitele tohoto názoru představuje Margaret Mahlerová (1952), americká pediatrička a psychoanalytička, řadící autismus mezi vývojové psychózy. Její teorie pokládá každé zdravé dítě do jeho prvních tří měsíců života za autistické. Přirozeně si tedy neuvědomuje okolní svět, nereaguje a nekomunikuje s ním. Toto období nazývá tzv. autistickou fází. Teprve přes pravidelně se opakující cyklus stimulů tělesné tenze, uspokojení a úlevy si dítě začíná uvědomovat vnější realitu představovanou matčinými podněty. Na přelomu třetího a čtvrtého měsíce života začíná dítě reagovat na své okolí, usmívá se, žvatlá, přestává tedy být autistické. Za předpokladu, že starající se osoba není patřičně emocionálně vřelá a o dítě dostatečně fyzicky nepečuje, jedinec z autistické fáze nikdy nevyroste (Mahler, 1952).

Do skupiny odborníků přisuzující etiopatogenezi syndromu psychoanalytickému mechanismu spadá i význačná britská dětská psychoterapeutka Frances Tustinová, zprvu nahlížející na autismus jako na poruchu způsobenou nedostatečnou výchovou. Na základě svých četných studií však dochází k značnému obratu a od psychoanalytické interpretace etiologie se odvrací. Zjistila totiž, že v období prvních tří měsíců života se zdravé děti v autistické fázi nechovají stejně jako děti s autismem. Skrze pozorování komunikačního vztahu mezi kojencem a matkou dospěla Frances Tustinová (1994) k závěru, že autismus je poruchou vrozenou, a nikoli zapříčiněnou emočním traumatem, čímž tak vyvrátila psychoanalytickou teorii a nasměrovala zkoumání na organické příčiny vzniku autistických poruch (Tustin, 1994). S totožným přesvědčením se

setkáváme u amerického psychologa Bernarda Rimlanda (1962), jenž sám jako otec autistického dítěte striktně odmítá teorii o rodičovské vině. Ve své publikaci charakterizuje autismus jako neurobiologickou poruchu organického původu. Svou studií vyvrátil mýtus o odlišnostech v rodičovské výchově zdravých a postižených dětí. Naopak prokázal, že se rodiče svým potomkům věnují s maximální péčí, nikterak je citově nezanedbávají, jejich postoje a chování se neliší od rodičů zdravých jedinců (Rimland, 1962).

Za výsledek psychoanalytické teorie pokládáme rozvrácené rodiny, kde si rodiče vzájemně dávali za vinu vznik poruchy u svého dítěte. Velmi často absolvovali drahá psychoterapeutická sezení, na základě kterých byly některé děti přesunuty do ústavní péče, aby se tak omezil jejich kontakt se „zhoubným“ prostředím rodiny. Výchova a vzdělávání autistického jedince, potažmo zlepšování jeho stavu, se tak odsunuly na vedlejší kolej. Doba, kdy rodiče byli obviňováni za postižení svých dětí, se řadí k nejčernějším obdobím v dějinách psychologie a psychiatrie (Hrdlička; Komárek, 2014).

Psychoanalytická teorie definitivně uhasíná v 80. letech 20. století, kdy většina odborníků začíná všeobecně akceptovat organický původ poruchy. Ke své původní tezi se navrácí i Leo Kanner, nově kladoucí důraz na podrobná neurologická vyšetření a laboratorní testy u všech jedinců s autistickou poruchou (Možný; Praško, 1999).

3.2 Behaviorální teorie

Oproti psychoanalytické teorii přistupuje behaviorální hnutí k autistickým dysfunkcím jako k neurobiologickým poruchám organického původu. Přestože se nejedná o klasickou teorii vysvětlující etiopatogenezi poruchy, svým přístupem velmi napomohla ukotvení správného směru nahlížení na problematiku autismu, co se týče jeho etiologie, diagnostiky a používání terapeutických metod (Možný; Praško, 1999).

Na přelomu 50. a 60. let 20. století se na americké vědecké půdě setkáváme s behaviorálním směrem, jenž se stává zcela zásadním pro tehdejší psychoterapeutické přístupy. Hlavní předmět jeho zkoumání představuje problematické chování postižených jedinců. Odborníci zastávající behaviorální teorii tvrdí, že prostřednictvím vhodných posilovacích metod je možné nežádoucí chování odnaučit a dokonce přeučit

na jeho přijatelnou formu. Systematické poskytování odměn za žádoucí chování a trestů za nežádoucí chování povede k trvalým změnám v chování daného jedince požadovaným směrem (Možný; Praško, 1999).

U jedinců s poruchou autistického spektra se jako posilovací prostředek nejčastěji používá oblíbené jídlo, hudba či předmět. Jiné druhy motivace, fungující u ostatních lidí, jsou v tomto případě neúčinné. Nyní si behaviorální teorii ukážeme na konkrétním příkladu. Představme si autistické dítě, jež pokaždé, když se má připravit na procházku, ztropí scénu při obouvání bot. Odmítá se obout, přestává komunikovat, pláče, křičí, může být i agresivní vůči svému okolí i sobě samému. Skrze vhodný posilovací prostředek ve formě odměny (kupříkladu oblíbená sladkost, skladba či hračka aj.) můžeme docílit toho, že autistické dítě dokáže vyřešit pro něj doposavad nevladatelnou situaci (v našem případě nazout si boty, zavázat tkaničky a to bez obvyklých obsesí). Pravidelným opakováním této situace efektivně oslabujeme prvky nežádoucího chování a naopak posilujeme žádoucí reakci na danou činnost. Autistický jedinec se tak vlastně učí zvládat problematické situace, které jej doprovází každým dnem. Postupem času se naučený systém chování stává jemu vlastní, a proto se velmi často postupně upouští od odměn až do doby, kdy řešení situace probíhá automaticky bez jakékoli formy motivace. V dnešní době se na tomto principu behaviorální teorie zakládá většina psychoterapeutických cvičení určených pro jedince s poruchou autistického spektra (Thorová, 2016).

Na druhé straně se setkáváme s terapeuty přicházejícími s opačnými závěry. Motivační posilování nevnímají jako účinné, naopak referují o pozitivních výsledcích averzní terapie, v rámci které se nežádoucí chování trestá nepříjemnými zážitky. V období 60. až 80. let 20. století bylo užívání trestů velmi rozšířené. Na raných počátcích averzního směru behaviorální teorie se dokonce používaly krátké bolestivé elektrické šoky, jež měly potlačit prvky nežádoucího chování. Tímto drastickým způsobem se například „lécily“ sebezraňující sklony u lidí s autismem. Některé publikace té doby uvádějí, že léčba je v určitých případech velmi efektivní a plně stačí k tomu, aby nevhodné projevy chování zcela vymizely. Z hlediska etiky se ale jedná o záležitost velmi spornou, přinášející v odborných kruzích značnou vlnu odporu. Přední psychologické a psychiatrické špičky diskutovaly o efektivitě ve směru pozitivním i negativním (Thorová, 2016). Došli k závěru, že ačkoli ve většině případů došlo často

k redukci nežádoucího chování, objevilo se nevhodné chování obdobného rázu v jiné situaci (Lichstein; Schreibman, 1976). Trest se tedy v určitém kontextu může naopak stát posilovačem nevhodného chování. Není divu, že používání averzních metod bývá často vnímáno větší částí společnosti za zásah do lidských práv a svobod produkující „roboty z masa a krve“. V 80. letech se už hovoří o mytologii trestu, neboť teorie zastávající averzní směr behaviorální teorie jsou považovány za překonané. Pozornost se tak obrací k vhodným posilovacím prostředkům, skrze které se terapeutické systémy zaměřily na rozvíjení dovedností jedinců s poruchou autistického spektra (Thorová, 2016).

Ole Ivar Lovaas, americký terapeut z univerzity v Los Angeles, se významně přičinil na rozvoji behaviorální teorie v její novodobé éře (Lovaas; Wright, 2006). Proslul zejména svým úspěšným intervenčním programem pro autistické děti, jenž nepovažoval za lék, jelikož organická příčina autismu není ještě zcela známá, nýbrž za metodu, pomocí které lze vrozený deficit snížit či vyrovnat. Vycházel z přesvědčení, že lidský nervový systém je vysoce adaptabilní a prostřednictvím vhodného behaviorálního tréninku v rozsahu třiceti až čtyřiceti hodin týdně lze dosáhnout znatelného pokroku u autistického jedince. Tímto způsobem vznikla vysoce strukturovaná metoda aplikované behaviorální analýzy se zkratkou ABA. V průběhu několika let byly publikovány pozitivní výsledky efektivity ABA terapie, čímž se zařadila mezi nejvíce účinné a užívané, i když značně nákladné terapie autismu (Lovaas; Wright, 2006).

3.3 Vakcinační teorie

Mezi další velmi diskutované domněnky etiopatogeneze poruch autistického spektra zahrnujeme podezření na nepříznivé vlivy očkování narušující správný vývoj a činnost centrální nervové soustavy. Na konci 90. let 20. století přichází s touto etiologickou hypotézou britský gastroenterolog Andrew Jeremy Wakefield (1999), jenž prostřednictvím svého výzkumu poukazuje na možnou spojitost mezi aplikací očkovací vakcíny (konkrétně trojkombinace spalničky, zarděnky, příušnice) a vznikem autismu. Tvrdí, že bezprostředně po vakcinaci dochází k vytvoření zánětu v oblasti tenkého a tlustého střeva, v jehož důsledku vznikají toxiny, které se nejprve dostávají do krve a následně oběhovým systémem až do mozku, centra nervové soustavy, kde zapříčiňují vznik autistické poruchy (Wakefield, 1999). Vakcinační teorie ověřovaná mnoha

výzkumnými instituty se však nikdy nepotvrdila. Nicméně zájem o tuto byť přelomovou, nýbrž ryze konspirační hypotézu, vzbudil obrovský zájem médií. Výsledky Wakefieldovy studie, zveřejněny v několika člancích, rozpoutaly obří vlnu averze vůči vakcinaci. Masivní protiočkovací kampaň poznamenala prakticky celý svět, nevyjímaje ani Českou republiku, kde jsme se běžně mohli setkat na internetu s tituly článků „Smrtící imunita“ a podobně. Značně se tak snížila proočkovanost populace, jež přinesla nárůst počtu onemocnění a souvisejících zdravotních komplikací (Thorová, 2016).

Vlna kritiky se nevyhnula ani Andrew Jeremy Wakefieldovi, jenž byl pranýřován především za nekvalitní metodologické postupy, neetické zacházení s pacienty a nepřiznaný střed zájmů. Následky na sebe nenechaly dlouho čekat a lékařská komora jej zbavila lékařské licence. Roku 2010 pak došlo k úplnému stažení článku (Thorová, 2016).

Definitivní vyvrácení vakcinační teorie přináší rozsáhlá metaanalytická studie zahrnující vzorek více než milionu dětí, když dochází k závěru, že očkování nikterak nezpůsobuje vznik poruch autistického spektra. I přesto však dodnes zůstává ve společnosti zakotvena značná nedůvěra vůči vakcinačním látkám (Taylor; et al., 2014).

3.4 Neurobiologická teorie

Už samotní průkopníci autismu Leo Kanner a Hans Asperger částečně předpovídali organický charakter etiologie vrozené poruchy (Asperger, 1979). Na přelomu 70. a 80. let 20. století četné odborné výzkumy potvrzují jejich hypotézu a definitivně přisuzují etiopatogenezi poruch autistického spektra neurobiologický základ (Folstein, 1977). Po dlouhé době se tak setkáváme s všeobecně uznávaným a zejména věcným potvrzením příčiny autistické dysfunkce, což logicky odstartovalo řadu především biologických, biochemických a lékařských studií v oblasti oborů neuropsychologie, neuropsychiatrie, neurochemie, neuroanatomie a genetiky (De Myer, 1979). Výzkumný rozmach a s ním ruku v ruce přicházející znalostní pokrok přinášejí zlepšení v diagnostických a výchovně-vzdělávacích metodách. Rozsáhlá variabilita symptomů autistické poruchy však výzkum rozhodně nezlehčuje, proto se můžeme setkat s velmi rozdílnými vědeckými závěry i v dnešní době (Hrdlička; Komárek, 2014).

Jak už bylo řečeno, autismus chápeme jako neurobiologickou poruchu, jež se projevuje na správném vývoji a činnosti nervové soustavy, kde dochází k patologickým změnám ve struktuře mozku i v jeho jednotlivých systémových funkcích. Poruchu definujeme také jako vrozenou, neboť abnormality ve vývoji mozku pozorujeme již v prenatalním, perinatálním či postnatálním období. Další kaskádovité odlišnosti sledujeme i v průběhu dětství. Tyto dysfunkce potom rozvíjejí autistickou poruchu (Gillberg; Peeters, 1998).

Pozornost vědeckých pracovníků na neurobiologickou teorii etiologie poruchy přiváděly nejprve abnormality v oblasti kognitivních procesů u autistických jedinců. Jednoduše řečeno, souhrn veškerých myšlenkových operací a pochodů, jejichž prostřednictvím si člověk uvědomuje a poznává okolní svět i sebe samého, vykazuje značné odlišnosti od kognitivních procesů zdravých jedinců. Signály vysílané zvenčí jsou podle jejich teorie zpracovány „hluchým způsobem“, tudíž jedinec si z nich není schopen utvořit smysluplný závěr, a proto svému okolí nemůže dostatečně porozumět. Zmíněné dysfunkce s sebou přinášejí problémy v komunikaci, sociálním chování a představitosti, zabraňují tak přirozenému průběhu kognitivního rozvoje. Na přelomu 20. a 21. století byla lokalizována centra v kůře mozkové pro kognitivní funkce se závěrem, že konektivita mozku jedinců s poruchou autistického spektra je do značné míry oslabená. V současné době pokračuje výzkum rychlým tempem. Zaobírá se zejména organizací šedé a bílé kůry mozkové, konektivitou mozkových center, abnormalitami ve fungování nervových synapsí a fyziologickými procesy (Hrdlička; Komárek, 2014).

Neurobiologický směr poukazuje také na možnou spojitost mezi neurochemickými procesy a vznikem autismu. Předmětem zkoumání se tak stávají různé exogenní a endogenní chemické látky, které mají bezprostřední vliv na vývoj a činnost nervové soustavy. Jedná se například o serotonin, dopamin, endogenní opioidy, gliové proteiny, či gangliosidy. Četné studie probíhají i dnes, avšak nepřináší žádný důkaz o přímém vlivu na rozvoj autistické poruchy (Hrdlička; Komárek, 2014).

Veškeré tyto zmíněné příčiny mají jeden společný základ – genetiku. S touto hypotézou se setkáváme už za dob Leo Kanner a Hanse Aspergra. Až pokročilé technologie přinášejí biochemické, genetické a molekulární vyšetření, jež potvrzují

s velkou pravděpodobností genetický základ vzniku příčin rozvíjejících autistickou poruchu. Nalezené genetické anomálie se přičiňují zejména na vytváření a fungování synapsí, regulaci transkripce a uspořádání DNA v buňkách. Ve výsledku mají tedy vliv na expresi genu (De Rubeis; He; et al., 2014). Některé studie také poukazují na určité abnormality genů ovlivňující chod imunitních reakcí, jejichž výsledkem může být také rozvoj autismu. Ke změnám genetického materiálu může docházet prostřednictvím mutací. Rozlišujeme je na mutace vznikající na základě dědičného předpokladu od rodičů a na mutace vznikající *de novo*, což znamená, že ke změně genetické informace dochází buď v jedné z rodičovských pohlavních buněk, nebo vzácněji až ve vyvíjejícím se embryu (Iossifov; O’Roak; et al., 2014).

V rámci neurobiologické teorie se uvádí i pojem heritabilita, aneb poměr mezi vlivem genotypu (tj. genetické předpoklady) a vlivem prostředí (tj. okolní faktory), jejichž výsledkem je fenotyp (tj. celkový projev). Právě tyto vlivy představují stěžejní význam pro současné výzkumy. Rozsáhlé vědecké studie nejprve přisuzovaly genetice až 90% podíl na vzniku poruch autistického spektra. Postupem času spíše vyzdvihují význam prostředí a připisují mu až 50%. Poslední velká studie potvrzuje rané hypotézy a genetice přikládá hlavní podíl na vzniku poruchy v rozmezí 74-98%. Přesto se vlivy prostředí stávají nezanedbatelným faktorem při nahlížení na genetickou příčinu autismu. Můžeme si pod nimi například představit rizika v průběhu těhotenství – špatná výživa, infekční onemocnění, prožívaný stres, užívání nevhodných léků pro těhotné ženy, předčasný porod a podobně. Bezesporu sem patří i vlivy prostředí působící na dítě po jeho narození (Thorová, 2016).

Mnohé odborné studie se zaměřily na výskyt syndromu v rodinné linii. Jako první se soustředily na sourozence, konkrétně na dvouvaječná dvojčata a sourozence narozené po sobě, kde výzkumy jasně potvrdily zásadní vliv prostředí na rozvoj autistické poruchy u obou jedinců (Hallmayer; et al., 2011). Což poukazuje na fakt, že přestože oba sourozenci mají odlišný genetický základ, společné sdílení velmi podobného prostředí se do značné míry podílí na rozvoji autismu. Jeho spoluvýskyt se u dvouvaječných dvojčat pohybuje přibližně okolo 30%, u sourozenců narozených po sobě je o něco málo menší, zhruba 27%. Pro komplexnost výzkumu však musíme brát v potaz i jedince z celé rodinné linie, kteří sice nenaplňují klinická kritéria autismu, ale vykazují subklinické autistické rysy, čímž máme na mysli kupříkladu zvláštnosti

v chování, oslabené sociální dovednosti, problémy v komunikaci, introvertní až plaché projevy ve společnosti či příliš vyhraněné zájmy. I u těchto projevů můžeme hledat autistický základ. Další významnou linií představuje rodičovská generace. U rodičů s poruchou autistického spektra, schizofrenií nebo ADHD je daleko větší riziko početí autistického potomka. Pokud oba rodiče vykazují klinická kritéria autismu nebo jiného psychického onemocnění, jejich potomek bude mít s 85% pravděpodobností poruchu autistického spektra (Thorová, 2016).

I přes širokou škálu teorií a výzkumů o možných příčinách vzniku autistické poruchy, nemůžeme stále mluvit o jednoznačné etiopatogenezi syndromu. Výsledky odborných studií jsou velmi nekonzistentní vzhledem k etiologické variabilitě. Největší váha se přikládá neurobiologické teorii, jež zastává toho názoru, že pro rozvoj poruchy autistického spektra je zapotřebí součinnosti více faktorů. K nejčastěji ověřovaným vlivům patří základní biologické mechanismy zprostředkovávající vzájemné působení mezi geny a prostředím, vlivy nervového, imunitního a metabolického systému. Odborné studie samozřejmě věnují značnou pozornost i velkému množství jiných faktorů, u kterých se spojitost s rozvojem autismu zatím ještě nepotvrdila, ani nevyvrátila (Hrdlička; Komárek, 2014).

V současné době autismus pokládáme za polygenetickou vývojovou poruchu, která do značné míry postihuje zejména vývoj centrální nervové soustavy, což přináší zásadní dopad na neurologické, kognitivní a integrativní funkce člověka. Etiopatogenezi dysfunkce musíme vnímat jako multifaktoriální, komplexní a heterogenní. Následky syndromu nejsme schopni vyléčit, nicméně zlepšení jeho projevu je možné. Prostřednictvím vhodně zvolených výchovně-vzdělávacích metod můžeme dokonce docílit stavu, kdy postižený jedinec už nespadá pod diagnostická kritéria poruch autistického spektra. Žádná terapeutická metoda však doposud neprokázala stoprocentní účinnost. Není se čemu divit, neboť variabilita autistických poruch je opravdu pestrá a každý autistický jedinec představuje jakýsi unikát (Thorová, 2016).

4 Klasifikace poruch autistického spektra

V rámci následující kapitoly si představíme různé formy autismu skrze popisy jednotlivých poruch autistického spektra, které si následně přiblížíme na kazuistických případech jedinců s danou autistickou dysfunkcí.

Kromě názvu poruchy autistického spektra se velmi často v jiných literaturách můžeme také setkat se zastřešujícími názvy typu pervazivní vývojové poruchy, spektrum autistických poruch nebo autistické kontinuum. V každém případě se ale jedná o záštitu dosud klasifikovaných a diagnostikovaných druhů autistického syndromu (Bartoňová; Bazalová; Pipeková, 2007).

V dnešní době se pro klasifikaci poruch autistického spektra nejvíce používá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (2016) od Světové zdravotnické organizace, podle které je rozděluje na:

- Dětský autismus (F84.0),
- Atypický autismus (F84.1),
- Rettův syndrom (F84.2),
- Jinou dezintegrační poruchu v dětství (F84.3),
- Hyperaktivní poruchu sdruženou s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4),
- Aspergerův syndrom (F84.5),
- Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8),
- Pervazivní vývojovou poruchu nespecifikovanou (F84.9) (World health organization, 2006).

4.1 Dětský autismus (F84.0)

Dětský autismus představuje klíčové jádro poruch autistického spektra, neboť se jedná o doposud nejlépe prostudovanou a definovanou poruchu z autistické škály. Se zavedením a popisem tohoto termínu přichází roku 1943 americký dětský psychiatr Leo Kanner. Z tohoto důvodu můžeme v publikacích běžně narazit na zastaralý název Kannerův syndrom (Vocilka, 1996).

Dětský autismus je charakteristickým postižením ve všech oblastech triády, tedy v problematice sociálního chování, komunikace a představitosti. Míra závažnosti jednotlivých symptomů však není jednotná, naopak se setkáváme s různými formami dysfunkce, typickými značnou variabilitou projevů. Existují tedy formy jak mírné s relativně malým počtem mírných symptomů, tak i těžké formy s velkým počtem závažných symptomů. Specifický obraz, aneb projev autistických deficitů, se však s přibývajícím věkem mění. I přesto lze syndrom diagnostikovat v každém věku. Primární projevy se objevují nejčastěji do tří let dítěte. Tento fakt představuje stěžejní vodítko pro diagnostiku dětského autismu. Ve větším měřítku se tento syndrom vyskytuje u jedinců mužského pohlaví. Kromě poruch z klíčových oblastí triády se k dětskému autismu přidružuje také mnoho dalších dysfunkcí, jež se projevují navenek odlišným, abnormálním a někdy až bizarním chováním. Jako nejfrekventovanější komorbiditu sledujeme u dětského autismu mentální retardaci, která se vyskytuje téměř u dvou třetin postižených jedinců. V menším měřítku se pak vyskytuje epilepsie. Není potom divu, že tito jedinci jsou velmi často po celý svůj život odkázáni na bezprostřední pomoc terapeutických center a zejména rodiny (Hrdlička; Komárek, 2014).

Kazuistický příběh Jonáše

Celé prenatální i perinatální období se obešlo bez výrazných problémů vyjma komplikovaného porodu. Jonáš přišel na svět císařským řezem s lehkým přidušením. V raných fázích jeho vývoj nikterak nevybočoval od běžných norem. S malým přidržením začal obratně chodit už v deseti měsících, okolo prvních narozenin se u něj objevila první slůvka. V roce a půl pozorovali rodiče Jonáše první menší stagnaci v jeho vývoji. Řeč se přestala rozvíjet, nerad mluvil, začal používat jednoduché jednoslovné výrazy. S přibývajícím věkem se však komunikační dovednost opět obnovila, Jonáš začal se svým okolím o něco lépe komunikovat. Nejmarkantnější progres nastal kolem pátého roku, kdy se chlapec výrazně rozmluvil. Osvojil si řadu dětských říkadel a básniček, jež pořád dokola rád opakoval. Řeč však nadále disponovala četnými abnormalitami – špatná intonace, omezený slovní repertoár, nerozlišování zájmena „já“ a „on“. Málo kdy, spíše vůbec, sám spontánně zahajoval konverzaci. Navzdory diagnostikované lehké mentální retardaci byl Jonáš velmi pohybově nadaný. V šesti letech si bez větších obtíží dokázal zavázat tkaničky, zapnout zip u zimní bundy, na požádání si uklidit v pokojíčku hračky, ustlat postel a podobně.

Věci uspořádal systematicky do řad, případné nesrovnalosti ihned pečlivě opravoval. Jonáš měl problémy s hyperaktivitou, proto běžně několikrát za den jen tak pobíhal po místnosti bez sebemenšího důvodu. Nevydržel dlouho udržet pozornost na danou činnost. Společnou aktivitu s vrstevníky příliš nevyhledával, dával jednoznačnou přednost individuálním činnostem. S velkou oblibou pozoroval technické přístroje, nejraději potom větrák, zahradní sekačku nebo gramofonový přehrávač. Část jeho aktivit tvořilo i kreslení, jako hlavní témata volil oblíbené náměty – technické přístroje, nově se pak repertoár rozšířil o kostely a zvony. Kreslit postavy ale odmítal. V deseti letech stále postrádal vhléd do sociálních situací, kdy nedokázal vyhodnotit jejich kontext. Nerozlišoval tykání od vykání, pro každou situaci volil neměnný, pravděpodobně naučený, komunikační styl. Nyní je Jonáš integrovaný v základní škole, kde se vzdělává podle speciálního vzdělávacího plánu za pomoci asistenta pedagoga (Thorová, 2016).

4.2 Atypický autismus (F84.1)

Atypický autismus pokládáme za velmi heterogenní poruchu autistického spektra, neboť částečně naplňuje diagnostické požadavky dětského autismu. U jedinců s tímto syndromem však nepozorujeme striktní postižení ve všech oblastech triády, kdy způsob vyjádření, tíže a frekvence symptomů nenaplňuje diagnostická kritéria autismu. Přesto pozorujeme četné abnormality v jiných oblastech chování. Mezi největší problematiku potom spadají obtíže při navazování vztahů a nepřiměřená sentimentalita. Další odlišnost od dětského autismu představuje doba projevů, která nastává, nebo lépe řečeno, bývá pozorována, většinou až po třetím roce dítěte. Vývoj dalších dovedností je u těchto dětí velmi variabilní a nestabilní. Postižení čítá větší zastoupení u jedinců mužského pohlaví. Autistické chování se přidružuje k těžké a hluboké mentální retardaci, kdy mentální věk dosahuje obvykle méně než patnáct měsíců. I z tohoto důvodu se atypický autismus těžce diagnostikuje a odlišuje od kritérií dětského autismu (Bartoňová; Bazalová; Pipeková, 2007).

Kazuistický příběh Jakuba

Během těhotenství, porodu ani poporodního období nebyly pozorovány žádné abnormality ve vývoji malého Jakuba. Do dvanácti měsíců po narození nevysledovali Jakubovi rodiče žádné výrazné odchylky od běžného vývoje zdravých dětí. Chlapec si

tak osvojil obvyklá slovíčka typu „máma“, „táta“, „bum“, „bác“, „hají“, avšak rozvinutější řeč se u něj už nikdy neobjevila. O sociální kontakt nejevil patřičný zájem, se svým blízkým okolím téměř nekomunikoval, na oslovení a pokyny nereagoval. Z tohoto důvodu měli rodiče vážné podezření, že Jakub neslyší. Odborná vyšetření však jejich domněnku vyvrátila. Četné problémy se vyskytovaly i v usínání, přes noc dokonce někdy ani vůbec nespál. Na druhé straně Jakub disponoval pohybovým nadáním, jež sporadicky uplatňoval ve sportovních aktivitách. Situace se bohužel nezměnila ani s přibývajícím věkem, ve třech letech stále nemluvil a nespolupracoval. Jeho chování popsali rodiče jako náladové, kdy poklidné stavy střídaly záchvaty vzteku doprovázené křikem. Mírné zlepšení, lépe řečeno stabilizace, nastalo po dosažení věkové hranice pěti let. Při kontaktu s rodiči se jevil o poznání šťastnější, než tomu bývalo dříve, odloučení od nich však silně emočně nezvládal. Základní pokyny vnímal, místy na ně i adekvátně reagoval. Upřednostňoval samoobslužné chování před sociální interakcí, respektive komunikací, se svým blízkým okolím. Zřídka kdy gestikuloval, velmi málo užíval napodobovacích dovedností. Ruku dospělého člověka vnímal jako obyčejnou věc, neboť s ní zacházel jako s nástrojem. Zpozorovaná hra u Jakuba nevykazovala výrazné stereotypie typické pro autistický syndrom, naopak se objevily náznaky sociálně-nápodobných prvků hry (například Jakubovo starání se o oblíbeného medvídku). Absence se týkala i oblasti repetitivních pohybů celého těla, která se velmi často vyskytuje u ostatních poruch autistického spektra (Thorová, 2016).

4.3 Rettův syndrom (F84.2)

Rettův syndrom představuje velmi závažnou neurobiologickou vývojovou poruchu pervazivního rázu, neboť negativně postihuje téměř všechny somatické, psychické a motorické funkce člověka. S termínem, přicházejícím od významného rakouského dětského neurologa Andree Retta, se poprvé setkáváme roku 1966 v jeho publikaci poměrně rozsáhlé studie jednadvaceti dívek a žen, jež vykazovaly identické symptomy autistického rázu (Rett, 1966). Rettův syndrom patří mezi jedinou poruchu autistického spektra, u které jasně známe její etiopatogenezi. Příčiny poruchy nesou genetický základ, kdy konkrétní gen způsobuje vznik poruchy na distálním dlouhém raménku chromozomu X. Vyskytuje se pouze u žen, neboť u mužů způsobuje genetická

mutace natolik závažnou encefalopatii (tj. globální dysfunkce mozku), jež už není slučitelná se životem (Bartoňová; Bazalová; Pipeková, 2007).

Stejně tak jako u všech ostatních poruch autistického spektra se mezi základní diagnostická kritéria zahrnují abnormality z oblasti triády poškození, které se postupně objevují od pěti nejpozději osmnácti měsíců života. Do té doby probíhá vývoj dětí bez sebemenších odchylek. Během prenatálního ani perinatálního období nepozorujeme odlišnosti od vývoje zdravých jedinců. Ve většině případů se u nich nevyskytují žádné autistické rysy. V určitém období, již zmíněné rozmezí pěti až osmnácti měsíců, však dochází k zřetelné stagnaci a regresi, kdy dítě ztrácí všechny své dosavadně nabyté poznávací, jazykové a pohybové dovednosti. Zároveň také dochází ke zpomalení růstu hlavy. Dalším zásadním diagnostickým prvkem jsou kroutivé, svíravé a tleskavé pohyby rukou repetitivního charakteru, které bývají nazývány v odborných kruzích „mycími pohyby“. U těchto jedinců se velmi často setkáváme s problémy se žvýkáním, nadměrným sliněním a vyplazováním jazyka. V horších případech doprovází Rettův syndrom nepravidelné dýchání, skolióza a kyfoskolióza. Z tohoto důvodu jsou tito jedinci v určitých případech trvale odkázáni na invalidní vozík nebo na lůžko. Nejfrekventovanější komorbiditu reprezentuje zejména epilepsie a mentální retardace. Stejně tak jako u všech poruch autistického spektra pozorujeme širokou škálu variability symptomů. Z tohoto důvodu existují přirozeně formy mírnějších i závažnějších projevů Rettova syndromu (Hrdlička; Komárek, 2014).

Kazuistický příběh Lucie

Celé prenatální i perinatální období včetně porodu probíhalo bez jakýchkoli komplikací. Ani výsledky preventivní amniocentézy nepřivedly ošetřující lékaře na podezření, že by snad mohlo být něco v nepořádku. Lucie se narodila donošená po obvyklých devíti měsících, mající předpisovou váhu i míru. Obvod hlavičky nevykazoval žádné odchylky od normy. Během prvního měsíce života rodiče nepozorovali žádné abnormality ve vývoji své ratolesti. Potíže se spánkem či kojením se u Lucie nevyskytovaly. Okolo třetího měsíce odborná vyšetření diagnostikovala Lucii lehkou svalovou hypotonií (tzn. menší svalové napětí, které se projeví na celkové pohybové funkci), jinak vývoj nevybočoval z rámce běžné normy. Na přelomu osmého a devátého měsíce života si rodiče všimli prvních projevů stagnace. V roce už bylo

zřetelné, že vývoj není zcela v pořádku. O poznání méně tak Lucie jevila zájem o své blízké okolí, přestala s ním komunikovat, reagovat na veškeré jeho podněty a ukazovat na věci. Už v té době jsme se u ní setkali s úplnou absencí řeči. Jediný vydávaný zvuk, jenž vydávala, představovalo skřípání zubů. Nejmarkantnější symptom představoval pozastavený růst hlavy. Speciální diagnostická centra měla v tu chvíli jasno – Rettův syndrom, porucha autistického spektra. V roce a půl začala Lucie samostatně chodit, místy dokázala ještě uchopit hračku nebo se najíst pomocí vlastních rukou. Během devatenáctého měsíce života rodiče pozorovali značnou regresí všech doposavad naučených dovedností. Největší zhoršení přišlo v jemné manuální motorice. Kolem třetího roku přestala Lucie úplně chodit. V šesti letech se k primární poruše autistického spektra přidružila epilepsie. Postupem času se celkový psychický stav zlepšoval, lépe řečeno stabilizoval. Lucie od té doby působila veseleji, často se smála, navazovala oční kontakt, zajímala se o své okolí, ráda si hrála se sourozenci, s oblibou poslouchala hudbu, zvuky přírody i rozhovory blízké společnosti. Rozuměla jednoduchým pokynům, podle kterých se dokázala chovat. Nevydržela se však dlouho soustředit, pozornost udržela jen po omezenou dobu. Do věkové hranice osmi let si osvojila pár slov, jež velmi sporadicky užívala. Po dosažení této věkové linie však nastala další vlna stagnace a regrese, například úplně zanikla schopnost řeči. Téhož roku nastoupila do speciální školy, kde řešila úlohy na úrovni mentálního věku tříletého dítěte. Zde se jí střídají lepší a horší dny, což je velmi ovlivněno frekventovanou změnou nálad. Z úspěšné práce a následné pochvaly má Lucie obrovskou radost (Thorová, 2016).

4.4 Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84.3)

S prvním komplexnějším vymezením jiné dezintegrační poruchy v dětství (ve starší literatuře někdy též bývá nazývána Hellerovým syndromem, infantilní demencí nebo dezintegrační psychózou) se setkáváme roku 1908 v publikaci významného vídeňského speciálního pedagoga Theodora Hellera, jenž se ve své práci zabýval studiem a popisem případu šesti dětí, u kterých došlo mezi třetím a čtvrtým rokem života ke značné stagnaci a regresí do té doby normálního vývoje. V tomto období u nich zároveň zpozoroval nástup těžká mentální retardace (Heller, 1908).

Současná diagnostická kritéria se od původní Hellerovy charakteristiky příliš neliší. Vývoj dítěte probíhá do dvou let bez sebemenších abnormalit – dítě mluví

v krátkých větách, udržuje sociální kontakt, gestikuluje aj. Po jeho dosažení však dochází k postupným změnám, jež se projevují v různé intenzitě a variabilitě. V rozmezí dvou až deseti let se udává nástup poruchy v plném rozsahu, nejčastěji se ale objevuje už mezi třetím a čtvrtým rokem života. Značné odchylky pozorujeme ve všech oblastech triády, tedy v sociálním chování, komunikaci a představitosti. Ve výsledku tedy porucha přináší dopad na kognitivní funkce. U těchto autistických jedinců dochází ke zhoršení nebo úplné ztrátě dosavadně naučených dovedností, kdy nejmarkantnější změnu sledujeme v poruše komunikace, respektive řeči. K těmto základním pozorovaným projevům se velmi často přidružuje i emoční labilita, agresivita, úzkost, hyperaktivita, problémy se spánkem, abnormální reakce na sluchové podněty či celkově špatná motorika. Primární autistickou poruchu obvykle doprovází těžká mentální retardace, méně potom epilepsie. S větším zastoupením se porucha vyskytuje spíše u chlapců (Gillberg; Peeters, 1998).

Jiná dezintegrační porucha v dětství se od dětského autismu liší pozdější dobou nástupu prvních symptomů a podstatně markantnější ztrátou nabytých dovedností (Bartoňová; Bazalová; Pipeková, 2007).

Kazuistický příběh Radka

Radek se narodil jako první ze tří sourozenců. Těhotenství proběhlo bez sebemenších problémů, kromě drobného krvácení ve třetím měsíci. Samotný porod se odehrál v pořádku v řádném termínu, dítě bylo donošené. Radkův prenatalní a perinatální vývoj se nikterak nelišil od vývoje zdravých jedinců, splňoval veškeré normy patřičné věkové kategorie, nevykazoval žádné autistické rysy. Obratně se tedy přetáčel v pěti měsících, v jedenácti měsících už začal chodit, dokonce od patnácti měsíců vydržel přes den bez plen. V oblibě měl dětské říkanky, knížky a hračky, se kterými si hrál s velkým zaujetím. Pravidelně vyhledával sociální kontakt se svým blízkým okolím, nahlas se smál, když se koukal na pohádky, jevil zájem o oční kontakt a pozornost, prstem ukazoval na okolní předměty, uměl předvést, jak je veliký aj. První slovíčka si osvojil ještě před svými prvními narozeninami, kdy bylo zjevné, že rozumí řadě slov. Slovní zásoba se s přibývajícím věkem rozšiřovala, říkal „máma“, „táta“, „bába“, „pít“, „ven“ a podobně. Zlomové období nastalo kolem druhého roku, kdy si Radkovi rodiče poprvé všimli jistých abnormalit v jeho chování. Bez sebemenšího

důvodu dokázal probrečet půlku dne, v noci neklidně spal, opětovaně se budil nebo dokonce vůbec nespál. Dalším pozorovaným symptomem se stala regrese v oblasti komunikace. Místo slov vydával neartikulované slabiky a zvuky, začal být náladovým, přestal reagovat na podněty ze svého okolí. I návyk na toaletu se prakticky zcela vytratil. Rozrušení dával najevo zejména agresí, prudce mával rukama, začal trhat své doposavad oblíbené knížky a házet hračkami všude kolem sebe. Relativní zlepšení nastává v Radkových čtyřech letech, kdy se situace stabilizovala. Z Radka se stalo najednou hodné až netečné dítě, jež se hodiny dokázalo věnovat roztáčení všelijakých předmětů. Se svým okolím však nekomunikoval prakticky vůbec, většinu času trávil v sedu s upřeným pohledem do neurčita a repetitivními kývánými pohyby celého těla. Po absolvování četných odborných vyšetření a testů byla Radkovi diagnostikována porucha autistického spektra – jiná dezintegrační porucha v dětství (Thorová, 2016).

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

V tomto případě se jedná o vágně definovaný autistický syndrom, jenž dohromady sdružuje hyperaktivní chování, problémy s udržení pozornosti, mentální retardaci s IQ nižším než 50 (velmi často kolidující s hranicí těžké až hluboké mentální retardace) a stereotypní pohyby celého těla (krouživé pohyby končetinami, kývavé pohyby celým tělem, poskakování aj.). S přibývajícím věkem bývá hyperaktivita obvykle nahrazena hypoaktivitou. Velmi často se u jedinců s touto poruchou objevují i autoagresivní sklony. Oproti ostatním poruchám autistického spektra se u hyperaktivní poruchy sdružené s mentální retardací a stereotypními pohyby nevyskytuje sociální narušení do takové míry, na jakou jsme zvyklí u ostatních autistických syndromů (Bartoňová; Bazalová; Pipeková, 2007). Navazují tedy běžně oční kontakt, relativně dobře komunikují, odpovídají na otázky, samy je i pokládají, mívají rozmanité okruhy zájmů, a další. Ale i přesto bude autistický jedinec vykazovat v chování určité abnormality z oblasti triády (Hrdlička; Komárek, 2014).

Kazuistický příběh Tomáše

Tomáš přišel na svět velmi těžkým porodem za pomoci kleští a následné resuscitace. Okolo pátého měsíce života diagnostikoval dětský pediatr Tomášovi

opožděný psychomotorický vývoj. V osmnácti měsících už byly zjevné stereotypní pohyby celého těla. Samostatnou chůzi si osvojil po svých druhých narozeninách, avšak do čtyř let chodil jen po špičkách. S prvními slovíčky se u něj setkáváme až ve dvou letech. Po celou dobu předškolního věku se vyznačoval afektivním chováním s častou změnou nálad, záchvaty úzkosti a opozičním negativizmem. Odborná diagnostická centra mu stanovila středně těžkou mentální retardaci. Tomáš disponoval dobrou mechanickou pamětí, prostřednictvím které dokázal bezchybně opakovat naučené postupy nebo celé pasáže textů. Velké obavy měl ze psů. Nesnášel jejich přítomnost i psí štěkot. Z toho důvodu měl zmapované všechny psy z blízkého okolí. Vždy, když vyráželi s rodiči na procházku, cíleně volil takovou trasu, aby eliminoval konfrontaci s nepříjemnými podněty – psy. Za představy jen malé změny v jeho naučené trase probídal obří panice. V pozdějším věku absolvoval speciální pomocnou školu, kde se naučil základům čtení a počítání. Ve své blízké společnosti se pohyboval rád, komunikoval výběrově, odpovídal přiměřeně, místy kladl otázky, očnímu kontaktu se nevyhýbal, obtíže měl s používáním gest a mimiky. Celkový komunikační projev však působil z větší části funkčně. Tomášovo chování bylo charakteristické nápadným psychomotorickým neklidem (jakousi permanentní tenzí), emoční labilitou a repetitivními pohyby. Mezi jeho nejoblíbenější zájmy patřilo sledování sportovních a soutěžních pořadů v televizi (Thorová, 2016).

4.6 Aspergerův syndrom (F84.5)

„Abyste se stali vynikajícím vědcem nebo skvělým umělcem, musíte mít alespoň nějaké znaky Aspergerova syndromu, které vám umožní odpoutat se od tohoto světa.“

Hans Asperger (in Asperger, 1944)

S první komplexnější definicí tohoto syndromu se setkáváme v roce 1944, kdy jí uvedl významný vídeňský dětský pediatr Hans Asperger a pojmenoval autistickou psychopatii (Asperger, 1944). S novodobým vymezením a v současné době uznávaným názvem Aspergerův syndrom potom přichází roku 1981 ve své publikaci význačná britská psychiatrička Lorna Wingová (Wingová, 1981). Mezi jeho charakteristické symptomy zařazovala podobně jako Asperger nedostatek empatie, jednostrannou interakci, velmi omezenou schopnost navazovat vztahy, specificky vyhraněné okruhy

zájmů, poměrně přesnou a jednotvárnou řeč, nefunkčnost neverbální složky komunikace a celkovou tělesnou neobratnost (Attwood, 2005).

Obecně vzato se jedná o velmi heterogenní poruchu, neboť její symptomatika obvykle koliduje s hranicí normy. Nejsme tedy potom schopni jednoznačně odlišit Aspergerův syndrom od „normální“ sociální neobratnosti spojené s neobvyklými zájmy a výraznými osobnostními rysy, jež se běžně vyskytují v širokém společenském spektru zdravých lidí. Potom tvrzení, že Aspergerův syndrom představuje mírnější formu autismu, pokládáme za velmi zjednodušené, protože stejně jako u všech ostatních poruch autistického spektra existují variabilní formy tohoto syndromu. Setkáme se tedy obyčejně s jedinci s nízkou funkční i vysoce funkční poruchou, kde hlavní posuzovaným kritériem jsou schopnosti zapojit se do běžného života. S větším zastoupením se tato autistická porucha vyskytuje převážně u mužů (Attwood, 2005).

Jedince s Aspergerovým syndromem z oblasti autistické triády nejvíce postihuje problematika sociálního chování. Abnormality však nejsou tak výrazné jako u jiných poruch autistického spektra. Tito lidé navazují mezilidské vztahy velmi těžko. Hlavní důvod vidíme v egocentrickém přístupu ke svému okolí, jenž pokládáme za jeden ze stěžejních symptomů poruchy, neboť veškeré jejich chování a jednání se orientuje právě typickou sebestředností. Svému okolí se potom jeví jako zvláštní, pasivní a introvertní. Disponují sociální naivitou, kdy se patřičně ztrácí v různých sociálních situacích, jelikož mnohdy nechápou slovní obraty, nadsázku, bonmoty a další komunikační prostředky. Preferují spíše osamělé aktivity před kolektivními hrami s vrstevníky. Okruhy zájmů jsou do značné míry ostře vyhraněné, věnují se jim poměrně intenzivně. Patří mezi ně například matematika, chemie, biologie, historie, astronomie, studování jízdních řádů, telefonních seznamů, technických přístrojů, sledování oblíbených televizních pořadů a podobně. Znalost dané záliby pak dosahuje komplexního charakteru a mimořádně vysoké úrovně. O svém hobby potom dokážou detailně vyprávět klidně i celé hodiny (Bartoňová; Bazalová; Pipeková, 2007). Komunikace lidí s Aspergerovým syndromem nevykazuje až tak výrazné odlišnosti, které jsme viděli u ostatních poruch autistického spektra. Rozvoj komunikačních dovedností nastupuje v adekvátním období jako u zdravých dětí. Menší abnormality v řeči pozorujeme ve slovosledu, intonaci hlasu, tempu řeči a celkovém monotónním strojeném přednesu. Autistický jedinec v tomto případě používá poměrně velkou slovní zásobu včetně rozsáhlé odborné terminologie, ta

záleží na daném okruhu zájmů. Nevolí častokrát úplně vhodná slova pro vyjádření svých myšlenek v dané komunikační situaci. Jako další specifický projev považujeme důslednou pravdomluvnost, ze které pramení častokrát vyřčené šokující poznámky. O poznání horší jsou schopnosti v oblasti neverbální komunikace. V rámci kognitivního vývoje nepozorujeme žádné významné odchylky. Lidé postižení tímto syndromem mají normální, někdy až nadprůměrnou inteligenci. I z tohoto důvodu lze prostřednictvím vhodně zvolené vzdělávací metody připravit jedince s Aspergerovým syndromem na samostatný život s plnohodnotným prožitím v partnerském vztahu, s přáteli, ve vzdělávacím institutu i zaměstnání. Za další výrazný symptom pokládáme značnou motorickou neobratnost. Postižený má třeba problém naučit se jezdit na kole, lyžovat či plavat (Attwood, 2005).

Kazuistická ukázka prostřednictvím básně

Místo klasického kazuistického příběhu si Aspergerův syndrom přiblížíme na části básně dvanáctiletého chlapce právě s danou poruchou autistického spektra.

Stromy

„Ze zeleného listí vyzářuje záře,

Svou dřevěnou čelistí chrání ptačí tváře.

Větví se větvemi pevnými

a zasahují do hlíny.

Velkými kořeny drží kmen u země,

šumí a šeptá slova,

která opakují si znova a znova...

Nerozumím jim, ale vím,

že strom je vedle mě a já s ním.

Již rozumím, co si stromy šeptají,

lidé proti mně a druhému stromu reptají.“

Část básně dvanáctiletého chlapce s vysoko funkčním Aspergerovým syndromem (in Thorová, 2016).

4.7 Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8)

Do jiné pervazivní vývojové poruchy bývají nejčastěji zařazovány děti vykazující kvalitativní narušení v oblasti komunikace, sociální interakce a hry, avšak ne do takové míry, aby naplňovaly kritéria autistické triády poškození, tedy poruch autistického spektra. U těchto případů pozorujeme poměrně heretogenní symptomatiku, kdy jednotlivé příznaky mohou být shodné s autistickými symptomy, ovšem nikdy se nevyskytují v dané kategorii ve větším množství. Zároveň není pravidlem, že k výskytu abnormalit musí striktně docházet ve všech oblastech triády. Naopak se dílčí dovednosti mohou blížit normě. Mezi nejfrekventovanější symptomy u jedinců s touto poruchou zařazujeme zhoršenou míru aktivity a pozornosti, nerovnoměrně rozvinuté kognitivní schopnosti, místy emociální labilitu, lehkou mentální retardaci a relativně malé zastoupení projevů charakteristických pro autismus. Dále se u nich setkáváme s dysfunkcí v oblasti představivosti, zahrnující omezenou schopnost rozlišovat zasněnou fantazii od reality běžného dne. Okruhy zájmů, kterým se poměrně intenzivně věnují, jsou do značné míry vyhraněné. Abnormality imaginace však nesou pouze sekundární význam, co se týče vlivu na celkový projev daného jedince (Thorová, 2016).

S použitím této klasifikační skupiny poruch autistického spektra se zřídka kdy setkáme v Evropě, neboť tamější diagnostická centra raději zařadí dané autistické dítě do některé z již zmíněných kategorií poruch autistického spektra, nebo do poslední klasifikační skupiny těžko určitelných poruch autismu, již se budeme věnovat v následující podkapitole. Není se vůbec čemu divit, jelikož diagnostická kritéria nejsou dodnes ještě přesně definována. Z tohoto důvodu se spíše jedná o poněkud vágní a téměř nikterak blíže specifikovanou sběrnou kategorii (Attwood, 2005).

Jak můžeme vidět, jedná spíše o hraniční klasifikační skupinu zastřešující poruchy kolidující na rozmezí poruch autistického spektra a zdravých jedinců. Přesto musíme mít stále na mysli nepředvídatelnou variabilitu jednotlivých symptomů, kdy by se na první pohled mohlo zdát, že péče o takového jedince nebude náročná. Ve skutečnosti tomu ale může být přesně naopak. Z důvodů protichůdných závěrů a rozlišných popisů v rámci této části si nebudeme uvádět kazuistický příběh.

4.8 Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (F84.9)

Poslední klasifikační kategorie představuje záštitu poruch, které sice vykazují určité autistické symptomy, ovšem nedají se komplexně specifikovat na takovou úroveň, aby odpovídaly diagnostickým kritériím dětského autismu, atypického autismu, Rettova syndromu, jiné dezintegrační poruchy v dětství, hyperaktivní poruchy sdružené s mentální retardací a stereotypními pohyby, Aspergerova syndromu, či jiné pervazivní vývojové poruchy. Proto všechny tyto jedince, kteří vykazují určité nespecifické autistické rysy, zařazujeme podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí do kategorie pervazivní vývojové poruchy nespecifikované (Hrdlička; Komárek, 2014).

Jak můžeme vidět, přestože se přední odborné instituty věnují studiu autismu téměř už osmdesát let, stále nemůžeme mluvit o jednotných závěrech a poznatcích na jeho problematiku. Ať se tato porucha vyskytne u kohokoli, vždy bude svým způsobem originální a zároveň částečně podobná všem ostatním.

5 Závěr

Poruchy autistického spektra představují velmi rozmanitou skupinu autistických poruch. Jejich pojetí historicky procházelo a stále ještě prochází řadou progresivních změn. Z tohoto důvodu nejsme stále ještě zcela schopni určit s definitivní platností jejich přesné charakteristiky, diagnostická kritéria a příčiny jejich vzniku.

V současné době považujeme poruchy autistického spektra za neurobiologické, neboť mají svůj základ zejména v genetice a okolních faktorech prostředí. Ne nadarmo se definují jako pervazivní, jelikož prostupují de facto celý život autistického jedince. Stávají se tak jeho neoddělitelnou součástí. Projevují se zejména v oblastech kognitivních, komunikačních a socioemočních funkcí, jež v symptomatologii a diagnostických metodách zastává triáda poškození, konkrétně sociálního chování, komunikace a představivosti. Díky těmto dysfunkcím se obyčejný život stává pro autistického jedince velmi obtížným, protože dennodenně naráží na situace, pro zdravého člověka všední a bezproblémové, ve kterých se jednoduše ztrácí, nerozumí jim a na základě toho přirozeně pociťuje nejistotu a strach. Zjednodušeně řečeno, žijí ve stejném světě jako všichni ostatní jen s tím rozdílem, že na něj nahlízejí jinak, autisticky. Proto při volbě vhodných terapeutických metod musíme klást velký důraz na vytvoření vhodného aparátu, který padne danému jedinci na míru. Bude pro něj tedy srozumitelný a s jeho pomocí bude moci pochopit okolní svět, respektive situace v něm, jež jej přiváděly do rozpaků.

Avšak ne všichni lidé s poruchou autistického spektra mají stejné problémy. Problematická triáda se projevuje v různé variabilitě. Běžně se tak můžeme setkat s jedinci s nízko funkční a vysoce funkční formou autistické poruchy, kde pomyslné rozhraní představuje míra schopnosti samostatného zapojení se do běžného života. Například někteří lidé s diagnostikovaným Aspergerovým syndromem dosahují velkých úspěchů v oblasti vědy či umění. Na druhé straně ale existují i jedinci s Rettovým syndromem, kteří mají přidruženou mentální retardaci a díky tělesným dysfunkcím jsou upoutáni na lůžko. Jak můžeme vidět, poruchy autistického spektra představují velmi heterogenní skupinu autistických syndromů. Velmi sporadicky najdeme dva autistické jedince, kteří by vykazovali naprosto stejné symptomy dané klasifikační kategorie.

V rámci své bakalářské práce jsem komplexně vymezil a charakterizoval poruchy autistického spektra, co se týče roviny symptomatologie, etiopatogeneze a klasifikace do takové míry, abych vytvořil ucelený obraz pro širší neodbornou společnost, neboť se jedná o velmi heterogenní problematiku. Podobnému tématu bych se chtěl věnovat i ve své diplomové práci, ve které bych se zaměřil na výchovu a vzdělávání jedinců s poruchou autistického spektra.

6 Seznam použitých informačních zdrojů

ASPERGER, H. (1944). *Die autistischen Psychopathen im Kindesalter*. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

ASPERGER, H. (1979). Problems of infantile autism. *Communication*, 13, 45-52.

ATTWOOD, T. (2005). *Aspergerův syndrom*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-979-8.

BARTOŇOVÁ, M., B. BAZALOVÁ a J. PIPEKOVÁ (2007). *Psychopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-161-4.

DE MYER, M. K. (1979). *Parents and Children in Autism*. Washington D. C.: Halsled Press.

DE RUBEIS, S., X. HE, A. P. GOLDBERG, C. S. POULTNEY, K. SAMOCHA, A. E. CICEK and T. SINGH (2014). Synaptic, transcriptional and chromatin genes disrupted in autism. *Nature*, 515(7526), 209-215.

DUBIN, N. (2009). *Šikana dětí s poruchami autistického spektra*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-553-0.

FOLSTEIN, S. and M. RUTTER (1977). Infantile autism: a genetic study of 21 twin pairs. *Journal Child Psychology and Psychiatry*. 18(4), 297-321.

GILLBERG, Ch. a T. PEETERS (1998). *Autismus - zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-201-7.

HALLMAYER, J., S. CLEVELAND, A. TORRES, J. PHILLIPS, B. COHEN, T. TORIGOE and L. LOTSPEICH (2011). Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Archives of General Psychiatry*, 68(11), 1095-1102.

HELLER, T. (1908). Über dementia infantilis (in Germany). *Erforsch Behandl Jugndl Schwachsinn*, 2, 17-28.

HRDLIČKA, M. a V. KOMÁREK (2014). *Dětský autismus: Přehled současných poznatků*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0686-6.

- IOSSIFOV, I., B. J. O'ROAK, S. J. SANDERS, M. RONEMUS, N. KRUMM, D. LEVY and J. D. SMITH (2014). The contribution of de novo coding mutations to autism spektrum disorder. *Nature*, 515(7526), 216-221.
- KANNER, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2(3), 217-250.
- KANNER, L. (1973). *Childhood Psychosis: Initial Studies and New Insights*. Washington D. C.: Winston, 1-43.
- LICHSTEIN, K. L. and L. SCHREIBMAN (1976). Employing electric shock with autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 6(2), 163-173.
- LOVAAS, O. I. and S. WRIGHT (2006). A Reply to Recent Public Critiques... *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 3(2), s. 234-236.
- MAHLER, M. S. (1952). *On Child Psychosis and Schizophrenia: Autistic and Symbiotic Infantile Psychoses. The Psychoanalytic Study of the Child*. New York: International Universities Press, 7, s. 286-305.
- MOŽNÝ, P. a J. PRAŠKO (1999). *Kognitivně-behaviorální terapie: Úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton.
- PEETERS, T. (1998). *Autismus. Od teorie k výchovně vzdělávací intervenci*. Praha: Scientia, s. 92. ISBN 80-7183-114-X.
- RETT, A. (1966). On a Unusual Brain Antrophy Syndrome in Hyperammonemia in Childhood. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 116(37), 723.
- RIMLAND, B. (1964). *Infantile Autism. The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behaviour*. Appleton-Century-Crofts, s. 221-236.
- TAYLOR, L. E., A. L. SWERDFEGER and G. D. ESLICK (2014). Vaccines are not associated with autism: an evidence-based meta-analysis of case-control and kohort studies. *Vaccine*, 32(29), 3623-3629.
- THOROVÁ, K. (2016). *Poruchy autistického spektra*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0768-9.
- TUSTIN, F. (1994). The Perpetuation of an Error. *Journal of Child Psychotherapy*, 20, 1, s. 3-23.

VOCILKA, M. (1996). *Autismus*. Praha: Tech-Market. ISBN 80-902134-3-X.

WAKEFIELD, A. J. (1999). MMR vaccination and autism. *The Lancet*, 354(9182), 949-950.

WINGOVÁ, L. (1981). Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological medicine*, 11(1), 115-129.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006). Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování. *Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.